



ANESTEZİ TEK BÜLTEN

ISSN: 2147 – 4311

NİSAN 2015 SAYI: 6



www.anestezitek.org.tr

ANESTEZİTEK BÜLTEN

Anestezi Teknisyen 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. Özetle 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. Gerekliyorsa 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

Editor'den-Yrd. Doç. Dr. Z. Serpil
USTALAR ÖZGEN Sayfa 5

Lisans Tamamlama Sorunumuz-Anes. Tek.
Yasin YARSAN Sayfa 6-7

Cevapsız Çağrı-Prof.Dr. Ercan TÜRECİ
Sayfa 8-15

Aort Anevrizmasında Serebral
Monitörizasyon-İKÇÜ Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi **Sayfa 16-17**

Anestezi Programı Öğrencilerinde
Problemlili İnternet Kullanımı ve Sağlıklı
Yaşam Biçim Davranışları Arasındaki
İlişkinin Değerlendirilmesi - Sağ. Tek.
*Fidan KÜDÜR ÇIRPAN, Sağ. Tek. Asu
GÜNER Sayfa 18-19*

Ayrı Dünyalar- Prof.Dr. Ercan TÜRECİ
Sayfa 20-25

Güncel Sorunlar; Sağlık Çalışanlarında İş
Kazaları ve Meslek Hastalıkları- Anes. Tek.
Samime DURMAZ Sayfa 26-27

Anestezi Teknisyen ve Teknikerlerinde
Meslekleşme ve Ortak Bilinç Sorunu-
*Anes. Tek. Hasan Uygur KOÇ Sayfa 28-
30*

TARK 2014 de Anestezi Tekniker ve
Teknisyenleri Oturumu- Anes. Tek. Şükran
BALKANER Sayfa 31-32

9. Mezuniyet Sonrası Eğitim Seminerimiz
Afyonkarahisar Devlet Hastanesinde
Gerçekleştirildi- Anes. Tek. Sema
ERDOĞAN Sayfa 33-35

Türkiye'de Hekim Dışı Anestezi
Personelleri- Anes. Tek. Hasan Uygur
KOÇ Sayfa 36-39

Türkiye'de Anestezi Teknisyen ve
Teknikerlerinin Sorunları **Sayfa 40-44**

APL-Anes.Tek.Vedat BULCAK **Sayfa 45-
47**

Liderler Gerçekte Ne Yaparlar?-Serdar
ÜLGER Sayfa 48-49

Sağlıklı Beslenelim-Bademli Brokoli
Çorbası-Pelin ÜLGER **Sayfa 50-51**

Karikatürler- Anes. Tek. Serkan YİĞİT-
Anes. Tek. Nurullah YÜKSEL Sayfa 52-53

EDİTÖR'DEN

Merhabalar,

2011'de kurulduğumuzdan bu yana X.seminerimiz.Ülkemizin çeşitli merkezlerinde bu seminerlerimizi düzenlemeye gayret ediyoruz ki, seminerimize katılamayan arkadaşlarımızın bulunduğu illere biz gidelim, varsa sorunlarını öğrenip, çözmeye çalışabilelim.. Her yeni seminerde de yeni bir şehrimizin güzelliklerini ve güzel insanlarını tanıma fırsatımız oluyor..

Bültenimizin bu sayısında, kurucu üyelerimizden Hasan Uygur Koç, Anestezi Tekniker kimliğini sorgulayarak, biraz çuvaldızı kendimize batırıyor sanki.. Hasan, Yasin Yarsan, Samime Durmaz anestezi teknikeri sorunlarından, çalışan ve çalışma sorunlarımızdan bahsediyor, çözümler arıyor..

2014 yılındaki Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kongresi'nde, sadece Anestezi Teknisyen ve Teknikerlerine de bir oturum ayrıldı ve Derneğimiz Yönetim Kurulu üyelerinden bu panelde konuşma yapmaları istendi. Eğitim, lisans, atanma, çalışma sorunlarımızdan bu panelde bahsetme ve bunları tartışma olanağımız oldu. Dernek Başkanımız Şükran Balkaner bize bu oturumdaki izlenimlerini aktarıyor. Konuşmalar ise TARD'ın web sitesinde bulunabilir.

IX. Mezuniyet Sonrası Seminerimizi Afyonkarahisar'da yaptık, Kemal Özkara üstün gayretler sarf ederek tüm katılımcılarımız en güzel şekilde ağırladı ve çok yüksek katılımlı bir toplantı oldu, kendisine tüm gayretlerinden ötürü müteşekkirimiz. Bu toplantımız ile ilgili

izlenimlerimizi de dergimiz sayfalarında bulacaksınız.

Bu sayımızda, İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden arkadaşlarımızın 'Aort Anevrizmasında Serebral Monitorizasyon' konulu bir makalesi ve Asu Gürer ile Fidan Küdür'ün 'Anestezi Programı Öğrencilerinde Problemler İnternet Kullanımı ve Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi' konulu bir çalışmasını, Vedat Bulcak'ın APLvalvi ile ilgili bir olgu paylaşımını da bulabilirsiniz.

Sayın Serdar Ülger, bizim için özel bir seminer vererek Liderlik hakkında görüşlerini paylaşmıştı. Bu sayımızda da kendisi, bu seminer notları ile bu konuda ufkumuzu biraz da genişletti. ‘

Sayın Prof Dr Ercan Türeci, Cerrahpaşa Tıp Fakültesindeki görevi yanı sıra yılın belli zamanlarında gönüllü olarak Afganistan'da savaş yaralılarına hizmet veriyor.. Şanslıyız ki kendisinin anılarından bir kısmını fotoğrafları ile birlikte paylaştığı bir mektubunu bu sayımızda yayınlatabiliyoruz.

Serkan Yiğit ve Nurullah Yüksel'in karikatürleri neşe katarken bu sayımızda bir de yenilik yaparak sayın Pelin Ülger'in nefis yemek sırlarının bazılarını paylaşma olanağımız oldu..

Keyifli okumalar, sağlıklı , güzel, çözüm dolu sorunsuz günler dileklerimizle....

LİSANS TAMAMLAMA SORUNUMUZ

Bugün Resmi Gazetede Sayın Cumhurbaşkanımız tarafından onaylanan yasa ile Lisans Tamamlama ile ilgili önemli bir kazanım elde edilmiş oldu. Bizler Anestezi Teknikerleri olarak her zaman savunduğumuz kendi alanımızda Lisans Tamamlama bu kazanımla bizi bir hayli heyecanlandırdı.

Özellikle yasanın (‘‘ **GEÇİCİ MADDE 69** – Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarih itibarıyla sağlık alanında ön lisans diploması alanlardan ebelik ve hemşirelik programlarından mezun olanlara kendi alanlarında, diğerlerine ise Yükseköğretim Kurulunun belirleyeceği, ebelik ve hemşirelik programları dışındaki ilişkili alanlarda lisans tamamlama eğitimi yaptırılır. Bu eğitimler, Yükseköğretim Kurulunun belirleyeceği alanlarda uzaktan eğitim yöntemleri ile verilebilir. Uygulama eğitimleri için Sağlık Bakanlığı ile Yükseköğretim Kurulu iş birliği yapar. Bu eğitimlerin usul ve esasları Yükseköğretim Kurulunca belirlenir.)içerisinde geçen ebe hemşirelik dışındaki ibaresi bizi umutlandırdı. Bu yasanın çıkarılmasında büyük uğraşlar veren kişi ve kuruluşlara A.T.T.D. Yönetim Kurulu olarak teşekkürlerimizi sunarız.

Yasanın Sayın Cumhurbaşkanımız tarafından onaylanmasından sonra şu anki yetkili sendika olan bu yasada büyük bir emeği olan Sağlık Sen başkanı Sayın Metin Memiş(aynı zamanda meslektaşımız) ve eğitimden sorumlu başkan yardımcısı Abdülaziz Aslan beyle bir görüşme gerçekleştirdik. Lisans Tamamlama konusunun detayları hakkında bilgiler alıp görüşlerimizi iletme fırsatı bulduk. Abdülaziz Bey bana daha önce Sağlık Bakanlığının yapmış olduğu bir çalışmadan bahsetti. Bu çalışma da biz Anestezi bölümü Hemşirelik Lisans

Tamamlama programına dâhil edildiğimizi diğer bölümlerin ise kendi alanları ile ilgili Lisans Tamamlama yaptırıldıkları görülmektedir. Oysa çıkan yasada ebe ve hemşirelik dışındaki ilişkili alanlarda ibaresi bulunmaktadır. Bizim bölümde bu ibareye uyulmadığı görülmektedir. Gerçi bu çalışma Sağlık Bakanlığının eski bir çalışması olarak ifade edilmiştir. Metin Bey ve Abdülaziz Bey Sağlık Bakanlığı ve YÖK ile yapılacak çalışmalarda bizim görüşlerimizi dikkate alacaklarını ifade ettiler.

Sağlık Sen sendikasıdan sonra Anestezi Reanimasyon Uzman Derneği başkanı Prof.Dr. Neslihan Alkış hocamızla bu konu hakkında bir telefon görüşmesi yaptım. Hocamız bizim Lisans Tamamlama konusunda istek ve gereklilik konusunda bir çalışma yapıp bu konudaki beklentilerimizi kendilerine aktarmamızı aynı zamanda da bu konu hakkında karar verici mercileri de ikna etmemizin lüzumunu ilettiler. Aynı zamanda ilerleyen günlerde kendi yönetim toplantılarında bu konuyu gündeme getireceklerini ve daha sonra ortak bir toplantı planlanabileceğini görüştük.

Her iki görüşmede bizlerin Lisans Tamamlama da kendi bölümümüzde yapmak için bir kazanım elde etmek istiyorsak bizlerin sayısının da önemli olduğu ifade edilmiştir. Burdan da anlaşılacağı gibi birlikteliğin önemi çok fazladır. Tüm meslektaşlar olarak var gücümüzle çalışmalıyız.

Bu konuda edindiğim deneyimlere göre hedefimize ulaşmak zor ve çetin olacak. Ancak dernek olarak bizlerin ve meslektaşlarımızın birlikteliği ile vereceğimiz üstün gayretle amacımıza ulaşmaya çalışmalıyız. Uzun ve zorlu bir süreç bizi bekliyor. Mesleğimizde Lisans Tamamlamanın gerekliliğini her platformda en uygun şekilde anlatmalı ve bize bu imkanı verecek makamları buna ikna etmeliyiz.

Sonuç olarak tüm meslektaşlarımız bugün çıkan yasayı iyi bir fırsata çevirmek için elimizden gelenin en fazlasını yaparak amacımıza ulaşmaya alışmalız. Bizler yaptığımız işi daha iyi bir eēitim olarak çok önemli bir konu olan insan saēlıēı alanında daha verimli hizmet vermek istiyoruz. Lisans Tamamlamak istiyoruz ancak kendi alanımızda istiyoruz. İşte o zaman bu yasa gerçekten hepimize çok hayırlı olacak.

Tüm meslektaşlarımı saygı ve sevgilerimle selamlıyorum...

Yasin YARSAN

CEVAPSIZ ÇAĞRI

Cümleten merhaba,

Ofiste, oturma odamızdaki duvarda bir kâğıt var. Üzerinde Kabil'deki hastanelerin adları ve adresleri. Toplam 24 taneler. Mayın, bomba, şarapnel, kurşun ve delici-kesici silah yaralıları; ez cümle salt travma vakası kabul eden Emergency-Kabil hastanesinin aciline aralık ayında gelen yaralı sayısı 307. Burda göz ardı edilmemesi gerekenler; bu sayıda ölenlerin hariç olduğu, bu sayının 24 hastane içerisinde bir ayda salt bize gelen yaralıların sayısı olduğu ve bu sayının tüm Afganistan değil, yalnızca Kabil ve yakın çevresindeki hadiselerle dair olduğu. Bu somut örnekten yola çıkınca; gündemi Irak ve Suriye oluştursa da, adeta unutturulan bu yoksul ülkedeki savaş ve mağdurlarının, diğer ikisinin günlük toplamından bile daha ötelede olduğunu anlamak zor olmaktan çıkıyor.

Saat akşama çoktan devrilmiş; ameliyathane listesi tamam, yoğun bakım stabil, Dışarı çıkıp günlük kayıtları yapmak için ofise yollandım. Daha yoldayken iç haberleşme de kullandığımız cep telefonundan uyarı geldi; '*Gazne'de patlama, 6 yaralı yolda!*' diye. Ekip ofisteki dinlenme odasında beklemede, herkes kendine göre bişeler yapıyor. Ben de geçtim 3'lü küçük kanepenin sağ köşesine, arka minderi dik koyup "uzun oturdum". Taktım kulaklığı kafama, Mabel Matiz dinliyorum gözlerim kapalı. Bir ara tek gözümü açtım baktım, cerrah arkadaşım Paolo'da kanepenin öbür köşesine kıvrılıyor. Malum, en nihayetinde ikimiz için uzun bir gece olacak bu. Yarı uyur yarı uyanık bir saati geçmiş. Yaralıların acile varması üzerine telsizlerden anonslar yükselince, hızla hareketlendik.

Acilin ana bölümü müdahaleye izin verecek şekilde yan yana 6 sedye alabilecek dikdörtgen bir alan. Dört sedyede dört hasta; hemşireler Sara, Maria, Giorgia ve Roberto bir yandan hızla damar

yolu açıp serum takarken öbür yandan yaralıların üzerindeki giysileri boydan boya kesip çıplak hale getirmekteler. Hemen ardından sondalamaya ve acil yapılması gereken başka bir şey yoksa sabunlu su dolu küçük plastik leğen ve süngerlerle yaralıları yıkamaya başlıyorlar. Ben kendi bazımda bir hızlı "ABC" turunu atıp ilk aşamada doğrudan yapmam gereken bir şey olmadığı için geriye çekilmiş, yapılması gerekenleri izler konumdayım. Kimin desteğe ihtiyacı olduğunu görürsem el atıyorum, işlem tamamlanınca gözler konuma geri dönüyorum. Paolo'da ikisi 5-7 yaşlarında çocuk, ikisi erişkin 4 vakayı (*diğer ikisi henüz yoldalarmış*) kendi açısından muayene edip kafasında bir cerrahi çerçeve oluşturmaya çalışmakla meşgul. Arada bir gözlemlerimizi paylaşıp fikrimizi pekiştiriyoruz...

O ara kulağıma bir ses geliyor! Bir müzik, hani benzeteceksek sanki vals gibi bir şey. Ulan (*afedersiniz*), bakıyorum, çıkaramıyorum nerden geldiğini. Sedyeler, hastalar, ekip... Herkes gözümün önünde ama yok, onlardan değil! (*Ses kayboldu!*)

Arkamda ana bölüme bağlanan uzantı alan var; bir yanında acil hastaların yıkandığı banyo, öbür tarafta da poliklinik/muayene odası olan. Ön tarafı gözlemeyi sürdürürken, içgüdüyle geri geri bir iki adım atıp poliklinik odasının yarı aralık duran kapısından kafayı uzattım. Baktım iki sedye, üzerlerinde de üstleri örtülü iki vatandaş var. Burda hastaların yatakta yatarken çarşafı kefen gibi tepelerine kadar çekme huylarını bildiğim için yadırgamadan yaklaştım ilkine. Üzerindeki şalını kaldırdım, karşımda dağılmış bir kafa ve yüz, ifadesiz açık gözler, son bir derin nefes almak istercesine açık kalmış barut yanığı bir ağız... İçimde bir şeyler aktı sanki! Artık ne göreceğimi bilerek ikincinin üzerine devrilmiş kamizini kaldırırken o ses yine başladı: İlk vatandaşın cebinden geliyordu. Döndüm, soktum elimi çıkardım telefonu. Arıyan bir isim ama farsça yazılı kuşkusuz. Tekrar yerine koyup geri çıktım.

Altı, sekiz?!..Ölümler hesaba dahil değil elbet!

Ana bölümde hummalı faaliyet sürüyor. Artık herkes çıplak, yıkanmış. Çocuklar daha çok şok biraz da *-sıcak da olsa-* suyun etkisiyle hafiften titriyorlar. Paolo ile hızla ikinci fasıl “ABC” ye ek olarak “DE”yi yapıyoruz. Ama kulağımda baskın olan telefonun sesi. Uzun uzun çalışıyor, birkaç saniye susuyor, sonra tekrar çalışıyor...

O zamanlar 12 yaşındaydım. Bir gece önce his, sonra ses olarak duyduğum gürültüler yüzünden uyanıp yatak odasından çıktığımda evi dolduran onlarca ağlaşan insanı görmüştüm. Annem ve sülalemin bütün kadınları dahil. Babamın trafik kazasında öldüğünü ilk öylece duydum. İnan(a)mamıştım. Telefonun başına gidip bir bir babamın Samsun’daki dostlarını, iş yerinden komşuları ve mekanlarını aradım. Hiç biri telefonuma çıkmamıştı!

(*Telefon ısrarla çalışıyor!*). Omzumda bir el: Paolo! Bana kafasında yaptığı ameliyat sıralamasını anlatmaya çalışıyor ‘Ercan, önce 7’lik çocuğu alalım.Yüzünden ve karnından yaralı’.. ‘Paolo!’ dedim. Anlayamadı, devam ediyor, bi daha seslendim. Durdu, farklı mı düşündüğümü sordu. (*Telefon çok uzun çalışıyor!*). ‘Paolo ben ameliyathaneye gidiyorum!’ dedim, ‘Sen sıralamanı yap, gel, başlayalım!’.. Kapıya yönelip dışarı çıkarken telefon hala çalışıyordu!

Motosikletinin minderine Taleban tarafından mayın konan yerel polis! Oturuyorsun, patlıyor. Niyeyse(!) ardındaki arkadaşın oracıkta ölüyor da, sen vücudunun bir bölümü “garip” bir şekilde yok, kalıyorsun. Çok uğraşılmama rağmen; 12 ünite kan, litrelerce sıvı kullanılan uzun bir ameliyat, ancak üç gün yaşayabiliyor, kurtarılamıyorsun zira öyle bir hal yok... Yan yana iki yatak; birinde anne, öbüründe 3 yaşında Ab Rashid! İkisi birden vurulmuş. Anne yattığı yerden vizitlerde

beyaz gömleklileri görünce ağlayan oğlunu teselli edip susturmaya çalışıyor. 3 yaşındaki çocuk kurşunu göğüs omurgasından yediği için geri kalan hayatında, daha başlamış bile sayılmayacak hayatının geri kalanında felçli olacak... Şark cephesinde yeni bir şey yok!..

Hayat buysa eğer, bu gidişatın yavaşladığı tek hal, soğuk ve kar! Soğuklarda çocuklar ve kadınlar evden pek çıkmıyor veya uzaklaşmıyor dolayısıyla mayına basmıyor, çevrede patlayan bombalardan ve çatışanlardan daha az mağdur oluyorlar. “Taleban bi Serhad”, Pakistan Talebanı daha az soğuk olduğu için Pakistan’a çekiliyor. Yerel vuruşanlar daha az ortalığa çıkmayı veya çıkmamayı ve vuruşmamayı yeğlediklerinden hayat “yavaşlıyor”!.. Bizim için de yavaşlıyor: Havaya bakıp, ‘Bu akşam “sessiz” bir gece olacak!’ diye konuşabiliyoruz. Kar yağıyor ve hakikaten öyle oluyor!

Hani haksızlık olacağını bilmesem, ‘Yoksa burada her mevsim kış, hava da hep kar, soğuk mu olsa acep?!..’ diye düşünesi gelmiyor da değil insanın!..

Bilen bilir, vedalaşmayı sevmem. Bir yerlere gideceksem sessiz-sedasız gitmeyi ya da “köşedeki bakkaldan peynir ekmek almaya gidip 15 dakika sonra dönecek”mişcesine gitmeyi yeğlerim. Kabil’e gelmeden birkaç hafta önce Mois ağabeye uğradım. Ağabeyim iyice ihtiyarladı! Şurdan da belli ki eskiden ‘İhtiyarsın!’ dediğimde kırk laf söylerdi, şimdilerde her lafa ‘Biliyorsun ben yaşlı bir adamım!’ deyip bana fırsat bırakmıyor!.. Neyse, onunla vedalaşmayı da hiç istemediğim için önceden gittim. Odasında biraz sohbet ettik, sonra birlikte çıktık. Nişantaşı’ndan Osmanbey’e kadar yürüdük. O metroyla devam edecek, ben yürüyeceğim. Hep tembih ettiği gibi dikkatli olmamı, kendimi kollamamı öğütledikten sonra, ‘Öyle çoluk-çocuk resimleri gönderme!’ dedi .. ‘Yüreğim kaldırmıyor artık!’.. Söz verdim, ‘Tamam ağabey!’ deyip. Sözümü tutmaya çalışıp

başka şeyler anlatmaya, başka türlü anlatmaya çalışayım; sanki başka bir dünyada, başka bir türlü yaşıyormuşcasına...

“Emergency Surgical Centre for War Victims - Kabul”. Üçüncü gelişim. Değişiklik adına söylenebilecek iki temel olgu var: Biri yeni ameliyathane-yoğun bakım kompleksi inşaatı ki plan ve görülene bakılırsa hakikaten çok güzel bir şey olacak.. İkincisi ise kaldığımız evdeki yeni aşçı Zarif.

Birinciye geçelim. İnşaat haziran’da bitecekmiş. Sonrasında bida gelirsem fotoğraflarını gönderirim. Aşçıya gelelim, o önemli!..

Şimdi, 10 yıldır gidip geliyorum “misyon”lara. Gittiğimiz yerler, yaşadığımız hal ve koşullar belli. Arife tarif gerekmezmiş; yapan, yapış tarzı ve yapılan nedeniyle pek iştahlı değilimdir “misyon” zamanları. Hele ki C Süreya’nın dediği üzere mutlulukla ilgisi olan kahvaltıyı bizim, benim tarzımda yapmanın hiç mümkünatı yok. Bu yüzden, *‘Ulan nası olsa aç kalıcam, bari disiplinli aç kalayım, diyet hesabı olsun da döndüğüm zamanlarda endazeyi kaçırmaya mazaretim ve vücut itibariyle de “kontenjan”ım olsun!’* politikası gütmeye başladım, ilk defasında gittiğim Pakistan’dan bu yana. Her bir çalışmada, süreye bağlı olarak 4 ila 10 kilo verip geri geliyorum.

Tabii burada bir başka önemli etkenin de altını çizmem gerek. Eskiden Mois ağabey (*Kısa Şişman*) ve Ercü’ye (*Uzun Şişman*) bakıp, *“titrerim mücrim gibi, baktıkça istikbalime”*yi terennüm ederek yeme-içmede ölçülü olmaya gayret ederdim. Kader mi diyelim, kapitalizm mi?!... kalben değilse de mekanen ayrı düştük şimdilerde... Ama eksik olmasın Murat (*Hancı*) boşluğu dolduruyor ve Mois ağabey ile Ercü’nün toplamı kadar “uyarıcı” etki yaratıyor her görüşmemizde. Hoş onun savı giysilerin beden ölçülerinde yapılan değişiklik!.. Yoksa eskiden de “L” giyiyordu, şimdi de! Ama şu “XL, XXL”

gibi şeyler çıktı çıkık “L”larda bozulmuş, ondanmış.. onda bi değişim yokmuş aslında!..

Şimdi Vedat (*Milor*) gibi ne otuz ay önceden rezervasyon yapıp anca gidilebilen yerlerden, ne de oraların falanca-feşmekanca aşçılarından söz edecek değilim! Onun gibi malzemeler, yemekler, uygun şaraplar üstüne de ahkam kesecek halim yok. Adam gidip oralarda zıkkımlanıyor, üstüne bir de yazıyor; sonra naçizane arkadaşımı diye lafları yemek de bana düşüyor! Neyse, Vedat’ı ait olduğu yerde bırakıp biz dönelim kendi dünyamıza! Zarif, genç, temiz, titiz bir aşçı. Temizliği mutfakın eski ve şimdiki hallerinden bariz gözlemliyorsunuz zaten. Aşçılığı da hiç fena değil. Eskilerle kıyasladığınızda hayli eli-ayağı düzgün yemekler yapıyor. Hatta işin artistik halleriyle bile ziyadesiyle alakalı ve bunu salatalarıyla göstermeye çalışıyor. Baktım akşamları (*öğlen yemeklerimizi ofiste yiyoruz. Menü de önceki akşamdan kalanlar*) geldiğimizde masada ilginç salatalar olabiliyor, ben de fotoğraflarını çekmeye başladım. Belki bi belgesel yaparım diye!.. Bizimkiler de ne zaman öylesi bir salata varsa hem haber veriyorlar makinemi getirmem için, hem de ben fotoğraf çekmeden ellemiyorlar. Hatta bazen bu salatalar ilginç tartışmalara neden de olabiliyor!.. Mesela fotoğraflarda gördüğünüz bi tanesindeki elmadan hayvanın ne olduğu masada tartışma(!) konusu olmuştu: Ördek, kaz, kuğu, kobra ve hatta Fluffy?!..

Mubin ameliyathanenin sorumlu hemşiresi. Malum, yiğit lakabıyla anılır; onunkisi “Divana”, bildiğiniz divane yani. Rus işgali ve savaş sırasında ciddi-şaka hiçbir ortamda hiç kimseyi ve hiçbir şeyi takmaması nedeniyle almış bu lakabı. Hakkında anlatılan bir dolu hikayeden en meşhur ikisini aktarayım: Mücahidler Ruslara karşı savaşmakta. Dağlarda bir ana kamp, tüm üst düzey molla mücahid komutanlar bir arada. Değerlendirme toplantısı sonrası sohbet başlıyor. Mubin’in

ağabeyi de önde gelenlerden. Bu nedenle baş molla-komutan muhabbetinde bizimkine de söz veriyor. Ama o ara Mubin'i bilenlerin huzursuzlanmasını ve işaret falan uyarmaya çalışmasını gözden kaçırıyor veya aldırıyor. Neyse, lafı alan Mubin patlatmış açık saçık bir fıkrayı! Mollalar şokta, diğerleri mosmor...

Yine bir kamp molasında güya Mubin'in damarına basacaklar, 'yaparsın, yapamazsın!' diye üzerine gitmişler. Seninkisi laflar bitince gayet sakin kalkmış yerinden, oturmuş uçaksavarın başına. Bütün kampı çadır boyu hizadan taramış. Herkes tam siper yerlerde...

Şimdilerde ona açıktan "divana" diyebilen iki kişi var; biri en iyi arkadaşı olan benim yoğun bakım başhemşirem Yusuf, öbürü de ben. Bu geldiğimde bir şey dikkatimi çekti. Çok sağlam ve çevik olduğunu bildiğim Mubin semelemiş tavuk gibi adeta! Sürekli ve "deli deli" kahkahalı konuşmaların adamı; bir kezinde yoğun bakımdan gelip 'Mubin yok mu?' diye sorduğumda, 'Ameliyathanenin sessizliğinden belli değil mi olmadığı?!..' yanıtını verdiren Mubin, sessiz fersiz dolanıyor ameliyathanede. Bi kaç kez de dinlenme odasındaki elektrikli ısıtıcının önünde çömelmiş titrer bulunca sordum buna, 'N'oluyo?..' diye. Meğer bizimkisi son ramazanda bir gün nefesine yenilip gündüz vakti yengeyle halvet olmaktan kendini alıkoyamamış. Eh, şer'an da 60 gün oruç tutması gerekiyormuş bedel olarak. Onu gerçekleştirmeye çalışırken soğuk ve açlık nedeniyle süngüsü düşmüş elbet. Maksat muhabbet olsun; 31 Ocak'ta 60 günü tamamlayıncaya kadar her Allah'ın günü boğuntuya getirip bir güzel tartakladım bunu ameliyathanede, 'Oruç yersin ha, hem de ne için?.. Cehennem alevinde odun olacaksın!..' diyerek. Millete seyir çıktı! Son gün bizim Zari'ye rica edip yaptırdığım koca çikolata keki ameliyathanede dağıttım Mubin'in şerefine! Şimdi maaşını almasını bekliyoruz, Yusuf'la bana ziyafet çekecek, ek ceza olarak!..

Fotoğrafta iple bağlı ayvayı tutan Mir Alam, ameliyathanede personel. 30 yıldan fazladır süren bir savaşın getirisi, Afganistan'daki çoğu vatandaşın engelli olması gibi onun da bir bacağı yok. Laf aramızda Emergency'nin böyle güzel bir politikası var, elden geldiğince çok engelli çalıştırmak gibi. Neyse; Mir, şekilde görülebileceği üzere kalıplı bir vatandaş. Klasik selamı meraba deyip ardından bilek güreşi için kolunu uztmak. Valla bir ara eğrisi doğrusuna denk geldi; biraz da fizik bilgisi, momentum, tutuş falan kullanıp yeniverdim ben bunu! Olay oldu ameliyathane ve yoğun bakımda. İki bir ameliyathaneden gelip kolunu masaya dayıyor ve güreşe davet ediyor. Baktım kurtuluş yok; eh ayva delisi, nar seveni olduğumu artık herkes biliyor, 'Getir iki kilo ayva, yaparız bida!' dedim ben buna. Allah'ın kışı olmuş, nerde bulunacak ayva! Ama sen git ta dağdaki köyüne, tavanarasında eski usül kütüklere sapından iple asılı saklanmış ayvaları topla, gel. Sabah sabah daldı yoğun bakıma, koydu poşeti önüme, 'hadi!' dedi. Domuzluğum tuttu, 'Bunlar az, eksikliğini narla tamamla, o zaman!' dedim. Başağrısını tedaviyi de üstlenince "ünvan"ı kurtardım şimdilik!

Sağlıkçıların malumu, bir "mavi kod" anonsu vardır. Hastanelerde herhangi bir şekilde gelişen bir kalp durması söz konusu olduğunda, diğer insanları farkına vartırmadan ilgili hekim ve personeli uyarıp, söz konusu bölüme yönelmelerini sağlamak için yapılan anonstur. Mavi kod sözcükleri oda numarası, kat veya servis adıyla yinelenerek uyarı ve adres verilmiş olur.

Bizde mavi kod (: blue code) olarak değil de "emergency ..." diye geçerli bu anons. Genelde acile sıfırlamış ya da sıfırlamak üzere hasta geldiğinde gündeme gelen bu kod telsizden yükseldiğinde herkeslerden önce ben koşturmak durumundayım. Hastanedeysen sorun yok da evdeysen biraz bela bu iş! Bahçede iki köpeğimiz var, Fluffy ve Sher (farsça; aslan). Herkes

kendince ilgileniyor ama daha çok artık terfi edip proje koordinatörü, yani “bir numara” olan Luca bakıp besliyor bunları. Beyaz ağırlıklı, kısa bacaklı ve “yalak” olanı Fluffy. Siyah, adına uygun daha ağır takılanı ise Sher. Ben ki köpek(*dört ayaklı olanı*) seven adamım, bunlar beni illet ediyorlar. Red Kit’in Rin Tin Tin’ine bile rahmet okutacak düzeyde aptal, neredeyse dünyanın en salak köpekleri bunlar herhalde! Fol yok, yumurta yok; sineğe böceğe takıp biri havlamaya başlıyor, gaza gelen öbürü peşinden! Bir tantana kopuyor, bakıyorsun, ortada hiçbir şey yok! Eh, işimin getirdiklerinin gereği benim çalışma, eve gelişi-gidişi saatim diye bir şey yok. Gecenin yarısı, sabahın körü gidip gelmem gerekebiliyor. Normal zamanlarda özellikle Fluffy’nin iki ayak üzerine kalkıp yürüyerek aşırı sırtışmaları ve yalama teşebbüsleri haricinde sorunsuzuz. Ama öylesi ekstrem saatlerde çağrı geldiğinde hastaneye gitmek için odadan çıkıp bahçeye geçtiğimde vaveyla kopuyor. Yahu 3 senedir geliyorum, hala mı tanıyamadınız be mübarek hayvanlar?!.. Hayır, herkes yorgun, uyuyor; dinar bandosu gürültüsü insanların en son ihtiyaç duyduğu şey! Beterin beteri de var elbet. Bir de “emergency” kodu geldiğinde evdeysem, fırladığımda aynen komedi filmi gibi oluyor işler: Üzerine dalaşan iki köpekle, sanki öyle bişe olmuyormuşcasına koşmaya çalışan bir adam! Hayır, ısırmıyorlar ama sürekli üstüme atlamaya çalıştıklarından tırnakları pantolondan etime geçiyor ve acıtıyor. Ev zamanına denk gelen her kod anonsundan sonra üç gün bacaklarımda çiziklerle dolaşıyorum!

Afganlıların müthiş duyarlı oldukları iki tıbbi mesele var; trakeostomi ve uzuv kesme! İkisi için de hasta ve/veya yakınlarını ikna etmek epey zor. Trakeostomi için bir yerde ikna ve onam sağlanabiliyor ama amputasyon söz konusu olduğunda zorluk katsayısı hiç abartısız neredeyse imkansıza yakın düşüyor ve ‘*Öldür, ölsün! Ama kesme!*’ halleriyle karşılaşabiliyorsun. Bu yüzden her bir

cerrahi işlem için tekrar tekrar onam almak durumunda kalınıyor. Ve arada şayan-ı hayret kararlara da tanık olunabiliyor! En son örneği geçen perşembe yaşadığım vaka. Mayın yaralıları erkek erişkin hasta tam 3 günlük yolculuk sonrası akşam vakti bize ulaştı. Karın, bacaklar; enfeksiyon, gangren, şok... felaket bir tablo. Acil ameliyata aldık, ardından yoğun bakım. Sabaha kadar başında uğraştım. Cuma resmi tatil olduğu için ben hariç ekipteki herkes için “off day”. Sabah yatak başında ameliyatı yapan cerrah Azim ile konuşuyoruz, cerrahi olarak tablonun ağırlığını ve ne kadar zorlandığımı anlatıyor. Hala da yapılacak işi var, ama benden onay bekliyor. Hastanın amcası geldi, önce ben konuştum. Teşekkürler, dualar ede ede çıktı. Sonra Azim ile konuşmuş. O da vakanın hem çok ağır olduğunu çok da zaman yitirildiği için bir bacağın kesilme ihtimalinin yüksekliğinden söz etmiş. Bir saat sonra aynı amca kapıya uyduruk bir minibüs “ambulans” ile dayandı. Hastayı *Pakistan’a (Afganlılar için tıbbi “üst mercii” Pakistan!)* götüreceklermiş. Hasta boğazında tüp, solunum aygıtında. Hayati sistemleri 5 ayrı ilacın sürekli infüzyonuyla zor hal bir çizgide duruyor; amca yanımda, baba telefonda, ‘*götüreceğiz!*’ diyorlar.

“Ambulans”taki hemşire hastanın entübe olduğunu duyduğu anda vaz caymış, adama daha fazla para teklif edip ikna etmişler. Artık medikal koordinatör olan Michela da evden kalkıp iknada yardıma geldi. Yok; Nuh diyorlar, peygamber demiyorlar! ‘*Üç günlük yoldan size getirdik diyordunuz, şimdi bu haliyle niye götürmek istiyorsunuz?*’ sorusunun yanıtı yok! Aslında belli elbet de, yok!.. Hele o amca; işin başını o çektiği belli, onun lafının üstüne kimse bişe diyemiyor. Bi ara tepem atmış, kendimi tutamayıp, ‘*doktor musun lan sen?*’ diye bağırdım! Hayır, Türkçe demişim zira herkesin şaşkın, anlamaz bana bakıyor olduğunu görünce anladım Türkçe konuştuğumu. Velhasıl o uyduruk miniüse

koyup götürdüler çocuğu sırf amputasyon yapılabilir diye! Sanki başka bir çözüm varmışcasına ve en az altı saat çekecek olan yolda öleceği aşikar iken! Neredeyse dört hafta öncesi, saat geceyarısına geliyor, odamda Akif'in (*Kurtuluş*) "Ukde" sini okuyorum. Gerçi ona da kızıyorum ya!.. Roman yazıyor 150 sayfa! Yahu güzel kardeşim az uzun yazsan şunu da, yüreğimiz hayata ve insana dair umudunu daha bir uzun zaman için tazeleyebilse ya! Yok, anca dirhem dirhem! Hoş şairliği de böyle ya bunun... Neyse, dalmış okurken telsizden peş peşe anonsların hemen ardından bana yönelik acil çağrı yükseldi. Kapıya kadarki "klasik" Fluffy-Sher "muhabbet"inin ardından yanımda silahsız güvenlikçi (*kapıdan kapıya, yani karşıdan karşıya güvenlikçisiz geçmek yasak*), hızla çıktım evden. Koşarken baktım durum olağanüstü! Zira caddenin çapraz karşısındaki hastane kapısı ve duvar boyunca askeri polise ait 6-7 arazi aracı durmakta ve kapının önünde de bir karmaşa. Elllerinde AK-47, M-16 otomatik tüfeklerle 15-20 kişilik bir askeri polis grubu ile bizim kapı güvenlikçileri göğüs göğüse itişmekte. Bu arada polislerden gaza gelip namluya mermi sürenler ve onları yatıştırmaya çalışan kendi arkadaşları... Benim çevrem bir anda bizim kapı güvenlikçileri tarafından sarıldı, farsça bağırtilar arasında kalabalık yarılıp kapıdan içeri sokuldum. Hastane bahçesi ve acilin önü de başka bir alem. Silah yok ama ortalık üniformalılar tarafından basılmış gibi. Bağırış çağırış, itiş kakış gırla. Aradan geçip acile girdim. Sedyede dağ gibi genç bir vatandaş! Paolo geldi, kulağıma konuşurken ben kendi işlerimi yapıyorum. Hasta şokta, periferik nabız yok, koma skoru neredeyse 3! Paolo, anlatıyor, 'Ercan, kurşunlardan bir tanesi 2. Ya da 3. göğüs omurunu parçalamış. Kemikten arteriyel kanıyor, sağ akciğer de yırtılmış kanıyor, yapabileceğimiz bir şey yok!'. Michela, 'Ne yapacağız?' dedi. 'Çok genç!' diye yanıtladım refleks olarak. 'Üstelik ortalığa bakarsan şiddetli bir

"sosyal endikasyon" da söz konusu'. Paolo'nun gerildiğini biliyorum. 'Sinyor Negro!' dedim, şakalaştığımız zamanlarda yaptığım gibi Negri olan soyadını değiştirerek, 'Gel biz bunu ameliyathaneye alalım, sen buna "packing-macking" bişeler yapar kanamayı durdurursun...'. Paolo, 'Ercan nasıl kanıyor görüyorsun, zaten her şeyi de sıfırlamış!' diye itiraz edecek oldu. Dedim, 'Sen yap, ben kanamış olanı ve kanayacak olanı doldururum! Baksana ortalık lüzumsuz adam dolu, yatırır hepsinden kan alırım. Bu gece de bunun başında bekler, ölmesine izin vermem! Yarını da Michela çözümler!'. Paolo bu işin çok kafasına yatmadığını bir yandan gözlerini gözlerime dikip kendine has mimikler, öbür yandan da, elleri ve omuzlarıyla yine kendine has italyan vücut dili hareketleri yaparak ameliyathaneye yollandı. Ben de sedyeyle birlikte peşinden...

Paolo beş saatten fazla uğraştı. Ameliyatta 9, hemen ardından yoğun bakımda 5 ünite kan kullanmak zorunda kaldım. "Dünya menfaat dünyası!..", deyim yerindeyse bahçede ve hastane önünde "yakalattığım" üniformalı herkese kan bağışlattım bu arada. Sonrası anestezi-yoğun bakımcıların iyi bildiği tıbbi teferruat, sabahladım (*istatistiki veri değil ama görülen o ki insanlar genelde öğleden sonra vuruşmaya başlıyorlar, kış ve yol koşulları nedeniyle hastaneye gece ya da geceyarısından sonra gelebiliyorlar. bana da sabahlamak düşüyor*). Sabah ortalık biraz sakinleşmiş, üniformalı nüfusu çok azalmıştı. Yusuf babasının geldiğini söyledi. Aldık içeri. Esmer tenli, kısa beyaz sakallı, hani türk "filim"lerinde iyi yaşlı adamı oynayan tip gibi bir amca. Ama gözlerinde ve yüzünde ve o kadar muazzap bir bakış ve ifade vardı ki anlatılabilecek gibi değil. Karınca incitmek istemezmiş gibi yürüyor ve fısıldayarak konuşuyordu bizimle, sürekli oğluna bakarken. İşte, 'Ölecek' diyemiyoruz da, klasik, 'Durumu çok ciddi...' ile başlayıp, 'Allah'tan umut kesilmez...' ile çıkıyoruz ya; işte o minval bir iki cümle söyleyip

Yusuf'a döndüm tercüme etsin diye. Yusuf biraz daha uzun konuştu. Amca, Yusuf'a uzun konuşup lafını bitirdi, yüzünde o tarifsiz ifade ile oğlunu öptü, elini kalbine götürüp klasik Afgan selamı verdikten sonra *-farsçada da aynı-* teşekkür deyip çıktı. Yusuf da bana dönüp hikayeyi anlattı: Amca yani baba; tanrı yeryüzüne inseydi bence meslek olarak seçeceği işi yapmış olan bir kişi, emekli öğretmen. İki oğlu var. Küçüğü henüz öğrenci. Daha 30 yaşında olan ve geceki tantananın sebebi olan Faisal ise yeteneğiyle sivrilmiş, üst düzey bir siyasetçinin korumalarının başı olarak çalışmakta... Ha, bir de; amca kalp hastası olduğu için Yusuf benim dediklerimi tam diyememiş, yani oğlunun öleceğini söyleyememiş! Onca senedir bu işi yaparım, kendimce bir çok hüznü ve acılı durumla karşılaştım ama **“kaka”** ile olduğu kadar etkilendiğim zamanlar iki elin parmaklarını geçmez. İşte Faisal ve babası ile “tanışmam” böylesi oldu!

Nedir, sonra yanıma gelen Michela'ya, *‘Yok, bakma sen öyle konuştuğuma! Gerçek şu ki, içeri aldıktan sonra her hasta “yukarıdaki” ile benim aramda –haşa huzurdan- “kişisel mesele” haline geliyor! Ben içimden geldiği gibi yapacağım yine!’* deyip gönderdim onu. Sonrasında hakikaten çok uğraştım! Her Allah'ın günü vizit vesairede; Paolo'nun, *‘Boşa uğraşıyorsun!’* diyen hafif müstehzi, diğer “senior” cerrahların anla(ya)maz bakışları arasında çok çabaladım. “Birisi” de, artık benim yüzüme mi baktı, yoksa Faisal'ın mı, ya da ikisi birden mi bilemem, ama fotoğrafta gördüğünüz hale getirebildim onu.

Paralanmış bir omurga ve akciğerle gelen Faisal hayata tutunduktan sonra adeta yoğun bakımın parçası haline geldi. Bilinç açık ve felçli yatarken; ölen-kalan, gelen-giden, bütün harala-güreleye tanık olmasına karşın hiç depresif takılmıyor, hepimize gülümsüyor. Başparmağını hep yukarda tutup, sessizce selamlar dağıtarak bize moral vermeye çalışıyor. Monitörü alarm verdiğinde hiç panik olmayıp gözcüyle ekrana bakıyor ve örneğin

düşük oksijen saturasyonu alarmı gördüğünde yine hiç telaşlanmayıp gırtlığındaki oksijen bağlı filtreyi eliyle çıkarıyor, bir de kulağına götürüp dinleyerek monitör hatası değil oksijen gelmediğinden emin olduktan sonra yine sessizce elini kaldırarak silindirin değişimi için işaret vermeye çalışıyor! Kan sodyumunu düşük, serum sale'miz yok; *‘tuz ye!’* dediğimden Yusuf'un üzerine bir batman tuz döktüğü yumurtayı gıkını çıkarmadan yiyor ve buruşan suratı baktığımı gördüğünde tebessüme dönüşüyor... Öte yandan nişanlısı dahil ailesinden kadınların kendisini görmeye gelmesini kesinlikle istemiyor! Diğer ziyaretçileri geldiğinde de çarşafını çenesine kadar çekip trakeostomisini gizleyerek onları karşılıyor. Ve Faisal bana şimdiye kadar felçli oluşuna, tekrar yürüyüp yürüyemeyeceğine dair hiç soru sormadı, bir kez bile olsun. Ama arada bir usulca sormayı sürdürdüğü bir soru var: Trakeostomisini ne zaman çıkaracağım?.. Farkında değildim. Saat dört civarı shift değişiminde hemşirelerin günlük görev değişimi yapmasını beklerken çoğu kez yaptığım gibi; köşede oturup kulaklıklar kafamda, halet-i ruhiyeme uygun müzik dinler ve yoğun bakımı izlerken fark ettim ilk. Kendisine trakeostomisiyle ilgili bir “takvim” verdiğimden beri sürekli yapıyor! Fotoğrafa bakarsanız sizde anlayacaksınız ne yaptığını.

Evet. Ol hikayat böylesi! Denildiği ve dediğim üzere; havalar soğuk ama kalbimiz fırından yeni çıkmış taze ekmek gibi sıcak.

Baharda görüşmek üzere; selam ve kalbi sevgiyle...

Prof. Dr. Ercan Türeci

Cerrahpasa Tıp Fak Anesteziyoloji ve Reanimasyon Öğretim Görevlisi



AORT ANEVİZMASINDA SEREBRAL MONİTORİZASYON

Nurcan Arslan, Murat Çifçi, Elif Ünlü,
Cemile Türedi, Özer Alacagöz, Filiz
Kılıçcıoğlu, Nagihan Karahan, Murat Aksun

İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi

Aort anevrizması, aort çapının %50'sinden daha fazla büyümesidir. Semptomlar ani gelişen göğüs ağrısı yanında basıya bağlı bulgular olabilir. Trakeal veya bronşiyal kompresyon veya deviasyon, hemoptizi ve süperior vena kava sendromu, sol rekürren laringeal sinirin kompresyonu ile boğaz ağrısı ve sol vokal kord paralizi oluşabilir. Cerrahi tedavisinde sentetik bir greft kullanılarak genişlemiş aort çıkarılır. Aort anevrizma cerrahisinde mortalite ve morbiditenin azaltılabilmesi için ayrıntılı kardiyak monitorizasyonun yanında serebral monitörizasyonun da yapılması gerekmektedir. Anevrizma cerrahisinde nörolojik komplikasyonlar serebral hipoperfüzyon ve embolidir. Monitörizasyon tekniği hasta üzerinde girişimlerin ve risk azaltma stratejilerinin uygulanmasına izin vermelidir. Yani nöromonitörizasyon sorun hâlâ geri dönüşümlü iken, nöronal disfonksiyonu tespit edebilmelidir. Serebral doku perfüzyonunun yeterliliğini gösteren çeşitli serebral monitörizasyon yöntemleri bulunmakla birlikte en çok kullanılan Serebral Oksimetri monitörizasyonudur. Serebral oksimetri fronta-temporal bölgeye yerleştirilen elektrotlar üzerinde bir ışık kaynağı ve iki farklı ışık sensörü bulunur. Birinden ekstrakraniyal dokulardan, diğlerinden de hem ekstrakranial hem de

beyin dokusundan alınan veriler ölçülür ve arasındaki fark hesaplanarak (INVOS) bir değer elde edilir. Bize anlık olarak serebral oksijenasyon düzeyi hakkında bilgi vermesi ve hastanın vücut ısısından etkilenmemesi önemini artırmaktadır. Başlangıç(bazal) değere kıyasla % 20'den fazla düşüş veya değer olarak % 45'in altına düştüğünde serebral hasar önlenmesi için müdahale edilmelidir. Buna rağmen, henüz beyin hasarı için kesin eşik değeri veya anormal değer bilinmemektedir. Bu tip cerrahilerde anestezi yönetimi sırasında serebral koruma tekniklerinin uygulanması ile olası komplikasyonların gelişmesi önlenmeye çalışılır. Serebral koruma yöntemleri santral sinir sisteminin normal metabolizmasını devam ettirmeye veya mevcut fizyolojik şartları restore etmeye yönelik tekniklerdir. Beyin koruması için önerilen teknikler orta dereceli hipotermi ile antegrad serebral perfüzyon veya retrograd serebral perfüzyon ve derin hipotermik sirkülatuvar arresttir. Bunların yanında medikal tedavi olarak; beyin metabolik hızının yavaşlatan barbitüratlar yanında propofol, volatil anestezikler ve lidokain gibi ajanlar da kullanılabilir.

Perfüzyonun yeterliliğini değerlendirmede serebral oksimetri monitorizasyonunun kullanılması, bize sunduğu değerli verilerle cerrahi işlemin daha güvenli yapılabilmesini sağlamaktadır. Böylece minor ve major nörolojik komplikasyonların önlenmesi, YBÜ ve hastane sürelerinin ve maliyetin düşmesine katkı sağlayacağı söylenebilir. Perioperatif uygulamalarda beyin fonksiyonlarının multimodal monitörizasyonu gelişmekte olan bir alandır. Total beyin hemostazı ile ilgili kesin bilgi sağlayan tek bir monitör yoktur.

Anestezi Programı Öğrencilerinde Problemli İnternet Kullanımı ve Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

**Sağ.Tek. Fidan KÜDÜR ÇIRPAN,
Sağ.Tek. Asu GÜRER
Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri
Meslek Yüksekokulu
fidan.kudur@marmara.edu.tr**

Özet

İnternet, insanların her türlü bilgiye çok kısa bir zamanda ulaşmasını ve diğer insanlarla çok hızlı bir şekilde iletişim kurabilmesini sağlayarak insan yaşamına önemli katkılar getiren bir iletişim aracıdır. İnternetin uygun bir biçimde kullanımı gerçekleştirilemediği zaman insan yaşamını olumsuz bir biçimde etkileme ve bağımlılık oluşturabilme potansiyeli söz konusudur (Ceyhan E, 2008). Ayrıca gençler internet aracılığı ile olumsuz cinsel bilgiler, şiddet davranışları, alkol ve sigara alışkanlıkları, kumar, sağlıksız beslenme alışkanlıkları gibi istenilmeyen alışkanlıklar edinebilirler (Tanır ve ark., 2009).Gençlik döneminde benimsenen sağlıksız davranışları yetişkinlikte değiştirmek oldukça zordur (Yıldız İ, 2010).

Problemli internet kullanımı ile sağlıklı yaşam biçim davranışları arasında ilişki olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma Anestezi Programında öğrenim görmekte olan öğrencilerin problemli internet kullanımı ve sağlıklı yaşam biçim davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Aralık 2014 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Anestezi Programı 1. ve 2. Sınıf öğrencileri ile yapılmıştır (n:78). Araştırmada veri toplama amacı ile 19 maddeden oluşan kişisel bilgi formu, 27 maddeden oluşan Ceyhan, Ceyhan (2009) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılan

Problemli İnternet Kullanımı Ölçeği (PİKÖ) ile 48 maddeden oluşan Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması Esin (1999) tarafından yapılmış Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) kullanılmıştır. Beşli Likert tarzındaki PİKÖ internetin olumsuz sonuçları, sosyal fayda/sosyal rahatlık, aşırı kullanım olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Dörtlü Likert tarzındaki SYBDÖ kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Cronbach’s Alpha değeri PİKO için 0.82, SYBÖ için 0.78 olarak bulunmuştur.

PİKÖ ile SYBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde PİKÖ aşırı kullanım alt boyutu ile SYBDÖ kendini gerçekleştirme alt boyutu arasında $r=0.249$, $p=0.029$ pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Öğrencilerin bulundukları sınıflar ile PİKÖ ve SYBDÖ arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Öğrencilerin internete en çok %29.5 oranında (n:23) evden, %59 (n:46) oranında cep telefonundan bağlandığı, %37.2 (n:29)’si 1-2 saat, %29.5 (n:23)’i 5 saatten fazla, %28.2 (n:22) 3-4 saat interneti kullandıklarını belirtmiştir. İnterneti her gün birkaç kez kullanım oranı %78.2 (n:61), interneti en çok kullandıkları zaman dilimi %75.6 (n:59) akşam saatleri, en çok %32.1 (n:25) sohbet etmek amaçlı ve interneti neye benzetiyorsunuz sorusuna %33.3 (n:26) ile herşey cevabı verilmiştir. PİKO puan aralığı 27-135, ortalama puan 47 ± 12 (min=29, max=85)’dir. SYBDÖ için puan aralığı 48-192, ortalama puan 129 ± 19 (min=68, max=177)’dir.

PİKÖ ölçeğine göre İnternete en çok nereden bağlandığı, günde kaç saat internet kullandığı, interneti hangi sıklıkta kullandığı, interneti en çok hangi zaman dilimi içinde kullandığı, interneti en çok hangi amaçla kullandığı, interneti neye

benzettiği değişkenleri incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamadı. Sonuç olarak kontrolsüz internet kullanımının zararları bilinerek hareket edildiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışı oluşturulabileceği dūřunılmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anestezi Teknikeri, Problemli İnternet Kullanımı, Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları.

Herkeslere merhaba,

Perşembe sabahı sekiz buçuk suları. Yoğun bakımdayım. Kendi vizitimi bitirdim, nöbetçi cerrahi ekibinin gelmesini bekliyorum. Onları da gönderdikten sonra ameliyathane ve yoğun bakımda günlük hayat başlayacak. Patlama sesini o an duydum. Sanki hastane bahçesinde patlamış gibi geldiği için dışarı çıktım. Bütün alanı dikdörtgen gibi düşünürseniz; ameliyathane-yoğun bakım bir uçta, arada koğuşlar, ofis ve yemekhane diğer uçta yer alıyor. Hastane kompleksi de dört ana caddenin bulunduğu meydanın güney ve doğu caddeleri arasında yerleşik. Ofis-yemekhane binasının hemen arkasındaki meydandan yükseliyordu dumanlar. Olağan ve olağanüstü durumlarda kurallar ile herkesin hareket şekli belirli ve kesin. Ne ki bulunduğunuz yer ve (*uymanız gereken, kabul ettiğiniz*) koşulların ne kadar farkında olsanız, dolayısıyla bu ülke ve şehirde neyin yapılıp neyin yapıl(a)mayacağını çok iyi biliyor olsanız da; nihayetinde hekimsiniz ve de 78 kuşağından geliyorsunuz, bir noktada hiç bir şey umurunuzda olmuyor ve “bağlar” çözülüyor! Ana kapıya gidip dışarı çıktım, bizim güvenlikçiler kapı önü ve kaldırımında baraj oluşturmuş durumda. Karşı caddenin anca meydandan 30 metre ilersine kadar olan kısmı görülebiliyor. O mesafede de alev alev yanan bir cip. Meydan polislerce kapatılmış durumda. Bir yandan koşarak uzaklaşmaya çalışanlar; öbür yandan koşuşturan polisler ve yeri göğü yırtı yırtı hızla gelen, tepelerine MG-3 monte arazi aracı tipli polis araçları... Ana kapının önündeki güvenlikçi kulübesine çıktım, yanan aracın yan ve arkasına düşen alan görüş dışı, meydana doğru olan ön bölümde de onlarca asker-polis üniformalı kalabalık hariç hiçbir şey görünmüyor. Bir an ‘*gideyim!*’ diye düşündüm ama aniden orta yerde beliriveren “mavi pijamalı” bir tipi takarlar mı?.. ‘*Açılın, ben doktorum!*’ klişesini kullanmaya kalksam nasıl bir muamele görürüm?.. Hem “sap

gibi” gitsem ne yapabilirim?!.. ‘*Bir sedye ve tıbbi malzeme isteyeyim?!..*’ diye saniye bazında düşünceler kafamdan akarken farkına vardım ki telefon, telsiz hiçbir şey almamışım yanıma. Nihayetinde zaten yeterince kural çiğnemiş durumdayım; üzerimde ameliyathane-yoğun bakım forma ve lastikleri, dışarıdayım. Dahası, sokaktayım! Bir de malzeme istersem medikal koordinatör ve “patron”um Michela’nın aklını oynatmazsa da beni asacağı kesin!.. Aklımda Sadi Sun hocamın tıp üzerine aforizması, ‘*Kuralları çiğneyenleri, kurallar çiğner!*’, indim aşağı. O anda da kendimi bizim güvenlikçiler tarafından sarılmış durumda buldum. Geri dönüp ameliyathane girişinde üzerimi değiştirdikten sonra içeri girdim. Beni gören Mubin heyecanlı heyecanlı bir şeyler anlatmaya çalışırken, eskiden yb hemşirem, fakülteyi bitirip doktor olduktan sonra “junior” cerrah olarak çalışmaya başlayan Mujeeb (*mucip işte*) geldi sarıldı, ‘*Seni sağ gördüğüme çok sevindim Doktor Ercan!*’ diye! Sonunda anlaşıldı ki saldırı Türkiye elçiliğinin önünde olmuş. Sivilleri o an bizden başka “takan” yok, ilk ağızda askeri tek yaralı olan asker de Bagram’daki amerikan üssündeki hastaneye götürülmüş.

Bizim hastane “Mass Casualty” alarmına geçmiş çoktan ama yalnızca oradan geçerken yaralananlardan bir vatandaş geldi, durumu iyi. Sonradan Michela’nın ameliyathane dış kapısına geldiğini ve beni istediğini söylediler. O, resmi ve gayri resmi kanallardan anında haberdar olmuş elbet. Ben etkilenmeyeyim diye baştan söylememiş, şimdi bilgilendirmek için gelmiş. Ben kendi hikayemi anlatırken önce beyaz olan teni biraz daha beyazlamaya başladı; sonunda, ‘*Gitseydin seni öldüreceğimi biliyordun değil mi?!..*’ diyerek elindeki dosya ile vurmaya başlayınca kaçtım içeri mecburen!..

Şaşıtığım şey, Türkiye elçiliğinin tam karşımızda, yüz metre uzakta olduğunu öğrenmekti. Zira birkaç hafta önce vizemin uzatılması için bir kez gidip başvuruda bulunmam gerekmişti. Emergency’nin

aracıyla giderken nasıl olsa “tur atma” gibi bir şansım olmayacağı için güzergâhla ilgilenmemiştim. Yol 15–20 dakika çekmişti. Sonradan konuşlanmayı böylelikle anlayınca önce şaşırdım; ardından benimkisi trafik nedeniyle olduğundan her ne kadar “uymasa” da, memlekette polislerin, göz bağlı-kafa yerde vaziyette işkenceye götürülen devrimcilerin yer algılamasını engellemek için nasıl “ilgisiz” turaladıkları geldi aklıma...

Şimdi size bir de “madalyonun öbür yüzü”nden bir aktarım yapayım: Cuma öğle sonrası, üç suları bu kez. Acil; gelen hastayı mutad üzre telsizden nöbetçi “international” hemşireye yönelik anonsladı. Erişkin erkek, mayın yaralı: Kafa travmatize, göğüs travmatize, barsaklar dışarıda, inguinal bölge ve iki uyluk ön artı iç yan parçalanmış, sağ el total, sol el kısmen, iki ayak total travma nedeniyle ampute, hasta dolaşım şokunda! Olağanda önce nöbetçi “int.” hemşire gider, ardından kıdemsiz cerraha vakayı anonslar, sonrasında kıdemli cerrah ve gereğine göre ben, ameliyathane ve yoğun bakım devreye girer. Kağıt üzerinde üç cümleyi bulan bu silsile pratikte üç dakikayı bulmaz. Tabii anonslar bütün ekip ve ilgili birimlerin de haberdar olmasını sağladığından herkes kendine göre hazırlığını yapar. Cerrahlar genelde ağır vakalar geldiğinde ya da geçende gelen üç soba zehirlenmesi gibi ne yapacaklarını bilemedikleri vakalar hariç beni acile pek çağırmazlar. Ben de ameliyathane–yoğun bakım aşamalarında sürece dahil olurum. Ama bu kez ilk anonstaki vaziyeti duyunca doğal olarak daha çağırılmadan hareketlendim. Acilde hızla ön muayenesi yapılan vaka oradan da hemen ameliyathaneye aktarıldı. “Biz”leri bile bir an duraklatıp yutkunderan; *‘bir insanın vücudu bu hale gelebilirmiş.. ve hala da hayatta kalabilirmiş!’* diye düşündürten dehşet bir görüntü...

İki cerrah gövde yaralanmaları ile uğraşırken, bir diğeri de el-ayaklar ve kafa

ile uğraştı. Dört saat sürdü salt “toparlama” ameliyatı. Yedi ünite kan verip orda durmak zorunda kaldık zira bankamızda hastaya transfüze edebileceğimiz gruplardan başka kan yoktu. Kapıdan aldığımız bilgiye göre yaralı ile birlikte yalnızca yaşlı bir kadın gelmişti. Afganlıların bize çok benzeyen bir yanları da kan bağışlamaktan hiç hoşlanmıyor oluşları. Aynı bizim insanımızın kan istemeyi, kan bulunması için yardım istemeyi sevmesi ama bağışlamaya yanaşmaması gibi onları da, *‘Kan bağışlarsanız hastanıza kan verebileceğim ve yaşayabilecek!’* diye mecbur etmediğiniz sürece kan almanız pek mümkün olmuyor.

Teyzem yaşlı, kan verebilecek durumda değil. Ama soruya yanıtı da hiç değişmiyordu, *‘Kabil’de yaşıyorlardı ve hiç akrabaları yoktu!’*. Kimse şaşırmadı! Niye?!.. Niye’nin açıklaması şu: Travma vakalarıyla yıllarca ve kezlerce hemhal olduktan sonra; yaralanmanın yeri ve yara(ların) niteliğine bakarak hemen hemen şaşmaz bir öngörude bulunabiliyorsunuz. Ve bu saptamaya bağlı olarak da ister istemez tıbbi ekip arasında bir bakış, bir mırıldanma, vücut dili yoluyla bir iletişim olabiliyor illaki. İşte 29 yaşındaki bu genci masaya koyduğumuzda da herkesin hızla kendi işini yapıyor oluşu sırasında anlık bakışlar ve yorum hareketleri yapıp ortak karar pekiştirildi: Çocukcağız bomba/mayın imal ederken elinde patlamıştı!

Nihayetinde yedi kez bulunmuşluğum söz konusu, saptamada bulunabilirim. Af-Pak insanının çok tipik bir çömelmesi var. Bacaklar ayırık, kollar iç yanda, popo “su içer” yakınlıkta ayrımla adeta yer ile yeksan! Ayakta durmalarını zorunlu kılan bir hal olmadığı sürece yeğledikleri çok tipik bir pozisyon. Hatta yapılane bağlı olmakla beraber iş yaparken bile çokluk aldıkları vaziyet bu. Şimdi öyle bir pozisyonda çömelik, ateşin karşısında durduğunuzu düşünün. Vücudunuzun nereleri daha çok ısınacaksa bir nedenle elde patlayan bomba da oraları hasarlıyor

daha çok ki bu çocuğun harap olan yerleri de oralarıydı... Öylesi bir hal sonrası da sizi hastaneye yedi sülaleniz getirmiyor elbet ve dolayısıyla hiç “akraba”nız da olmuyor! Ameliyat sonrası yoğun bakıma aldığım da saat akşam sekizdi. Yedi ünite kan sonrası hemoglobini hala yerlerde sürünüyordu! Laborantın tercümanlığıyla yaşlı teyzeyle bizatihi konuştum ama ne demeye çalıştıysam olmadı. ‘*Yok kimsemiz!*’ diyordu teyzem. Bizim genç serum, ilaç marifetiyle biraz daha gitti.. 22.40’da sıfırladı, ben de kabullenmek zorunda kaldım!

Altını çizerek söylüyorum; iki olgu arasında kesinlikle bağlantı kurmuyorum... Tek diyebileceğim, yedi gün-yirmidört saat aynı şeyleri yaşıyor olsanız da; aynı olgunun iki farklı veçhesini adeta “peş peşe” yaşayınca, ister istemez, ‘*Hayat ne garip!..*’ diye düşünmekten kendinizi alamıyorsunuz!.. ‘*Kim “av”, kim “avcı”?*’ *hiç belli olmuyor!..*’... Ya da bir anda, gerçekten bir an içersinde –*iki taraf için de-* değişiyor her şey ve “av” “avcıya”, “avcı” “av”a dönüşebiliyor!

Artık “klasik” mertebesine erişmiş sorudur: Bir anesteziiste sorarsanız, ‘*En iyi cerrah kim?*’ diye, yanıt sektirmeden gelir, ‘*Ölü cerrah!..*’. Hoş, bir cerraha da sorsanız alacağınız cevap özne değişimi ile beraber hayatıyet bakımından aynıdır!

Bunun kadar klasikleşmiş bir anekdot daha var, bilinir. Ol rivayet sorulmuş, ‘*Tanrı ile cerrah arasındaki fark nedir?*’ diye.. el cevap, ‘*Tanrı, cerrah olduğunu düşünmez!*’ imiş! Hatta bir versiyonu da şöyle aynı hikayenin: Rivayet, soru sorulduğunda daha muhatabından cevap gelmeden gök gürültüsü gibi bir ses duyulmuş, ‘*Ben asla cerrah olduğumu düşünmeye cüret etmem!*’!..

Neyse, mesleki olanı dahil her türlü şovenizm bizden irak olsun, birinci sorudan hareketle bir “ideal karışım” tecrübe eyleyeyim dedim. Malum, bizim memlekette anestezi ve yoğun bakım biliminin kurucusu Sadi Sun hoca da anesteziyi seçmeden önce cerrahi

doçentiydi. Sonuçta; “international”- “local”, bizim pek mağrur cerrahlara, ‘*o iş sizin dediğiniz gibi değil, gelecek ilk vakayı ben alayım da siz de görün nasıl olurmuş “ideal karışım”*’ diye meydan okudum! Geldi erişkin erkek vaka, göğüsten bıçaklanma! Muayene, akciğer filmi, soktuk ameliyathaneye. Çift göğüs dreni koydum, yarayı debride edip kapadım, bitti iş! Benim teknisyen Hamid fotoroman gibi fotoğraflamış. Bir belgesel yapabilirim üzerine ama asıl düşündüğüm şey başka: Şimdi nöroşirürji mi, kalp-damar cerrahisi mi yapayım, seçim yapamıyorum?!.. Luca ve Michela’da beni destekliyorlar. Bilemiyorum, belki ikisini birden yapıp, sonrasında da tek kişilik hastane olarak da çalışabilirim!..

Bu arada bağzı çekemeyen kıskanç şahıslar, ‘*Ercan acil durumlarda toraks dreni takmada deneyimli olmaya çalışıyor, “senior” cerrahlar da onu eğitiyorlar, hepsi bu!*’ diye yalan söyleyebilirler, inanmayın!.. Meselenin aslı benim dediğim gibi!..

Faisal’ı soruyorsunuz, o iyi. Artık namazını kıldıktan sonra tesbih de çekiyor. Bunun karşısına Ehsan’ı yatırdıydık. “İlginç” bir yaralanma idi o da: Sağ kaşın iç yanından giren kurşun çapraz aşağı gitmiş! Burun gerisinden damağı delip ağız tabanına, oradan boynun sol yanından boylu boyunca aşağı inip sol akciğeri de baştan aşağı kat ettikten sonra göğüs kafesinin sol yanında kaburgaların arasında durmuş. Toparlayabildik Ehsan’ı. Baktım bu ikisi karşıdan karşıya el kol işaretleriyle (ikisi de trakeostomili) konuşmaya çabalıyorlar; oturttum Ehsan’ı tekerlekli sandalyeye getirdim Faisal’ın yanına. Başladı bunlar kendilerince kaynatmaya. O ara sordurdum Ehsan’a, ‘*Seni namaz kılarırken rükuda, secde de mi vurdular?!..*’ diye! Öyle ya, ne menem bir trasedir anlamak mümkün değil! Üniversite yolunda yürürken vurulduğunu anımsıyor bir tek, vurunu görmemiş. ‘*Ben biliyorum seni vurunu!*’ dedim. Şaşkınlıkla boş bulunup

elini kaldırarak sordu, 'Kim?' diye. 'Faisal!' diye yanıtladım. Ehsan'ın hiç bozmayıp parmağını Faisal'a sallayarak gülerken, bizimkinin adeta dehşet içersinde kuş gibi kollarını çırparak, 'Hayır, hayır!' demeye çalışması hepimizi iyi güldürdü... İki gün sonra da ilk kez ağladı Faisal.

Murat (Hancı) ile yazışıp sorduydum. Rehabilitasyondan fayda göreceğinin kesinleşmesi üzerine ziyarete gelen patronu ile görüşüp durumu anlatmıştım. Bunun üzerine o da Faisal'ı Hindistan'a götüreceğini söyleydi. Günler geçti, yaprak kımıldamadı. En son gelen haber Faisal'ın hayatında hiç gitmediği Hindistan'ın polisinin kara listesinde olduğu, vize verilmediği idi... O aralar bir gün nörolojik defisit seviyesi kontrolü yapıyordum; hissediyor, hissetmiyor diye muayene ederken birden şıpır şıpır yaşlar boşalmaya başladı gözlerinden. İç çeke çeke sessizce ağladı. Dayanamayıp verdim ilacı uyuttum. Sonrasında Yusuf anlattı, babasına da, 'Ya bir şeyler yapın, yapamıyorsanız da alın eve götürün artık beni. Herkes iyileşip gidiyor, bir ben kaldım burada!' demiş.

Michela'ya telefon edip patronla görüşmek istediğimi, önemli olduğunu söylemesini istedim. Ertesi gece gelmiş hazret. Haber verdiler, gittim hastaneye. Önde-arkada o "klasik" MG-3'lü iki Toyota pikap, her birinde Faisal'ın eski hali gibi boylu poslu, kalaşnikof ve tepeden tırnağa mermili 6, toplamda 12 adam; ortada pancuru ışıldaklı devasa bir siyah cip. İçinden çıktı bizim yeni yetme, "grand tuvalet", ağzını yaya yaya aksanlı ingilizce konuşan "büyük patron". Ne olduğunu sordum; bir sürü hikâye anlatmaya başladı, lafta mangalda kül bırakılmamasına rağmen pratikte hiçbir gelişme olmamasına mazeret olarak. Lafını kesip araya girdim. Ne dediğimi demeyeyim ama şu kadarını söyleyeyim, kendi usulümce konuştum, sonuçta anlaştık! Numaramı aldı, sonra Faisal'ı ziyarete geçti. İki gün sonra aradı ve bildirdi ki o alınamayan Hindistan vizesi

alınmıştır! Şimdilerde son hamle için yol hazırlıkları sürüyor!

Son hikâye geçen gece yarısından. Telsizden çağrı geldi, ameliyathaneye isteniyorum. Elime boş pet su şişesi alıp çıktım: Varsa odada elime bi tane alıp öyle çıkıyorum. Bahçeden geçerken de bizim "Rin Tin Tin"ler, Fluffy ve Sher'in uzağına atıyorum. Gündüz vakti elinden tavuk-kemik yedikleri adamı tanıdıklarından değil, karanlıkta atılanı bişe sanıp o yana atıldığından bizim zeki köpekler, ben de kimseyi uyandırmadan dışarı çıkabilmiş oluyorum! Neyse, hastaneye geçtim. "Soyunma" odasında giyinirken benim ekipten Ahmed gelip kurşunlanma vakası olan hastanın çok yaşlı ve şişman, kalp ve akciğerlerinin de sorunlu olduğu anlattı. Bir tempo başladık. Hazırlık, başlangıç, cerrahlarla konuşma... derken pek bakamıyordum hastaya. Sonra fark ettim ki bizim dede hakikaten hem iri, hem şişman! Fazel takamadı, nazogastrik tüp takıyorum; elim-parmaklarım ağzında, yüzüm ona dönük. Beyaz tenli, cam mavisli gözlü, aksakallı bir dede! Her yanı gibi çene ve ağzı da iri; elim nerdeyse bileğime kadar ağzında soluk tüpünün sıkıştırdığı yemek borusundan nazogastrik sondayı geçirmeye çalışırken gayri ihtiyarı yüksek sesle söylendim, 'Dede ne işin vardı senin gecenin bu saatinde silahlarla, kurşunlarla?!..' diye. Beni işiten "senior" cerrah Hedayat, özgün telaffuzuyla 'duttur' diye seslendi adeta orta ölçekli havuz boyutlarında bir batına kolları dirseğine kadar girmiş uğraşırken, 'dedeyi vuran kim, biliyor musun?'. Baktım yüzüne, cevabı bekleyerek. 'Karısı!' dedi Hedayat! Nenem artık niyeyse tek kurşun sıkılmış dedeme. Savunma amacıyla kalkan kol misal, sağ dirseği sıyran kurşun göğüsten girip akciğeri kat etmiş, barsağı birkaç yerinden delip karın boşluğunda durmuş. Şimdi bakıyorsun pamuk gibi bir dede! 'N'oldu ki?!..' denilebilir, diye düşünülebilir ama neyse deyip sustum. Ama bakıyorum bakıyorum; yalanım varsa

namerdim, hakikaten o “Şirinler” tiplerindeki sakallı dedenin ikizi adeta! Yalnızca rengi farklı, mavi değil inadına beyaz! ‘Dosyada 65 yazılmış ama oğlu yaşının 85 olduğunu söyledi!’ dediler. Dosyayı aldım inceliyorum, gözüm isme takıldı: “Sherin”, Şirin yani!

Ameliyat sonrası gece yoğun bakımda tuttum dedeyi. Sabah ekstübe edip toparladım, servise gönderme hazırlığındayız. Şimdi, hastaların hikâyesi aktarılırken sebep de söylenip öylesi adlandırılıyor ya; “mine injury, knife injury...” diye; insan her yerde ve koşulda yine insan, Yusuf yapıştırmış dedeye adı, herkes hınzır hınzır gülererek birbirine söylüyor: ‘Wife injury!’.

Selam ve muhabbetle...

hamiş: son fotoğraf, daha çok da öyküsü size pek yabancı gelmeyecek! O yamacımdaki “ekzantrik” sarıklı, giysili, kolyeli, yüzüklü muhteremle bir ziyaret günü tanıştım. Esrarlı hal ile hastaya yaklaştı, mırıl mırıl bişeler okuyup papazların buhurdanlığı sallaması gibi salladığı tesbihini dokundurdu... ‘Nedir?’ diye sordum benim hemşirelere. Hocam meşhurmuş! Varmış öylesi kerametleri; inanç ve ihtiyaç sahibi insanların arzusu üzerine gelip, özel okumalar yaparak hastaların iyileşmesini sağlarmış!.. E, biz de eşek değiliz ya; “İlmi”ni almanın mümkünatı yok ise de rica ettik, çekindik bi hatıra fotoğrafı!..

Prof. Dr. Ercan Türeci

Cerrahpasa Tıp Fak Anesteziyoloji ve
Reanimasyon Öğretim Görevlisi





GÜNCEL SORUNLAR ; Sağlık çalışanlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları

Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Sempozyumu; sağlık çalışanlarının çalışma koşullarına bağlı yaşadıkları iş kazaları ve meslek hastalıklarını belirlemek, tanımlamak, işçi sağlığı ve güvenliği çerçevesinde değerlendirmek ve de bunlarla ilgili yapılması gerekenleri saptayarak hayata geçmesi için çalışma programı oluşturmak amacıyla düzenlenen 18-19 Ekim de derneğimizi temsilen Anestezi Teknikeri Tülay Aydın'ın katılımıyla Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu ve İstanbul Tabip Odası tarafından birlikte organize edilerek İstanbul Tabip Odası'nda gerçekleştirildi. Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği'nin yanısıra; Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES), Türk Eczacılar Birliği (TEB), Türk Hemşireler Derneği (THD), Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği (TMRT-DER), Türk Tabipler Birliği (TTB) ve Türk Diş Hekimleri Birliği (TDB) de temsilcileri ile toplantıya katıldı.

Kas-iskelet sistemi hastalıkları açısından iş kazaları ve meslek hastalıkları, radyolojik risklere bağlı iş kazaları ve meslek hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları açısından iş kazaları ve meslek hastalıkları, travma ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığı gibi konular çalışma grubu tarafından farklı oturumlarda değerlendirildi. Türkiye'de sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve geleceği, dünyada ve Türkiye'de iş kazası ve meslek hastalıkları, dünyada ve Türkiye'de sağlık çalışanlarında iş kazaları ve meslek hastalıklarına yaklaşım, iş hukuku ve sağlık çalışanları, sağlık çalışanlarının iş kazası, meslek hastalıklarındaki uygulamalar, yasal sorunlar başlıklı konulara yönelik konferans ve paneller gerçekleştirildi.

Ekim 2013-Nisan 2014 tarihleri arasında

meslektaşlarımızla yaptığımız odak görüşmeler ve online olarak paylaştığımız anket sonuçları ile gerçekleştirilen "Anestezi Çalışanlarında Mesleki Risk Değerlendirme" çalışmasının sonuçlarının da yer aldığı oturumlarda mesleğimizin güncel sorunlarından olan mobbing ve tükenmişlik konuları da yer verildi. Sağlık çalışanlarının ruh sağlığını etkileyen, başta tükenmişliklerini arttırmak üzere şiddete maruz kalanlardakine benzer şekilde uyum bozukluklarına, zaman zaman intiharla sonuçlanan depresif bozukluklara, anksiyete bozukluklarına, damgalanma korkusuyla profesyonel destek almayıp bunun sonucunda kendi kendini tedavi amaçlı başlayan alkol ve madde kullanım bozukluklarına, uyku problemleri ve buna bağlı dikkat - konsantrasyon güçlüklerine ve çalışanları mesleklerinden soğutan duygu ve düşüncelere yol açan faktörler tespit etmeye çalışıldı. Toplantı sonucunda ortaya çıkan veriler ise şöyle;

1-Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun politik uygulamalarının getirisi olarak çalışanların sorumlusu olmadığı aksaklıklardan sorumlu tutulması. Eczacıların bulunmayan ilaçlar, muayene ücretleri ve ilaç katkı payları gibi birebir sorumlu olmadıkları konularda sorumlu tutulması, poliklinik sürelerinin kısalması ve hasta sayılarının artırılması nedeniyle hastaların ihmal edilmesi ve bunun sorumlusu olarak kendisini muayene eden hekimi görmeleri, geri ödemelerdeki kısıtlamalar nedeniyle tanı ve tedaviye uygun malzemelerin ve yöntemlerin kullanılamaması gibi örnekler çoğaltılabilir.

2- Sağlık otoritelerinin çalışanlara desteğinde eksiklik ve çalışanların hedef gösterilmesi. Örneğin şiddete uğrayan hekimin aynı hastayı muayene etmeye zorlanması, yönetici pozisyonundaki kişilerin yönetsel niteliklerindeki eksiklik ve buna bağlı olarak çalışanlarına yönelik baskı ve yıldırma politikaları uygulamaları.

3- Sağlık kurumlarının çalışma koşullarının yetersizliği

4- İş ve işgücü planlamalarının, mesleki görev tanımlarının sağlıklı yapılmamasına rağmen sağlık çalışanlarından beklentinin yapay olarak yükseltilmesi. Örneğin doğum, refakat, süt izni gibi durumlarda uygun planlama yapılmamasının getirdiği yoğun iş yükü.

5- Performans ve hak edişe dayalı çalışma sisteminin sonucu olarak ekip çalışmasının ortadan kalkması ve iş barışının bozulması

6- Siyaset, bürokrasi mekanizmaları ve medyanın sağlık çalışanlarına yönelik itibarsızlaştırma eylemleri

7- Güvencesiz çalışmanın yaygınlaşması ve gelecek kaygısı

8- Yasal mevzuat hükümlerinin gerektiği biçimde uygulanmamasına bağlı hak kayıpları.

Örneğin mesleki riski yüksek olan grupların bu haklarının uygulanmaması. Biliyoruz ki başta tükenmişlik olmak üzere ruh sağlığı alanında yaşanan tüm problemler çalışma ortamına olumsuz yansımakta, verimi düşürmekte ve sağlık çalışanlarının iç huzurunu bozmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının ruh sağlığının farkında olunmalı, gerekirse tarama çalışmaları yapılmalı ve çalışanların ruh sağlığını bozan faktörlerle ilgili önleyici çalışmalar yapılmalıdır.

Anes. Tek. Samime Durmaz

ANESTEZİ TEKNİSYEN VE TEKNİKERLERİNDE MESLEKLEKLEŞME ve ORTAK BİLİNÇ SORUNU

Türkiye'de hekim dışı anestezi personeli olan anestezi teknisyen ve teknikerliğinin mazisi 40 yıla yaklaşmaktadır. Ancak bizden önce de bu mesleğin hemşire ve sağlık memurları tarafından ikame edildiği gözden kaçmamalıdır. Böylece anestezi teknisyenliğinin geçmişinin yarım asırı aştığı söylenebilir. Tabii burada yurt dışında mesleğimizin icrasının daha uzun yıllara dayandığını ifade etmek gerekir.

Bugün anestezi tekniker ve teknisyenleri sadece ameliyathanelerde değil ameliyathane dışında da zorlu görevleri ifa etmektedirler. Biz sahip olduğumuz bilgi ve tecrübe ile hastanelerde kritik hastalara müdahale ederken, sahip olduğumuz beceriler ile de ameliyathane dışında ; entübasyon, resisütasyon, zor iv. katetirasyon vb. daha birçok müdahale için diğer hastaların yardımına koşmaktayız. Periferde ise ambulans ile kritik hastaların nakli, acil ve yoğun-bakımlarda hasta bakımı ve takibi, postop.ünitelerde hasta takibi, triyaj, ağrı bölümlerinde hasta takibi gibi daha birçok görevin sırtımıza yüklendiği görülmektedir. Birbirinden çok farklı bu işlerin icrasında bir sağlık personeli olmanın verdiği şuur ve sorumlulukla elimizden geleni yapmaktayız. Ancak hepsi birbirinden farklı eğitim gerektiren bu işler, diğer sağlık meslek mensuplarının görev alanına girdiği için, bizlere atfedilmesini doğru bulmamaktayız. Zira bu geniş iş yelpazesinin bir sonucu olarak, asıl görev alanımız olan anesteziye uzaklaşabilmekte ve anesteziye yaşanan gelişmeleri yeteri kadar takip edememekteyiz. Bugün anestezinin uygulandığı alanlar her geçen gün artmakta ve baş döndüren bir hızla yeni anestezi teknolojileri ortaya çıkmaktadır. Bizlerinde

bu konularda uzmanlaşmamız ve bunlara hakim olmamız istenmektedir.

Elbette bu geniş iş yelpazesinin yanlış istihdam ve eğitim politikalarının bir eseri olduğunu söylemek mümkündür. Maalesef bu politikalar, nitelikten ziyade niceliğe önem verildiğini göstermektedir. Anestezi teknisyenleri adeta her boşluğu kapatmakla görevli bir personel olarak görülürken, bugüne kadar daha iyi ve yüksek eğitim talepleri görmezden gelinmiştir. Bu sayede kariyer geliştirme ve özlük haklarındaki iyileştirme imkanlarından da mahrum kalmışlardır. Sayıları on bini geçen anestezi teknikerleri kendi meslekleri ile alakası olmayan alanlara yönlendirilmiştir. Bugün bu sebeple sağlık meslek yüksek okullarının anestezi bölümlerinde, anestezi teknikerliğiyle ilgisi olmayanlar ders vermektedir.

Öyle bir meslek düşünün ki kendini akademik olarak geliştirme imkânı yok, kendinden sonra mesleği icra edecek genç meslektaşına işini resmi olarak öğretme imkânı yok, mesleğinin geleceğine yön verebilme şansı yok, görev tanımı yapılır, yönetmelik çıkarılır meslek erbabının fikrini soran yok, lisans tamamlamanın çıkacağı şu günlerde anestezi teknikeri ne ister soran yok. Peki geline bu noktada bizlerin ihmali yok mudur? Anestezi teknisyen ve teknikerleri olarak bugüne kadar bu konulara kafa yormamış, fikirlerimizi sadece kendi kendimize anlatmış ve bu fikirleri olgunlaştıramamışız.

Dernek olarak bu yüzden Türkiye'nin dört bir yanında düzenlediğimiz bu toplantılarla ve bu toplantılara dört bir yandan gelen siz meslektaşlarımızla birlik oluşturmayı, ayrıca özel hastanelerde, devlet hastanelerinde ve üniversitelerde çalışan arkadaşlarımızın yaşadığı farklı sorunları dinlemeyi ve bu sorunlara çözüm yolları üretmeyi amaçlıyoruz. Böylece üzerimizde ki bu ölü toprağından kurtularak,

farkındalık yaratabiliriz. Sahip olduğumuz bu yeni farkındalıkla ancak fark yaratabiliriz. Bu yeni farkındalıkla ancak yeni bir bilinç düzeyine ulaşabiliriz. Zira eksikliğini hissettiğimiz en büyük şey işte bu ortak bilinçtir.

Öz eleştiri yapmak gerekecek olursak bizler şu üç bilinç düzeyinin eksikliğini hissetmekteyiz; bunlar mesleki bilinç, sınıfsal bilinç ve nihayetinde kolektif bilinçtir. Mesleki bilinçsizlik; mesleğin bilim alanına olan ilgisizliğimizin yarattığı bir durumdur. Mesleki bilgiyi edinmedeki ataletimiz, araştırma ve sorgulama eksikliğimiz bizleri bilgi üretemeyen sadece başkalarının ürettiği bilgileri kulaktan dolma uygulayan ve söyleneni yapmak mecburiyetinde kalan insanlara dönüştürmüştür. Hâlbuki yaşadığımız çağ bilgi çağıdır ve bu çağda bilgiyi üreten ve edinenler bir şeye yön verebilir. Kısaca bilgiye sahip olanlar işlerinin efendisi iken diğerlerine düşen rol ancak efendilerinin söylediklerini sorgusuz sualsiz uygulayan köleler olmaktır. Elimizdeki sınırlı bilgi ile yetinmeyerek daha fazlasını istemeliyiz. Böylece mesleğimizin neyi gerektirdiğini yada gerektirmediğini bilebiliriz. Mesleki bilinç ile ancak neyi yapmamız daha da önemlisi neyi yapmamamız gerektiğini öğrenebiliriz. Zira bugün hala bazı meslektaşlarımızın eski alışkanlıklarından olsa gerek görev tanımlarında olmayan birçok uygulamayı kendi işleriymiş gibi yaptıkları hatta zaman zaman adeta doktorculuk oynadıklarını işitmekteyiz. Arkadaşlarımıza yeni yapılan hukuki düzenlemeler ile cezai yaptırımların arttığını ve cezaların sadece sorumluluk bende diyenlere ait olmadığını hatırlatmak isteriz.

Meslektaşlarımız arasında yaşadığımız diğer bir vakada sınıfsal bilinç eksikliğidir. Aslında tüm anestezi teknisyen ve teknikerleri olarak hepimiz bir sınıfın üyesiyiz. Bugün çalıştığımız ortamlarda aynı işi yapan arkadaşlarımızın birbirlerine destek olmada yetersiz ve isteksiz davrandığını gözlemlemekteyiz.

Teknisyenin düşmanı yine bir teknisyen, maalesef bu durum diğer sınıflar arasında da mevcuttur. Dedekortun tek bir odun parçası ve bir deste odun ile verdiği dersi hepimiz hatırlarız. Şu unutulmamalıdır ki bizler bir takımın oyuncularız ve takım ancak oyuncuları sırt sırta verebilirse sonuç alabilir. Bu yüzden bir haksızlık yada yanlış uygulama karşısında o birimdeki tüm meslektaşların birlik içinde hareket etmesi gerekir. Ancak bu şekilde bazı kazanımlar elde edebilir ve iş yerinde çalışma barışını sağlayabiliriz.

Bu bilinç eksikliklerinin bizi ulaştırdığı nihayi sonuç ise kolektif becerilerimizin azalmasıdır. Kolektif bilinç eksikliği sınıfsal ve mesleki bilincimizin yoksunluğunun bir neticesidir. Meslek olarak yarım asıra yaklaşan bir geçmişe sahip olmamıza rağmen sıkıntılarımızı ve çözüm önerilerimizi bir ağızdan duyuramamış, problemleri hep halının altına süpürmüşüz. Birlik olmamız ve birlikte hareket etmemiz bizi hep geriye götürmüştür. İşte bu birlikteliği sağlamak amacıyla bir avuç arkadaşımızla beraber yaklaşık üç yıl önce Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneğini kurduk. Kuruluşumuzdan bugüne kadar ülkenin dört bir yanında eğitim seminerleri aracılığıyla meslektaşlarımızla kucaklaştık. Bugün Afyonkarahisar'da dokuzuncusunu yaptığımız bu seminerler ile birbirimize bilgi ve tecrübelerimizi aktarma, ülkenin kuzeyi ile güneyindeki, doğusu ile batısındaki arkadaşlarımızı bir araya getirebildik. Bu iş ile mesleki ve sınıfsal şuur yaratmayı hedefledik. Bu amaçlarla kurulan ilk resmi dernek olmanın gururunu halen yaşamaktayız. Tabii bu arada başardıklarımızda oldu başaramadıklarımızda oldu. Zaman zaman sıkıntılı süreçlerden geçtik. Dernekte görev alan her bir arkadaşımız maddi ve manevi fedakârlıklarla bu kuruluşa katkı sağlamaya çalıştı. Bu sayede sınırlı kaynaklar ile yurt içinde ve dışında birçok ilke imza attık. Yaptıklarımız hepsi sahip olduğumuz vizyonun bir gereği idi. Tabii

amacımız yaptıklarımızı ne abartmak ne de birilerinin gözüne sokmaktır. Dernek asli amacımız birlik ve beraberlik içinde mesleğimizi ve meslektaşımızı hak ettiği yere ulaştırmak, yurt dışında ki emsallerimizle, bilgi ve beceri olarak rekabet edebilmek ve içinde bulunduğumuz yüzyıla yakışacak bir anestezi ekibini ülkemize kazandırabilmektir. Ancak kolektif bilinçsizliğimizin bir sonucu olarak sesimizin daha gür çıkmasını sağlayacak olan bu ve benzeri sivil toplum oluşumlarına ilgi henüz istenen düzeyde değildir. Unutulmamalıdır ki sivil toplum kuruluşları güçlerini üyelerinden almaktadır. Mücadelemizde ancak buradan aldığımız güç ile muhataplarımızdan netice alabiliriz. Hiçbir kar amacı gütmeyen çalışan, sürekli bir gelire sahip olmayan derneklere üyelik noktasında ayak sürümek akılcı bir tavır değildir.

Ortaya çıkan bu resimde birbirimize karşı takındığımız anlaşılması güç düşmanca tavır ve söylemlerin de etkisi olabileceği düşünmekteyiz. Burada anestezi teknisyen ve teknikerlerini temsil eden tek derneğin bizler olmadığını hatırlatmalıyım. Dernekleşmenin artması elbette mücadele aşamasında bizleri daha da güçlendirecektir. Bu alanda çalışan birçok derneğin olması bizleri her zaman sevindirmiştir. Bu durum ancak gücümüze güç katabilir. Bu arkadaşlarımızın da bizimle az önce bahsettiğimiz benzer hedefler doğrultusunda yola çıktığını düşünüyoruz ve hepsine başarılar diliyoruz.

Bizleri asıl üzen ve hayal kırıklığına uğratan ise dernek adı altında, bazı oluşumların bizlere karşı takındığı anlaşılması güç hasma ne tavidir. Bize göre akıl ve mantıkla bağdaşmayan çoğu yalan ve iftiradan oluşan beyanatlarla derneğimize karşı olumsuz bir algı yaratmaya çalışan bu oluşumun yöneticilerini, sizlerin huzurunda akli-

selime davet ediyoruz. Kendilerine karşı olumsuz bir tavır takınmadığımız halde sergiledikleri abartılı tutum ve haberlere ve bizlere yönelttikleri karalama çabalarına karşı, bugüne kadar ses çıkarmadık. Bunun sebebi ise camiamızda tahsis etmeye çalıştığımız birlik ve beraberlik ortamıdır. Bu iftira ve hakarete varan söylemlere karşı gittiğimiz her yerde meslektaşlarımızı diğer derneklere de üye olmalarını şiddetle tavsiye ettik. Bunun nedeni de sahip olduğumuz sınıf bilinci ve meslektaş olmanın verdiği sorumluluktur. Ancak bizler Mevlana Hazretlerinin dediği gibi testinin içinde ne varsa dışına da onun taşıcağını biliriz.

Acaba sizler bugüne kadar böylesi bir üslubu diğer meslek grupları arasında örneğin hemşire dernekleri yada anesteziistlerin derneklerinde rastladınız mı? Ancak kişilere Ziya Paşanın meşhur sözü ile seslenmek isteriz: "Üslubu lisan aynı ile insandır". Maden Ziya Paşadan açtık sözü yine onun sözü ile devam edelim. Şu meşhur sözü hepimiz biliriz: "Aynisi iştir kişinin lafa bakılmaz; rütbeyi seviyesi görülür aklı eserinde". Yani özetle aynası iştir kişinin lafa bakılmaz, adamın aklının seviyesi de yaptığı işte görülür.

Şu unutulmamalıdır ki bizler sivil toplum kuruluşları olarak birbirine çelme takmaya çalışan siyasi oluşumlar gibi olamayız, yada birbirinden üye almaya çalışan sendikalar değiliz. Hepimiz aynı geminin yolcularıyız ve bu gemi yara alırsa hepimiz zarar görürüz. Batarsak hep beraber batırız. Son olarak ileriye doğru giden bir gemide geriye farklı yöne yürümek sizi bir yere götürmez. Gün birlik ve beraberlik günüdür.

Sizleri en kalbi duygular ile selamlar esenlikler dileriz.

Anestezi Teknikeri
Hasan Uygur Koç
Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri adına

TARK 2014 de Anestezi Tekniker ve Teknisyenleri Oturumu

Bu yıl Cumhuriyetimizin başkenti Ankara’da 48. si düzenlenen Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Ulusal Kongresi’ ne (TARK) Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği (ATTD) olarak biz de katıldık.

Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği’ nin (TARD) davetlisi olarak katıldığımız kongrede, biz anestezi teknisyen/teknikerlerinin sorunlarını ve güncel durumlarını paylaşmak için bir oturum düzenlendi. TARD yönetimi, Sağlık Bakanlığı yetkilileri, anestezi doktorları ve anestezi teknisyen ve teknikerlerinin katılımı ile gerçekleşen oturumda aşağıda belirtilen konuları paylaştık.

27 Ekim 2014 de saat 16.00 - 17.00 arasında düzenlen “Anestezi Tekniker ve Teknisyenleri” başlıklı oturumda;

- Anestezi Tekniker ve Teknisyen Kimliği - Anestezi Tek. Şükran BALKANER - Ege Üniversitesi
- Anestezi Teknikeri Eğitim Sorunları - Anestezi Tek. Tuba USSELİ - Acıbadem Üniversitesi
- Anestezi Çalışanlarında Mesleki Risk - Anestezi Tek. Önder TOPBAŞ - Kocaeli Üniversitesi

derneğimiz adına konuşmalarını yaptılar.

Konuşmalarda meslek yasası, lisans eğitimi, mesleki riskler ve ekip çalışması konuları üzerinde duruldu ve sorunlara çareler arandı. Gelen

katılımcılar bilgilendirilerek, dernek olarak yaptıklarımız anlatıldı.

Sağlık Bakanlığı yetkililerine, TARD yönetimine, anestezi doktorlarına ve gelen meslektaşlarımıza;

- Meslek Yasası (meslek tanımı, ünvan, görev, yetki ve sorumluluk konusunda belirsizlikler)
- Lisans Eğitimi (standartize edilmemiş eğitim, güncel eğitim, lisans olanakları ve gerçekler, dünyada durum, güncel eğitimin yeterliliği ve yetkilendirmeler)
- Ekip Çalışması (anestezi doktoru ve anestezi teknisyen/teknikeri mutlak ayrılmaz ikilidir.)
- Mesleki Risk (biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psiko-sosyal riskler, iş doyum)

konularında sorunlar ve güncel durum anlatıldı.

TARK tarihinde ilk defa biz anestezi teknisyen ve teknikerleri davet edilmiş ve bir oturumda sorunlarımız ile güncel durumdan bahsetmemiz için bir ortam oluşturulmuştur. Bu durum bizler için memnuniyet verici ve şevk edici olmuştur.

Gördük ki ekip çalışmasının en önemli adımı iletişimdir. Doğru şekilde kurulmuş bir iletişim gelecekte pek sorunun çözümünde bizlere yol gösterici olacaktır. O nedenle bu konuda çok önemli bir adım atıldığına inandığımız TARD Yönetimine, TARD Başkanı Sayın Prof. Dr. Neslihan ALKIŞ’ a, TARD 2. Başkanı Sayın Prof. Dr. Güner Kaya’ ya, TARD 2. Başkanı Sayın Prof. Dr. Hülya Bilgin’ e, TARD Genel Sekreteri Sayın Prof. Dr. Zekeriya

Alanoğlu' na ve diğer yönetim kurulu
üyelerine teşekkürlerimizi sunarız.

Saygılarımızla

ATTD Yönetim Kurulu Başkanı

Anestezi Teknikeri Şükran BALKANER



9.MEZUNİYET SONRASI EĞİTİM
SEMİNERİMİZ AFYONKARAHİSAR
DEVLET HASTANESİNDE
GERÇEKLEŞTİRİLDİ.

Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği'nin 9. Mezuniyet sonrası eğitim semineri 13-14 Aralık 2014 tarihinde Afyonkarahisar Devlet Hastanesinde gerçekleştirildi. İki gün süren seminerin açılış konuşmalarını ATTD Başkanı Şükran Balkaner ve Afyonkarahisar Devlet Hastanesi yöneticileri ve bürokratları tarafından yapılmıştır.

Ana temanın KARDİYAK ANESTEZİ olduğu seminere katılım oldukça yoğun olmuştur. İlk oturuma; Hemodinami ve Kardiyak Anestezi başlığıyla ve Prof. Dr. Remziye Gül SIVACI, Yrd. Doç.Dr. Tuba Berra ERDEM SARITAŞ, Uzm. Dr. Arif. Halil İBİŞ oturum başkanları ile başladı. Bu oturumda; Kan basıncı-ölçüm metotları-invaziv, noninvaziv konusu Anestezi Teknikeri Furkan ASLAN, Kardiyak output ve kardiyak indeks; atım hacmi-stroke volüm konusu Anestezi Teknikeri Bahri DOĞAN ve Santral venöz kateterizasyon ,pulmoner arter monitörizasyonu konusu ise Anestezi Teknikeri Burak Yasin ÖZER tarafından sunuldu.

Rutin Kardiyak Cerrahide Anestezi temasıyla başlayan 2. Oturuma Doç. Dr. Deniz KARAKAYA, Yrd. Doç.Dr. Serpil USTALAR ÖZGEN ve Anestezi Teknikeri Şükran BALKANER başkanları eşliğinde ile devam edildi.

Bu oturumda ise; Anestezi indüksiyonu ve idame konusu Anestezi

Teknikeri Esin ERKEK, Kardiyopulmoner-bypass giriş hazırlığı konusu Anestezi Teknikeri Tunay GÜLMEZ, Kardiyopulmoner –bypass çıkış hazırlığı konusu Anestezi Teknikeri Volkan YAMA ve Kardiyopulmoner-bypass sonrası yönetim ve transport konusu ise Anestezi Teknikeri Hulusi YILMAZ tarafından sunuldu.

Üçüncü oturum Kardiyak cerrahide transfüzyon ana temasıyla ve Doç. Dr. Yüksel ELA, Yrd. Doç. Dr. Serdar KOKULU ve Anestezi Teknikeri Çetin ÖZ başkanları eşliğinde başlatıldı.

3. oturumda Kan ürünleri konusu Anestezi Teknikeri Gizem KUMRU, KPB sırasında anemi nedenleri, transfüzyon endikasyonları ve yeni bir uygulama olan bireysel kan yönetimi konusu Anestezi Teknikeri Esin ERKEK ve Transfüzyon erken ve geç dönem sonuçları konusunu ise Anestezi Teknikeri Özdilek TOSUNER tarafından sunuldu.Cumartesi günü seminer programımız geleneksel aile toplantısıyla; sorunlarımızı, taleplerimizi ve çözüm yollarını tartışıp değerlendirerek sonlandırılmıştır. Pazar günü çok sevilen yarışmamızda kıyasıya yarışan meslektaşlarımız yine heyecanla yarıştılar ve Afyonkarahisar'a özgü hediyeler kazandılar.

Tüm meslektaşlarımızı ve konuklarımızı büyük emekler vererek ve büyük bir misafirperverlikle karşılayıp ağırlayan başta Anestezi Teknikeri Kemal ÖZKARA ve ekibine, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Yönetimine ve il idare temsilcilerine Derneğimiz adına teşekkür ediyoruz. Sema ERDOĞAN

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Hastanesi





Türkiye’de Hekim Dışı Anestezi Personelleri



Modern cerrahi uygulamalarının gelişmesi anestezinin gelişimi ile paralellik arz eder. Cerrahi girişimlerin anestezi uygulamadan hastaya acı ve zarar vermeden yapılabilmesi mümkün değildir. Bu sebeple anestezi bilimi tıbbın vazgeçilemez bir alanıdır. Anestezi uygulaması doğrudan tedavi edici olmasa da hasta ve uygulayıcıları için potansiyel riskler taşır. Anestezi komplikasyonlarının sıklığı cerrahi komplikasyonlar kadar olmasa da ölüme kadar giden ölümcül sonuçları olabilir. Bu istenmeyen olaylar, anestezi alanındaki gelişmelere ve hastalara daha güvenli bir yaşam şansının kazandırılmasına neden olmuştur. Hastanın yalnızca ameliyat sürecinde değil, ameliyattan önceki hazırlık, ameliyat sonrası derlenme dönemi veya yoğun bakımda izlenmesi ve tedavisi, yeterli bilgi ve beceri gerekir. Bu süreler alanında deneyimli hekimler ve iyi yetişmiş sağlık personelleri tarafından yönetilmediği zaman, ölüme kadar gidebilecek kötü sonuçlar ortaya çıkabilir. Dolayısıyla anestezi uygulamaları, hekim, anestezi teknisyen/teknikerlerinden oluşan uzman bir ekip tarafından yapılmalıdır.

Ülkemizde süresi dört yıl olan anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlık eğitimine Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)'nda başarılı olan hekimler kabul edilmektedir. Bu eğitimi başarıyla tamamlayanlar anestezi uzmanı unvanı alırlar. Anestezi teknikeri/teknisyeni ise önceleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık meslek liselerinin anestezi teknisyenliği bölümlerinde ilköğretim okulu mezunlarının dört yıl süre ile genel kültür derslerinin yanı sıra meslek dersleri ve

uygulamalı dersler ile eğitim verilerek yetiştirilip, anestezi uzmanı bulunmayan hastanelerde, cerrahın sorumluluğunda anestezi uygulayabilen bir kimlik olarak tanımlanmıştır. Daha sonra, 1985 yılında, 2547 sayılı Yüksek Öğretim Yasası'nın (YÖK) 7. maddesi d. fıkrasına göre çeşitli üniversitelerde açılan sağlık hizmetleri meslek yüksek okullarının anestezi teknikerliği ön lisans programlarına, lise mezunları öğrenci seçme sınavının sayısal puanlarına göre alınarak, iki yıllık teorik ve pratik eğitiminden sonra, anestezi hekimine yardımcı elaman olarak yetiştirilmeye başlanmıştır. Yaşanan son gelişmeler ile sağlık meslek liselerinin anestezi bölümleri kapatılmış böylece anestezi teknisyeni arzı durdurulmuştur. Bundan sonra hekim dışı anestezi personeli sadece üniversitelerin ilgili bölümlerinde ön lisans düzeyinde verilecektir.

Ülkemizde anestezi uzmanlarının sayıca yetersiz olmaları nedeniyle; birden fazla ameliyat salonunda anestezi uygulamak zorunda kalmaları dikkate alınırsa, anestezi uzmanının iyi yetişmiş, görev sorumluluğunun bilincinde, teorik ve pratik bilgiye sahip güvenilir bir anestezi teknikeri ile çalışması anestezi ve hasta güvenliği için çok önemlidir. Her ne kadar anestezi uzman sayısı yükselmiş ve anestezi tekniker/teknisyeni tarafından yapılan uygulamalar azalmış olsada kalifiye hekim dışı anestezi personeline olan ihtiyaç her geçen gün artmıştır. Bunun sebebi olarak anestezi bilim dalının diğer alanlarda olduğu gibi her geçen gün gelişmesi ve yasal düzenlemelerle ile uygulayıcıların sorumluluklarının artması gösterilebilir.

Anestezi uzmanının ve teknikerinin görev ve yetkileri halen yürürlükte olan Sağlık Bakanlığı'nın "Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliğinin" ilgili maddelerinde düzenlenmiştir. Yönetmeliklere göre:

Anestezi Uzmanının Görev ve Yetkileri

Kendisine bir gün önceden verilecek ameliyat listelerine göre olguların niteliklerini ve ameliyat sürelerini göz önüne alarak günlük ameliyathane çalışma listelerini düzenler. Ameliyat olacak hastaların ameliyata hazırlanması için gerekli incelemeler ile konsültasyonların yapılmasını ve bu hastaların premedikasyonunu sağlar.

a) Narkoz ve ameliyat sonrası bakım yerlerinde çalışan personelin hizmetle ilgili amiri olup, onların düzenli ve verimli çalışmalarını ve hizmet içi eğitimlerini sağlar. Bölümünden başhekime karşı sorumludur.

b) Hastanın sağlık durumuna göre, anestezi altında ameliyat yapılıp yapılmayacağı hususunda karar verir.

c) Operatörle görüşerek ameliyatın özelliğini ve hastanın genel durumunu göz önünde bulundurmak suretiyle hastaya ameliyat masasında en uygun pozisyonu verir ve anestezi tekniğini tespit ederek gerekli anestetiği hastaya uygular veya kendi kontrolü altında teknisyenlere uygulatır.

d) Anestezi ve ameliyat altında iken hastanın durumunu, normal şartlarda seyrini temin için bütün kontrolleri (teneffüs sistemi, üriner sistem, serebral sistem, kan ve elektrolitler, anoksiya, hastanın ateşi, terlemesi vb.) yapar veya kendi sorumluluğu altında teknisyenlere yaptırır. Anestezi şekli ve seyrini ameliyat gözlem kâğıdına kaydeder.

e) Ameliyat sonu hastanın normal hayatı fonksiyonlarını kazanıncaya kadar gerekli gördüğü bütün tedbir ve tedavileri uygular. Bu hususta operatörle ve lüzum gördüğü diğer uzmanlarla konsültasyon yapar. Ameliyathane ve sterilizasyon işlerinde

ameliyathane sorumlusuna yardımcı olur. f) Narkoz ve ameliyat sonrası bakım birimindeki her türlü cihaz, alet, ilaç ve sıhhi malzemenin sağlanması, bakım, muhafaza ve sarfindan sorumludur.

Anestezi Teknisyen ve Teknikerinin Sorumlulukları

a) Anestezide kullanılacak tüm cihaz ve ekipmanı kontrol eder ve anestezi uygulamasına hazırlar.

b) Merkezi gaz kaynaklarının bağlantılarının doğru olup olmadığını, oksijen, azot protoksit, tüplerinin doluluğunu ve bağlantılarını kontrol eder.

c) Uygulanacak anestezi yöntemine göre gerekli ilaç ve malzemeleri hazırlar.

d) Anestezi cihazındaki arızaları, anestezik maddelerle, anestezide kullanılan bütün yardımcı ilaç ve malzeme ihtiyacını anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanına zamanında haber verir.

e) Anestezi uygulamaları ve monitörizasyon için hastayı hazırlar.

f) Anestezinin güvenli bir şekilde uygulanabilmesinde, sürdürülebilmesinde ve sonlandırılmasında anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanına yardımcı olur.

g) Anestezi uygulamasında hastaya ilişkin anestezi kayıtlarını tutar.

h) Hasta ve anestezi işlemine ait takip bilgilerini anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanıyla paylaşır.

i) Anestezinin sonlandırılmasından itibaren hastanın derlenme odasına güvenli bir şekilde teslim edilmesine yardımcı olur

Her ne kadar anestezi teknisyen ve teknikerlerinin yasal sorumlulukları bunlarla sınırlı olsa da sağlık kurumlarında birçok işi de üstlenmektedirler. Bunlar arasında

- Solunum ve kalp durması esnasında hastayı tekrar hayata döndürmekle görevli mavi kod ekiplerinin öncelikli elemanı,

- Hayati tehlikesi bulunan kritik hastaların ambulansla naklinde görevli sağlık teknisyeni

- Ameliyat bitiminde hastaların ameliyathanelerden servise gidişinde refakatçi sağlık elemanı,

- Özellikle yoğun bakımlar ve acil servisler olmak üzere birçok serviste hemşirelik hizmetlerinde

- Hatta zaman zaman ameliyat sayılarının düşük olduğu perifer hastanelerde hasta kayıt ve genel idari hizmet personelinin yapması gereken birçok işi yaparken görebiliyoruz.

Ayrıca zor damar yolu girişimleri, nazogastrik sonda uygulaması, entübasyon, ağrı kontrolü yoğun bakımlarda hastaların solunum cihazına bağlanması ve benzeri daha birçok müdahalelerin peyderpey anestezi teknisyen ve teknikerlerinden istendiği görülmektedir. Yukarıda bahsedilen hizmetler anestezi teknisyen ve teknikerlerinin görev alanında olmadığı aşıkardır. Anestezi teknisyen ve teknikerleri, hepsi farklı eğitim ve sorumluluk gerektiren ve çoğu farklı sağlık meslek mensuplarının yetki ve sorumluk alanına giren bu işleri, sahip oldukları bilgi ve beceriler ve sağlık personeli olmanın verdiği bilinçle en iyi şekilde yerine getirmeye çalışmaktadırlar.

Son zamanlarda anestezi iş kolunun müdahale alanının, modern tıbbın gereği ve hastaların sağlığı lehine arttığı bilinmektedir. Bugün anestezi sadece ameliyathanelerde değil, sayısız klinik ve bölümde uygulama alanı bulmaktadır. Onkoloji, girişimsel radyoloji, MR, BT, endoskopi, kolonoskopi, ERCP taş kırma bunlar arasında sayabiliriz. Tabii ki anestezi eşliğinde gerçekleştirilen bu müdahaleler ile hasta konforu artmakta ve tedavi tanı ve tedavi süreçleri hızlanmaktadır. Yeni müdahale alanları ile anestezi teknisyen ve teknikerlerinin çalışma alanları da artmaktadır. Artan çalışma alanları yeni bilgi ve beceriler gerektirmekte ve iş yükünü artırmaktadır. Ancak artan iş yükü ve bilimsel bilgi düzeyini yakalayabilmek mümkün olamamaktadır. Keza personel dağıtım cetveli esasları yoğun çalışılan sağlık kuruluşlarında etkin ve verimli çalışmayı karşılamaktan uzaktır. En son anestezi teknisyen alımının 2, geçen yıl toplam istihdamın 100 civarında olduğunu biliyoruz. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2002 -2013 arasında kamu hastanelerinde ameliyat sayısı yüzde 114.4, üniversitelerde yüzde 116.4 arttı. Özel hastanelerde ise artış yüzde 561.1. Türkiye nüfusunun yüzde 13 civarında arttığı bu dönemde toplam ameliyatların yüzde 175.9 oranında artarak 1 milyon 598 binden, 4 milyon 410 bin olarak gerçekleşmiştir. Rakamların anlattığı üzere artan ameliyat enflasyonuna karşılık anestezi teknikeri atamaları oldukça düşüktür. Üniversitelerden sadece geçen yıl mezun olan anestezi teknikeri sayısı ise 3000'i geçmiştir.

Bu hormonlu diyebileceğimiz mezun ve ameliyat sayılarına karşılık, düşük istihdamın pek çok ticari ve mali nedenleri olabilir. Burada dikkat edilmesi gereken hususun sağlık çalışanlarının, artan iş yükü altında kalmasıdır. Bu durumun bir yansıması da anestezi çalışanlarının kendi alanlarında yaşanan güncel gelişmeleri

takip edebilmekte yaşadıkları güçlüttür. Sadece ön lisans düzeyi ile sınırlanan ve yeterliliği tartışılan yüksekokul eğitiminin handikapları ile iş görmek durumunda kalan teknisyen ve teknikerlerin çağın gerisinde kalacağı aşikârdır. Mezuniyet sonrasında hemen hemen hiçbir eğitim almayan meslektaşlarımız, ya kendi klinik gözlemleri yada kulaktan dolma bilgiler ile riskli bir alanda iş görmek durumunda kalmaktadırlar. Her ne kadar Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği (ATTD) olarak ücretsiz düzenlediğimiz mezuniyet sonrası seminer ve çalıştaylar ile eğitim açığını kapatmaya çalışsakta istenilen etkiyi yaratmaktan çok uzaktayız. Bu bilgiler ışığında anestezi alanında hizmet kalitesinin ve çalışma barışının bozulacağını kanaatini taşıyoruz.

İş yükü, ön lisans eğitiminin istenileni vermekten uzak olması, meslekleşme yolunda arzulanan mesafenin katedilememesi, istihdam hesaplamalarının ihtiyacı karşılamaması, çalışma ortamının yarattığı olumsuzluklar neticesinde birçok arkadaşımız çağın gerisinde kalmakta ve iş doyumu düşmektedir. Bunların sonucu çalışanlarda tükenmişlik ve depresyon sıklığı artmaktadır. Artık anestezi çalışanları arasında yaşanan intihar yada şüpheli ölümler kanıksanmaya başlamıştır. Bu sağlıksız ortamın nedenlerinin yukarıda saydığımız etkenler arasında aramak gerekir.

Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği olarak yukarıda saydığımız konular üzerinde mesai harcıyoruz. Kuruluş tarihimiz çok yakın olsada bugüne kadar ülkemizin farklı bölgelerinde 9 eğitim semineri ve 2 çalıştay düzenleyerek farkındalık yaratmaya ve günü yakalamaya çalışıyoruz. Tamamı ücretsiz gerçekleştirilen etkinlikler ile anestezi ekibimizin kalitesini ülkemize yakışan düzeye çıkarmayı ve sağlık hizmetleri açısından gelişmiş ülkelerde ki emsallerimizle yarışabilir hale gelmeyi, anestezi biliminin sadece emek kısmına değil bilim alanına da katkı sağlamayı ve

nihayi olarak kazandıkları bilgi ve beceriler ile öz güveni yüksek sağlık elemanları yetiştirmeyi amaçlıyoruz. Çünkü biliyoruz ki oldum demenin öldüm demek olduğunu bir iş alanında hizmet vermekteyiz.

Öyle bir meslek düşünün ki kendini akademik olarak geliştirme imkanı yok, kendinden sonra mesleği icra edecek genç meslektaşına işini resmi olarak öğretme imkanı yok, mesleğinin geleceğine yön verebilme şansı yok, görev tanımı yapılıp, yönetmelik çıkarılır meslek erbabını temsil adına yola çıkmış sivil toplum kuruluşlarının fikrini soran yok, lisans tamamlamanın çıkacağı şu günlerde anestezi teknikeri ne ister soran yok.

Çağdaş yönetim anlayışı katılımcılığı gerektirir. Bizler gibi zor ve riskli bir parçası olan sağlık çalışanlarının kendi gelecekleri hakkında söz sahibi olması beklenir. Böylece sorunlara doğru tanı konabilir. Doğru reçetelerle tedavi edilemeyen sorunlar çözümsüzlüğe mahkumdur. Günü kurtarmaya yönelik geçici çözümler, nitelikten ziyade niceliğe önem veren istihdam ve eğitim politikaları ile sunulan hizmetin kalitesini artırmak ve çalışma barışını sağlamak mümkün olmasa gerek.

Ülkemizde anestezi işinin paydaşlarına hekim dışı anestezi personelinin sorunlarına değinilmesi ve bu meslek grubunu temsil eden sivil toplum kuruluşlarının önerilerinin dikkate alınmasını arzu ediyoruz.

Hasan Uygur Koç
N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesi,
Anestezi Teknikeri,
Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri
Derneği Yönetim Kurulu Üyesi

Kamuoyunun Dikkatine:

Son zamanlarda siz meslektaşlarımızın atan(a)mama sorunları çığ gibi büyümektedir. Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği (ATTD) olarak bu konu üzerine eğilmekteyiz. Başta kadro sorunu olmakla beraber Türkiye'de hekim dışı anestezi personellerinin sorunlarına yönelik bir metin kaleme alarak sorunun muhataplarına iletmiş bulunuyoruz. Ayrıntılarını ekte bulabileceğiniz yazı ve siz meslektaşlarımızın sosyal medya üzerinden yürüttüğü kampanyalar netice vermiştir.

Sonuç olarak Başbakanlık Müşavirliği ve bazı milletvekilerimiz konu ile ilgili derneğimizden bilgi istemiştir. Derneğimiz adına Sayın Başkanımız Anestezi Teknikeri Şükran Balkaner, sorunlarımızı ve nedenleri üzerine ayrıntılı açıklamalarda bulunmuştur. Elimizdeki bilgi ve belgeler ile bu konular üzerine yürüttüğümüz çalışmaları kendileri ile paylaştık.

Gerek siz mağdur edilen meslektaşlarımızın şikayetleri gerekse derneğimizin çabaları sonucu meclis kanalıyla Sağlık Bakanlığına bugün soru önergesi verilecektir. Ayrıntılarını ilerleyen zamanlarda siz değerli meslektaşlarımız ile paylaşacağımızı ve konuyu takipçisi olacağımızı belirtiriz.

Saygılarımızla

Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği (ATTD)

Yönetim Kurulu

TÜRKİYE'DE ANESTEZİ TEKNİSYEN VE TEKNİKERLERİN SORUNLARI

Hekimdışı anestezi personeli olan Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri, sağlık meslek liselerinin anestezi bölümlerinden 4 yıllık lise eğitiminden sonra Anestezi Teknisyeni olarak ya da üniversitelerin sağlık meslek

yüksek okullarının anestezi bölümlerinden 2 yıllık bir üniversite eğitiminin ardından Anestezi Teknikeri ünvanıyla mezun olurlar. Son yapılan yasal düzenlemeler ile sağlık meslek liselerinin anestezi bölümleri kapatılırken, sadece üniversitelerin anestezi bölümlerinden önlisans ile anestezi teknikeri mezun vermektedir. Bu gelişme ile daha çocuk denebilecek yaşta bir insanın hayatının sorumluluğunu omuzlarına yüklenmek sorununu ortadan kaldırsada, hale hazırda bu ünvan ile atama bekleyen meslektaşlarımızın gelecek endişesi yaşamasına sebep olmuştur. Dolayısıyla Anestezi Teknisyeni ünvanına sahip olanlar için bir kariyer haritası ortaya konulmalıdır.

Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri; anestezi alacak hastaları anesteziye ve operasyona hazırlayan, operasyon boyunca hastanın hayati fonksiyonlarını kontrol ederek anestezinin devamını sağlayan ve operasyon sonunda hastanın salimen derlenerek servise intikalini gerçekleştiren sağlık personelleridir. Kanun ve yönetmeliklerde yukarıdaki görevler ile sınırlı kalmamıza rağmen uygulamada Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri, hastanelerde birçok kritik işle görevlendirilmekte ve sayısız hayati müdahalede bulunmaktadır.

Günümüzde görev tanımlarında olmamasına rağmen teknisyen ve teknikerler; solunum ve kalp durması esnasında hastayı tekrar hayata döndürmekle görevli mavi kod ekiplerinin öncelikli elemanı, hayati tehlikesi bulunan kritik hastaların ambulansla naklinde görevli sağlık teknisyeni, ameliyat bitiminde hastaların ameliyathanelerden servise gidişinde refakatçi sağlık elemanı, yoğun bakımlarda ve servislerde hemşirelik hizmetlerinde çalıştırılabilmektedirler. Hatta zaman zaman tıbbi sekreter ya da genel idare memuru olarak bile görevlendirilebilmektedirler.

Bunların hiçbirinin Anestezi Teknikerliğinin görev tanımında yer alması da bu görevleri sahip olduğumuz beceriler ve sağlık personeli olmanın verdiği sorumlulukla en iyi şekilde yerine getirmeye çalışıyoruz. Burada akıllara şöyle bir soru gelmektedir; ülkemizde bu denli geniş bir iş yelpazesinde çalışmak durumunda kalan başka bir sağlık çalışanı var mıdır? Peki, farklı ve zor bu işlerin üstesinden gelebilen Anestezi Teknikerleri yeterli saygıyı ve ilgiyi görebiliyor mu? Bir diğer önemli soru ise ülkemizde o günün ihtiyaçları doğrultusunda aldıkları eğitim sadece lise ya da önlisans ile sınırlandırılmış Anestezi Teknisyen ve Teknikerliği bahsi geçen işleri yerine getirebilmekte yeterli olabilir mi?

Yeterli bir Anestezi Teknikeri olabilmek için; anatomi, fizyoloji, farmakoloji, dahiliye, cerrahi vb. birçok bilim dalına belli düzeyde hâkim olmak, aynı zamanda biomedikal teknolojiden anlamak ve anestezi sırasında kullanılan birçok teknolojik enstürümanın kullanımını ve hazırlığını bilmek gerekir. Yaşadığımız bu çağda, her geçen gün bilgi havuzu derinleşmekte ve karmaşıklaşmaktadır. İşimiz gereği bu gelişmelere hakim olmamız istenmektedir. Elbette bu istekleri günümüzde iki yıllık sertifikasyon benzeri bir eğitimle karşılamak mümkün değildir. Derneğimize öğrencilerden gelen şikâyetler arasında ders sayısının ve içeriklerinin yetersizliği, staj olanaklarının azlığı, ders veren öğretmenlerin ilgisizliği ve umarsızlığı başlarda yer almaktadır. Öyle ki kalp damar anestezisi gibi detaylı ve zor bir konuyu sadece 8 dakikada anestezi teknikeri öğrenimi gören bir öğrenciye anlatarak bu yeterli görülebilmekte ya da bölgesel anestezi konularını hiç anlatmadan bunlardan sorumlu tutulabilmektedirler. İş başında ise bizlerden bu tür hastaları takip ve müdahale etmemiz istemektir. Örneklerin çoğaltılabileceği bu tür durmları akıl ve mantıkla izah etmek oldukça güçtür.

Eğitimde bu denli yetersiz kalınmakla beraber atamalar konusunda ise oldukça cimri davranılmaktadır. 2015 yılında yapılan atamalarında sadece 2 anestezi teknisyeni alınırken, geride bıraktığımız 2014 yılında bu sayı ancak 100 civarında kalmıştır. Buna karşılık bu yıl anestezi teknisyen ve tekniker mezun sayısı ise 3000 ni geçmektedir. Peki bu rakamlar ışığında bu kadar mezun neden verilmektedir. Her geçen gün kadro sayısı azalırken mezun sayısı artmaktadır. Ortada büyük bir planlama hatası olduğu birçok vakıf ve özel üniversite açılan anestezi bölümleri ile olay eğitimden ziyade bir rant olayına dönüşmüştür.

Dernek olarak kuruluşumuzdan bugüne amacımız ve talebimiz; bu türden sorunların ortadan kaldırarak, insan hayatına kritik dokunuşlar yapan sağlık personelinin daha iyi bir eğitim almasını istemek olmuştur. Bunun da ancak diğer çağdaş emsalleri gibi kendi adı ve unvanı altında bir lisans programı olarak ve mevcut çalışanlara da bu branşta lisans tamamlama imkanı sağlanarak gerçekleştirilebileceğine inanmaktayız. Böylece bu kutsal görevi yerine getiren sağlık personeli hak ettiği saygıya ulaşacaktır. Zira gelişmiş ülkelerde ki emsalleri lisans hatta yüksek lisans düzeyinde eğitim alırken onların gerisinde kalmayı hak etmemekteyiz.

Sağlık sistemleri açısından gelişmiş birçok ülkede hekim dışı anestezi personelleri ileri düzeyde eğitim alırken ülkemizde önlisansla sınırlanması yaşadığımız bilgi çağında yeterliliğini yitirdiği rahatlıkla söylenebilir. Bilginin bir çığ gibi büyüdüğü çağımızda, hukuki düzenlemelerle tıbbi hatalar karşısında uygulanan cezai yaptırımların da arttığı görülmektedir. Hekimler muhtemel bu hatalar karşısında mecburi sigorta ile korumaya tabii tutulurken, aynı cezai yaptırımlara maruz kalabilen Anestezi Teknisyen ve

Teknikerlerine hiçbir koruma sağlanmamaktadır. Bu bilgiler ışığında birçok riski içinde barındıran anestezi iş kolunun biz çalışanları; daha iyi bir eğitim ve güven içinde çalışmayı istemekteyiz. Zaman içinde eğitim ve güvenlik talebi bir istekten ziyade bir ihtiyaca dönüşmüştür.

Yakın zamanda bu talebimiz karşılık bularak lisans tamamlama düzenlemesi resmi gazetede yayınlanmıştır. Öncelikle bu kanun düzenlemesinin de emeği bulunan herkese teşekkür ederiz. Ancak ilgili tasarıda ebe ve hemşirelere kendi alanlarında lisans tamamlama hakkı tanınırken Anestezi Teknikerlerine YÖK'ün uygun göreceği bir alanda bu hakkın tanınacağı ifade edilmiştir. Bu muğlâk ifade beraberinde bir tartışmayı getirmiş meslektaşlarımız arasında sadece hemşirelik üzerinden lisans tamamlamanın gerçekleşeceğine dair söylentilerin yayılmasına neden olmuştur.

Dernek olarak kendi unvanımızı koruyabileceğimiz bir alanda lisans tamamlamanın önceliğimiz olduğunu belirtiriz. Ülkemizde hemşirelik ile anestezi teknikerliği tarih içinde farklı gelişmiştir. Ayrıca başta Hemşirelik Meslek Kanunu, Tababati Şuabat Kanunu, Mesleki Yeterlilik Kanunu ve diğer kanun ve yönetmelikler ile bu iki meslek birbirinden ayrılmıştır. Bu kanun ve yönetmeliklerde Anestezi Teknikerliğinin görev tanımı ve bu mesleği kimin yapabileceği açıklıkla ifade edilmiştir. Yine Tababati Şuabat Kanununun ilgili maddelerinde Anestezi Teknisyeni ünvanı dışında bu mesleği icra etmeye kalkanlara 1 ila 3 yıl hapis ve para cezası verileceği açık bir şekilde ifade edilmiştir. Bu kadar kanun ve yönetmeliğe karşı birçok kamu ve özel hastanesinde halen anestezi teknisyeni olarak hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni vb. sağlık meslek mensupları teknisyen kadrolarında çalıştırılmaktadır. Bu durum bin bir emekle okuyup bunun karşılığını alamayan

anestezi teknisyen ve teknikerlerini derinden yaralamaktadır. Bahsi geçen meslek gruplarında atamalar anestezi teknisyenlerine oranla çok daha fazladır. Üstelik bu meslek gurupları KPSS den aldıkları 50-60 puanla atanabilirken, anestezi mezunları 80 puan bile atanamamaktadır. Bu durum atamalarda liyakat unsurunu ortadan kaldırırken üniversite eğitimini de anlamsızlaştırmaktadır.

Bu doğrultuda YÖK'ten beklentimiz lisans tamamlama ile ilgili ayrıntıların ve tarihinin bir takım hukuki sorunlara ve söylentilere zemin vermeden ivedi bir şekilde açıklanmasıdır. Ayrıca kamu ve özel hastanelerde istihdamın artırılarak, kadroların liyakat temelli yapılmasını istemekteyiz. Maalesef tüm çabalarımıza rağmen ilgili kurumlardan bu konuya dair sağlıklı bilgiye erişemediğimiz gibi taleplerimize olumlu bir karşılıkla alamamaktayız.

Meslektaşlarımız tarafından derneğimize yapılan şikâyetlerin birçoğunu görev ve yetki dışında ameliyathane dışı görevlendirmeler oluşturmaktadır. Mesela bir anestezi teknikeri zaman zaman bir hemşirelik hizmeti olan yoğun bakım ve acil serviste hasta bakımından sorumlu tutulabiliyor yada acil tıp teknisyeninin yapması gereken ambulansla hasta nakil hizmetini hatta bazı hastanelerde tıbbi sekreterlik yada genel idari memurluğu gibi hiçbir eğitim almadığı işlerde görevlendirilebiliyor. Bu görevleri yapma selayetlerinin bulunmadığını ve görev tanımlarında bu işleri kapsamadığını belirten çalışanlarımızın bir takım tehdidlere ve yıldırımlara maruz kaldığını da üzülererek iştirmektediriz. Hastane içinde bir servisten başka bir bölüme hasta transveri, ambulans ile hasta nakli, yoğun bakım, acil ya da serviste hasta bakım hizmetleri anestezi teknikerlerinin görev tanımlarında yoktur. Dolayısıyla bu alanlarda yapılan görevlendirmeler kanun

ve yönetmeliklere de aykırıdır. Ayrıca çoğu zaman keyfi yapılan bu görevlendirmeler de meslektaşlarımız asıl görev yerleri olan ameliyathaneleri teknisyensiz bırakmak zorunda kalmaktadır. Anestezi Teknikerliği spesifik ve uzmanlaşma gerektiren bir branştır. Bu sebeple herhangi bir sağlık personelinin hiç bilmediği bu görevi yerine getirebilmesi mümkün değildir. Böylesi bir durum hasta güvenliği açısından ciddi riskleri içerisinde barındırmaktadır. Bahsi geçen hizmetleri bunun eğitimini almış kişilerce yapılması en doğru yöntemdir.

Anestezi Teknikerlerinin sorunları maalesef sadece eğitim ve keyfi görevlendirmelerle de sınırlı değildir. Meslektaşlarımızın çalışma ortamından ve kullanılan materyallerden kaynaklı da birçok sorunu vardır. Bilindiği üzere ameliyathaneler zorlu çalışma alanlarıdır. Birçok kişinin kolay tolere edemeyeceği hadiseye buralarda şahit olmak mümkündür ve görevimiz gereği bu olaylara müdahale etmek durumunda kalırız. Çalışırken radyasyona ve atık gazlara maruziyet, doğal ışık ve atmosferden yoksun kalma ve birçok enfeksiyonla bulaş olma ihtimali ile karşı karşıyayız. Birde bunlara anestezi biliminin içerdiği zorluklar, yoğun, uzun, yorucu ve stres yüklü mesai saatleri ile performans kaygısı eklenince baş etmesi güç bir tablo ile karşılaşılabilir. Bu zaman içinde baş edilmesi zor bir hale dönüşebilmektedir. Nitekim bu durumla baş edemeyen birçok arkadaşımız tükenmişlik sarmalına kapılabilmektedir. Maalesef tükenmişliğin pençesinde, içinde bulundukları çaresizlikten kurtulmanın yolunu bir takım narkotik ve anesteziikleri kendi bedenlerinde kullanarak arayabilmektedirler. Sonu çoğu zaman ölümlerle sonuçlanan bu arayışın nedenleri ve çözümü noktasında dernek olarak elimiz kolumuz bağlı kalamazdık.

2008-2014 yılları arasında basına yansıyan bu tarz ölümlerle sonuçlanan 24 vakaya

rastladık. Tabii bunlar sadece basına yansıyanlar. Bu tür vakaların çoğu zaman gizlendiği, basına yansımayan yâda kalp krizi olarak raporlara yansıyan birçok olayı da işitmekteyiz. Aynı zamanda aktif bağımlı durumda çok arkadaşımız olduğunu da duyumlarımız arasındadır. Üzerimizde taşıdığımız bu sorumlulukla halen üyesi olduğumuz Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Platformu üyeleri ile geçtiğimiz yıl içinde çalışma başlattık. Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği ile Türk Tabipler Birliği, Adli Tıp Derneği, Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği ve Türkiye Psikiyatri Derneği gibi birçok dernek aracılığıyla bu olgunun sebeplerini ortaya koymak adına anket çalışması yaptık. Bu ankette bizim adımıza çıkan en dikkat edici sonuç; anestezi çalışanları arasında en fazla tükenmişliğe maruz kalan, aidiyetini kaybetmiş ve stresle baş edemeyerek iş yükü altında ezilen grubun biz anestezi teknikerleri olduğu ortaya çıkmıştır. Anestezi çalışanları arasında internet kanalıyla doldurulan anketlerin ayrıntılarına www.anestezitek.org.tr adresinden de ulaşılabilir.

İş yükü ile mücadele etmenin bir yolu da istihdamın artırılması olabilir. Bilindiği üzere her ameliyat odasına bir anestezi teknisyeni olması yasal gerekliliktir. Sağlık Bakanlığının istihdam kriteri ise genelde oda sayısının 1.4 katı olarak yapmaktadır. Ancak bu rakamlara birçok bakanlık hastanesinde bile ulaşılammamaktadır. Üniversite ve özel hastanelerde durum daha da kötüdür. Bu hesaplamalar baz alınarak yapılan atamalar anestezi teknisyenine olan ihtiyacı karşılamaktan uzaktır. Bu sebeple Anestezi Teknikerleri çoğu zaman yoğun mesai harcamakta uzun ve sıklıkla nöbet tutmak zorunda kalmaktadır. Zamanla anestezinin çalışma alanının genişleyerek ameliyathane dışına da çıktığı unutulmamalıdır. Bugün hastanelerin mavi kod ekibinin çoğu Anestezi Teknikerlerinden oluşmakta, ayrıca onkoloji, girişimsel radyoloji, MR, BT, endoskopi, kolonoskopi, ERCP taş

kırma, gibi daha birçok işlem zaman zaman anestezi eşliğinde gerçekleşmektedir. Bu bölümlerde de anestezi vermek için teknisyen ekipleri oluşturulmaktadır. Genişleyen anestezi iş alanı ve her sene artarak çoğalan anestezi teknikeri mezun sayısı da dikkate alınarak bu oranların operasyon odası sayısının iki katı olacak şekilde anestezi teknikeri istihdamının artırılması gerekir . Bunun yasalarla da teminat altına alınmasını istiyoruz.

Anestezi çalışanlarının karşılaştığı çalışma ortamı kaynaklı problemler arasında sayılabilecek; anestezi gazların ortama salınımından kaynaklı maruz kalınan zararlar, kesici delici alet yaralanmaları ve bu yaralanmalar kaynaklı birçok viral ve bakteriyel enfeksiyonlar, radyasyona maruziyet, doğal ışık ve havalandırmadan kaynaklı sağlık sorunları ile çalışma ortamına bağlı ergonomik problemlerin yol açtığı kas iskelet hastalıkları, ağır iş yükü ve stres kaynaklı rahatsızlıklar, ameliyathane ortamında çalışanların sağlığı üzerine eğılmeyi gerektirmektedir.

Sağlık sisteminde son zamanlarda hızlı bir dönüşüm yaşanmakta, bu dönüşümle geçmişe görece daha iyi sağlık hizmeti verilmeye başlanmıştır. Bu dönüşümün sağlık çalışanları üzerinde bir takım olumsuz sonuçları da olmamış değildir. Bunlar arasında çalışanlara yönelik artan şiddet olayları, yine çalışanlar arasında görülen artan tükenmişlik ve performans kaygısının sebep olduğu azalan hizmet kalitesi sayılabilir. Çalışan memnuniyetinin de düştüğü rahatlıkla ifade edilebilir. İçinde bulunduğumuz bu süreçte artan sağlıkta ticarileşmenin bir sonucu olarak adeta sayısal veri hastalığına kapınılmış, sanki nitelikten ziyade niceliğe odaklanmış gibiyiz. Hastaneler ticari bir işletmeye dönüşerek sanki kar ile beslenen birer organizma gibi beslenmeye başlanmıştır. Bu işletme felsefesi tüm kamu hastanelerine adeta bir hastalık gibi

nüfuz etmiş ve toplumun her alanını sarmaya başlamıştır.

Elbette tüm vatandaşlarımıza eşit ve kaliteli bir sağlık hizmeti ulaştırmak görevimizdir. Bu sebeple sınırlı olan kaynakları etkin ve verimli kullanmak hepimizin sorumluluğudur. Burada vurgulamak istenen insanın maden ya da metaa gibi görülmesidir. Çalışanlara çıkarılıp tüketilen bir kaynak gibi gören anlayıştaki sakatlığa dikkat çekmek gerekir. İnsan çalışırken tükenen ya da tüketilen bir kaynak olmamalıdır. Sağlık çalışanları da hastanelerin bir girdisi ya da tüketilen sermayesi değil kurumların temel unsurlarıdır. Unutulmamalıdır ki insanlar kurumlar için değil, kurumlar insanlar için vardır. Bu sebeple insanlar sadece çalıştıkları için sağlıklarını ya da hayatlarını kaybetmemelidir.

Elbette sorunun olduğu yöne bakmayarak sorun çözülmez. Varsa problemin ne olduğunun doğru tespitinin yapılması, ardından doğru tedavinin uygulanması en akılcı yoldur. Sonuç olarak yukarıda bahsettiğimiz hususların doğrultusunda, sorunlarımıza ve bunlara yönelik sunduğumuz çözüm önerilerine yetkililerin dikkate almasını arzu ederiz. Bizler gibi görevi insanlara şifa dağıtmak olan sağlık çalışanlarının kendi mesleklerinin gelişimine katkı sağlamaya hakkı olduğunu düşünüyoruz.

Saygılarımızla

**Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri
Derneği
Yönetim Kurulu**

APL

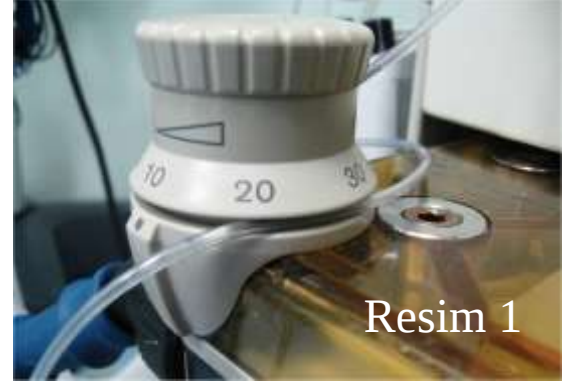
Anestezi cihazını manuel ventilasyonda kullanırken Ayarlana bilir Basınç Sınırlayıcı (APL- Adjustable Pressure Limiting) valfe ihtiyaç duyarız. Hava yolu basıncını bu valfle ayarlayıp hastayı havalandırırız. Cihazın kaçak testini yaparken yine bu valfi kullanırız. İşimizi güvenli şekilde yapabilmemiz için gereken APL valfi dikkatli kullanılmazsa çok ciddi sıkıntılara sebep olur.

Anestezi öncesi hazırlıkların yeterince yapılmaması ve cihazdan kaynaklanan hatalardan dolayı tuzağa düşeriz. Manuel ventilasyonda iken APL valfinin akciğerleri korumak için bir güvenlik önlemi olduğunu unutmamalıyız. Hastaya uygun cmH₂O değerinde kullanmazsak - valfi açarsak - hastayı havalandıramayacağımızı da bilmeliyiz.

Massive Leak During Manual Ventilation: Adjustable Pressure Limiting Valve Malfunction Not Detected by Pre-Anesthetic Checkout başlığıyla Anesthesia & Analgesia dergisinin Ağustos 2010 sayısında bu konu ile ilgili bir yayın vardır. Bu makalede, hasta uyutmadan önceki kontrollerin gerektiği şekilde yapılmamasının büyük miktarda gaz kaçağına sebep olacağı hakkında bilgi verilmektedir.

Örnekleme hattının APL valfine sıkışması ile oluşabilecek gaz kaçağında, hastayı manuel olarak havalandıramazsınız. Araya sıkışan örnekleme hattı APL valfini tamamen açık pozisyona getirmektedir (Resim 1). Oksijeni 18 lt/dak. çıkarmak veya oksijen flasha basmak yeterli olmaz. Bütün gaz sistem dışına kaçar. Akciğerlere iletilmez. Durum hemen fark edilemezse ve zaman kaybedilirse sıkıntılar yaşanmaya başlar. İlerleyen zamanlarda

panik artar. Durum daha da ciddileşir ve faciaya davetiye çıkarır.



Bu durumun sebebi, anestezi öncesi kontrollerin eksik ve dikkatsiz yapılması olduğu kadar, cihazın tasarımı ile ilgili bir takım sorunların da bulunmasıdır.



Örnekleme hattının su tutucuya (Watertrap) bağlandığı yerin APL valfine yakın olması ve bağlanma açısının valfe

sıkışacak şekilde verilmiş olmasından dolayı sorun yaşanmaktadır. Drager Primus cihazlarda bu sıkıntı ile karşılaşılmaktadır (Resim2). Eğer bu cihazlardan kullanıyorsak her zaman sorun yaşayabileceğimizi unutmamalıyız ve çok dikkatli olmalıyız. Firma bu konuda gerekli değişiklikleri yaptı. Tasarımını değiştirdi. Eski kullanıcılar içinde çözümler üretti. Bunları mutlaka kullanmamız gerekiyor. Firmadan ve biyomedikal ünitelerimizden destek almalıyız. Bu desteği alamayacaksak aşağıdaki adımları izleyerek sorunu çözebiliriz.

Waterlock 2 ismi ile temin edeceğimiz su tutucunun içerisinde bulunan aparat ile değişimi sağlayabiliriz. Bu aparat sonraki waterlock alımlarında bulunmamaktadır.



Eski su tutucuyu çıkarttıktan sonra adaptörü takın.



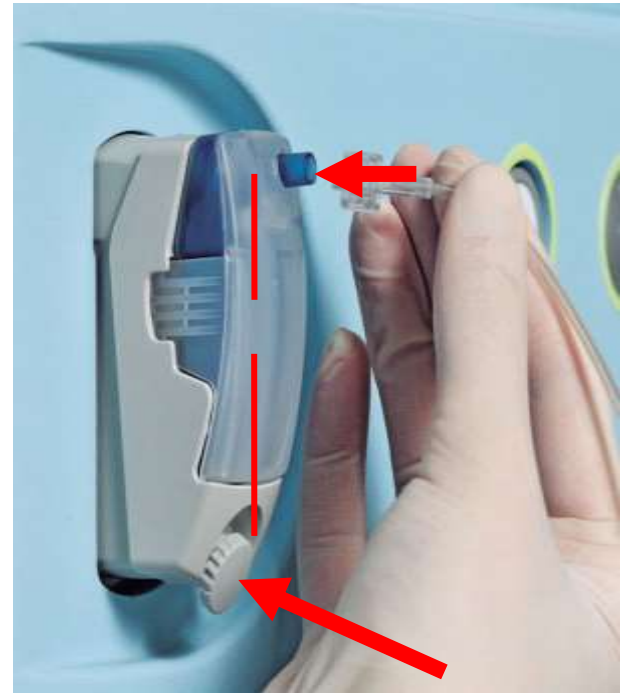
Eskiden örnekleme hattını bağladığımız yere sabitleme vidasını takın.



Yeni tasarım su tutucuyu yerine takın.



Örnekleme hattını yerine takın.



Resim 3



Resim 4

Örnekleme hattının yaklaşık 8 cm yukarıya alınması ve açısının dik hale getirilmesi ile bu sorun ortadan kalkmaktadır (Resim 3).

Bu şekilde daha güvenli olduğu görülmektedir (Resim 4).

Hasta güvenliği için elimizden geleni yapmalıyız. Bu sayede kendimizi de güvence altına almış oluruz.

ANESTEZİDE HATAYA YER YOKTUR.

Anes Tek Vedat Bulcak

LİDERLİK VE YÖNETİCİLİK

Liderler gerçekten ne yaparlar?

Liderlik yöneticilikten oldukça farklıdır; ama çoğunun düşündüğü sebeplerden değil. Liderlik mistik ya da gizemli değildir. Karizmayla da doğrudan ilgisi yoktur. Liderlik yöneticilikten daha iyi ya da onun yerini alacak bir kavram da değildir.

Liderlik ve yöneticilik iki apayrı ve birbirini tamamlayan aksiyon sistemleridir. Her ikisinin de kendine has işlevleri ve karakteristikleri vardır ve her ikisi de bugünün karmaşık ve değişken ortamında başarı için gereklidir.

Bugün birçok şirket ve organizasyon fazlasıyla yönetilmekte fakat liderlik konusunda zayıf kalmaktadır. Başarılı organizasyonlar liderlerin gökten inmesini beklemeyiz, bu potansiyele sahip insanları arasından çıkartır ve geliştirir. Ama şu da unutulmamalıdır ki yöneticilik vasıfları düşük ama liderlik özellikleri yüksek kişiler bunun tam tersi olan kişilere göre daha başarısız olurlar.

Tabii ki herkes hem liderlikte hem de yöneticilikte çok başarılı olmayabilir. Bazı kişiler çok kuvvetli yöneticiler olurken liderlik özellikleri zayıf kalabilmekte bazı kişiler ise bunun tam tersi bir gelişim sergileyebilmektedirler. Akıllı organizasyonlar her iki yönü dengeli kişileri bulup çıkarabilmekte ve bu kişileri takımlarının bir parçası yapmaktadırlar.

Liderlik ve Yöneticiliğin Farkları

Yöneticilik karmaşıklıkla başa çıkmakla ilgilidir. Pratikleri ve prosedürleri günümüzün büyük organizasyonlarını idare

edebilmek ile ilgilidir. Yöneticiliğin zayıf olduğu organizasyonlar her geçen gün daha kaotik bir hale gelirler ve kendi varlıklarını sürdüremez noktasına gelirler. İyi yönetim, organizasyonlara belli bir düzen ve kararlılık, öngörülebilirlik getirir.

Liderlik ise değişimle başa çıkmakla ilgili. Bugün bulunduğumuz ortam fazlasıyla rekabetçi ve bir o kadar da değişken bir ortam. Hızlı teknolojik değişimler, daha yüksek rekabet, gittikçe serbestleşen piyasalar ve değişken dünya ekonomisi bu ortamın temel taşları haline geldi. Artık dün yaptığınızın aynısını ya da %5 daha iyisini yapmak başarının formülü olmaktan çıktı. Majör değişimler hayatta kalabilmek için şart olmaya başladı.

Liderlikle yöneticiliğin farkını en iyi anlatan örnek ordu örneğidir. Barış zamanında ordular hayatîyetlerini sürdürebilmek için yönetilirler. İyi idare ve düzenli bir hiyerarşik yapı ve az da olsa liderlik yeterlidir. Oysa savaş zamanı, orduların önderlere, liderlere ihtiyacı vardır. Savaş zamanında ordular yönetilemezler, sadece onlara önderlik edilir.

Bu iki temel fonksiyon, yani karmaşıklıkla başa çıkma ve değişimle başa çıkma yöneticilikle liderliğin karakteristik aktivitelerini de belirler.

Örneğin, yönetim anlamında, şirketler planlama ve bütçe yaparlar, önümüzdeki yıl veya 3 yıl için hedefler belirler. Bu hedeflerle ilgili aksiyon planlarını yaparlar, gerekli kaynakları belirlerler, vs. Oysa bir organizasyona liderlik etmek, o organizasyon için bir yön belirlemekle başlar. Genellikle uzak bir gelecek için bir vizyon ortaya koyulur ve o vizyona ulaşabilmek için gerekli stratejiler

belirlenir. Yani liderlik, transformasyonla, A noktasından pek de benzer olmayan B noktasına gitmekle ilgilidir. Örneğin bir şirketin cirosunu 3 yılda 3'e katlamak, tümüyle verilen servis ya da üretilen ürün gamında köklü bir değişiklik yapmak, ya da çok zorda olan bir firmayı önce küçülterek ve reorganize ederek ve sonra da tekrar büyüme noktasına ve karlılığa ulaştırmak liderliğin çok daha fazlasıyla gerektiği konulardır.

Yönetim bir planı gerçekleştirmek için organizasyonel bir yapı kurmayı, iş tariflerini yapmayı ve gerekli kaynakları planlamayı içerir. Oysa aynı amaca yönelik olarak, liderlik, kişileri belli bir yöne yönlendirir. Bu yönlendirme, vizyonu anlayıp onu gerçekleştirmeye kendini adayacak ve bu anlamda kendi gruplarını kuracak kişileri yönlendirme ve onlarla iletişimde bulunma şeklinde gerçekleşir.

Ve son olarak yönetim, planın gerçekleşmesini düzenli kontroller ve problem çözme yoluyla garanti altına almak ister. Detayları ve sonuçları izler, formal toplantılar yapar, raporlar düzenler vs. Oysa liderlikte, vizyonun gerçekleşmesi, motivasyonla, ilham verme yoluyla ve önüne çıkan engelleri aşarken insanların en temel ihtiyaçlarına, değerlere ve duygulara hitap ederek olur.

Özetle:

1. Planlama ve bütçeleme yerine yön çizme
2. İnsanları organize etme ve görevlendirme yerine onlara ortak bir yön verme
3. Kontrol etme ve problem çözme yerine insanları motive etme

Serdar ÜLGER



SAĞLIKLI BESLENELİM

Kışın son soğuklarında,
içinizi ısıtacak güzel bir
çorbaya ne dersiniz?



Bademli Brokoli Çorbası

Akşamlar hala havalar soğukken, çorbalar sofralarımızda hala en sevilen ve aranan yemek. Havalar ısındıkça, bu favoriler de yerlerini salatalara, zeytinyağlılara bırakacak. Kabul edelim, istediği kadar sağlıklı olsun, brokoli pek de sevilen sebzeler arasında değildir. Ama bu halini seveceğinizi garanti ediyorum. Yapımı kolay, içindeki badem kıtırları ile ekstra lezzetli, hoş ve lezzetli bir çorba. İsterseniz sütle veya ekstra yoğunluk için krema ile deneyebilirsiniz.

Malzeme Listemiz

- İri bir demet brokoli
- Bir havuç (incecik soyacağız)
- 1 küp küp doğranmış soğan
- 1/2 bardak kabuksuz çiğ badem

- 3 diş sarmısak
- 1 küçük patates
- İsteğinize göre tavuk veya etsuyu
- 1/2 bardak süt veya krema
- Tuz, karabiber, küçük hint cevizi

İşe başlamadan önce, bütün malzemeleri hazırlamak, planlı ilerlememizi sağlayacaktır. Blender'ımızı ortaya çıkararak başlayabiliriz. Çorba yaparken en çok kullandığım mutfak aletidir. Bütün hataları örtebilir, pütür, topak, iri doğranmış sebze, hepsini hepsini hallediverir sizin için. Önce brokolilerin en düzgün tarafından bir avuç çiçeğini kenara ayırıp, geri kalanını kıyalım. İri parçalar olarak kalabilir. Pişme zamanını azıcık uzatsa da, blender ne güne duruyor değil mi? Kenara ayırdığımız çiçekleri kaşığa sığacak büyüklükte minik minik çiçek yapacağız. Onlar en son girecek çorbaya, süs olacak. Soğanı ve sarmısağı da incecik doğrayacağız. Ama iri kalsa da olur , değil mi? Havucu da, patates kabuğunu soyduğumuz aletle kurdele gibi incecik incecik yapıyoruz. Tabii hepsini bu şekilde yapmak mucize olacak. Sona kadar parçasını çorbanın içine baştan atabiliriz, ama en güzel kurdeleleri sona saklayacağız yine. Bunlar da süs olacak. Artık pişirme işine geçebiliriz; Öncelikle çorba tenceremizin dibine 2-3 çorba kaşığı su koyuyoruz, soğan ve sarmısaklarımızı ekliyoruz. Yağda kavurmak yerine bu şekilde suyun içinde yumuşatmak çok daha sağlıklı oluyor. Soğanlar şeffaflaştığı zaman, çorbaya kıvam vermesi için bir küçük patatesi doğruyoruz. Böylece un kullanmaktan da kurtarıyoruz. Bunları da biraz çevirdikten sonra, üzerine iri doğranmış brokolileri, iri kalan havuçları ekleyip, üzerini kapayacak kadar su ve tavuk suyunu ekliyoruz. Sütümüzü de bu aşamada ekleyebiliriz. Böylece bütün sebzeler sütün içinde yumuşuyor. Tavuk suyu veya et suyunu evde yapıp donduruyorum ben genelde. Buzluklarda porsiyonlayıp, derin dondurucuda saklıyorum. Gerektiği zaman, 2-3 küp atıyorum yemeklere. Böylece tuzunu,

yağını kendim kontrol altında tutabiliyorum. Bunlar 10 dakika kadar kaynadıktan sonra, çorbamıza bademleri (evet evet bütün olarak) ekliyoruz. Pişirmeye devam ediyoruz. Brokoliler tahta kaşıkla ezilir kıvama geldiği zaman, bütün çorbayı blenderden geçiriyoruz, böylece bütün sebzeler ve yumuşayan bademler iyice kıyılıyor. İçine kenarda kuzu kuzu bekleyen brokoli ve havuç süslerimizi atıyoruz, tuzunu, karabiberini ve rendelenmiş hint cevizimizi serpiyoruz. Son son 5 dakika kadar daha pişmesi yeterli. Altını kapadığımız zaman, tencereye 4-5 adet fındık kadar tereyağını ekliyoruz, kapağını kapatıyoruz. Tereyağı son dakikada eklemek, kokusunu muhafaza etmesini ve yanmadan uzun pişmeden sağlıklı yapısını korumasını sağlıyor. İçindeki bademlerle ktır ktır, nefis lezzetli, besleyici bir çorba. Soframızı şenlendirmeye hazır. Servis yaparken isterseniz üzerine biraz rende peynir ile ilave kalori ekleyebilirsiniz. Ama bu haliyle bile, bol sebzeli, renkli, ktırılı yumuşacık bir çorba oluyor.

Afiyet şeker olsun!

PELİN ÜLGER

SAĞLIKSIZ sayfasının yaratıcıları olan meslektaşlarımız Serkan Yiğit ve Nurullah Yüksel'e dergimize katkılarından ve karikatürlerinin paylaşılmasına verdikleri izinden dolayı ATTD olarak teşekkür ediyoruz.



**SUÇU
ANESTEZİYE
AYARIZ...**





SAĞLIKSIZ HAKKINDA

Sağlıksız iki anestezi teknikerinin hastanede yaşadığı olayları karikatürize ederek mizahi bir dille anlatmasıdır. Sağlıkta karikatürün adresi sloganıyla yola çıkan **SAĞLIKSIZ**, sağlık çalışanları arasındaki bağın ortak olduğunun kanıtıdır. Sağlıksız sizden aldığı destek ile yoluna devam ediyor. Sağlıksız sağlıkta karikatürün adresi.

Serkan YİĞİT-Nurullah YÜKSEL