



ISSN: 2147-4311

ARALIK 2016 SAYI: 9



Building Bridges between
Nurses in Anesthesia

barna
British Anaesthetic & Recovery
Nurses Association

International
Federation of Nurse
Anesthetists
IFNA



ANESTEZİTEK BÜLTEN

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

ISSN: 2147-4311

Yayın Sahibi:

Yrd. Doç.Dr. Z. Serpil Ustalar ÖZGEN

Yazı İşleri Müdürü:

Sema ERDOĞAN

(Kocaeli Üniversitesi Anestezi Teknikeri)

Kapak Grafik/ Tasarım:

Önder TOPBAŞ

(Kocaeli Üniversitesi Anestezi Teknikeri)

Adres/ Yönetim Yeri:

Gümeç Tekin Sok.Başkanlar Sitesi.
4R Blok.Daire: 5
Koşuyolu /KADIKÖY/ İSTANBUL

Web Adresi:

www.anestezitek.org. Tr

www.attdegitim.com

www.anestezitek.org.tr

www.attdegitim.com



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 yazım 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, 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

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 gibiolmalıdır:

Özet:

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

Anahtar kelimeler:

Türkçe ve İngilizce özetin altında “Index Medicus Medical Subject Headings (MeSH)”e uygun olarak en fazla beş adet olmalıdır. Yeni girmiş terimlere uygun “Index Medicus” tıbbi konu başlıklarına ait terimler yoksa var olan terimler kullanılabilir.

Giriş:

Amaç özetlenmeli, çalışmanın 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. Gerekiyorsa 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

EDİTÖRDEN (Serpil Ustalar ÖZGEN).....	4
BAŞKANDAN (Önder TOPBAŞ).....	5
WCNA 2016 Kongre İzlenimleri (Derya DAĞAŞAN)	6-7
WCNA 2016 Kongresi (Sema ERDOĞAN)	8-9
Milli Birlik ve Beraberlik Kongresi (Varol SAKALLI - Ömer KUTLUCA)	10
Derneğimiz İFNA Üyesi Oldu (Önder TOPBAŞ)	11-12
TARD Başkanı ile Görüşmemiz (Sema ERDOĞAN – Önder TOPBAŞ)	13
Atama Komisyonumuz ve Çalışmaları (Şükran Balkaner – Önder TOPBAŞ)	14-18
WCNA 2016 Kongre Posterlerimiz	19-22
Tıpta Onam-Etik ve İnsan Hakları (Selçuk POLAT).....	23-30
Eğitim Çalıştayımız	31
12. Mezuniyet Sonrası Eğitim Sempozyumu (Aysu ÖZARAS)	33-35
Anestezi Tarihi Derleme (Önder TOPBAŞ)	36-39
Rejyonel Anestezi (Emre DERELİ – Elif AKBULAK)	40-42

EDİTÖR'DEN

Merhabalar değerli üyelerimiz,

Bu kez Kasım sayımız gecikti, hem yazı derleme de üyelerimizin desteğinin asgaride kalması, hem de maddi imkanlarımız nedeniyle bir ay kadar bir gecikme oldu, özür diliyoruz.... keşke dergimize yazılar yağsa de biz aralarından seçemesek..

Kasım ayında, Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon bölümünün ev sahipliğinde Erzurum'da toplandı mezuniyet sonrası eğitim semineri için anestezi teknikerleri. Bu kez 'Anestezi komplikasyonları' idi konumuz.. Detayları ilerleyen sayfalarımızda bulacaksınız.

Dünya Anestezi Hemşireleri Kongresi, her iki yılda bir toplanıyor, 2016'da Glasgow'da idi.. Oldukça gayretli ve kalabalık bir ekip kongrede posterlerini ve sözlü bildirilerini sunmanın yanı sıra, ülkemizin anestezi teknikerleri ve teknisyenlerini bu kongrede ve uluslararası ortamda temsil etmenin gururunu ve heyecanını paylaştı, uluslararası mesleki bağlantılar kuruldu, uzun zamandır arzulanan IFNA üyeliği gerçekleştirildi. Ayrıntıları sayfalarımızda...

Hastalarımıza etik değerlere saygılı olarak en kaliteli hizmeti en eğitimli bir şekilde sunmaya çalıştığımız aşikar.. etik değerler konusunda Sayın Selçuk Polat'ın yazısının ilgiyle okunacağını umuyoruz..

Ülkemizde herşeyden çok birlik ve beraberliğe, birbirimize güvene ihtiyaç duyduğumuz şu günlerde, mesleğimiz, derneğimiz için de benzer gereksinimlerin olduğu tekrar hatırlatmak artık tüm dernek üyeleri için alışılmış oldu..Tüm meslektaşlarımız için, farkındalık, tanınırlık, saygınlık, tüm hastalarımız için en kaliteli, en ideal hizmet amacıyla çalışmalarımız, görüşmelerimiz sürecektir, sizleri de aramızda görmek bizleri ancak sevindirir..

Saygılarımla,

Z Serpil Ustalar Özgen

BAŞKAN 'DAN;

Değerli okurlarımız ve üyelerimiz;

Anestezi Teknisyen ve Teknikerlerinin gelişimi, sorunları ve mesleki geleceği için, derneğimiz bünyesinde bizlere güvendiğiniz için, şahsım ve tüm yönetim kurulu adına teşekkür ederim. Daha başarılı olmak için çalışmaya devam etmekteyiz.,,



Yönetim kurulu olarak göreve geldiğimizden bu yana birçok başarılı çalışmalara imza atmış olmak, bireysel ve mesleki sorunların üstesinden gelmek için birçok proje başlatmak bizlerin onurlandıran ve sizlerin karşısında gururlandıran etkenlerdendir. Tabii bu çalışmalar derneğimizin kuruluşundan beri süre gelen projeleri ve destekleyen arkadaşları da kapsamaktadır. Bu konuda ve bundan sonra yapılacak tüm çalışmalarda en önemli destek ise üyelerimizdir. Üye çalışmalarımız hızlı ve genişleyerek sürmektedir. Tek haneli rakamlardan başladığımız yolda, bugün resmi sayı olarak dört haneli rakamları telaffuz etmekteyiz. Dernek çalışmalarımızı ve derneğimizi sosyal medya üzerinden takip edenlerin sayısı ise 5 haneli rakamlardadır. Bu durum benim için umut verici, aynı zamanda da düşündürücüdür. Bunun için hiçbir

meslektaşımı suçlamak ya da öğüt vermek niyetinde değilim. Özellikle dernekçilik ve sendika kavramları maalesef ki ülkemizde yanlış boyutlarda, yanlış emellere hizmet etmekte yada üyelerin beklentisi dışında hareket edebilmektedir. Hele ki ülkemizde yaşanan başarısız terör, darbe vs. gibi talihsizlikler hepimizi iki hatta daha fazla düşünmeye itmektedir. Yaşadığımız olaylara baktığımızda ise tek yürek olmak birlik olmak her zaman başarılı ve daha güçlü olmamızı sağladığını göstermektedir bu doğrultuda tek amacımızın Anestezi Teknikerlerinin ve mesleklerinin hak ettiği yere gelmesi için çalışmaktayız. Bu geriplanda değerlin yetkililerce tekrar değerlendirilmelerini sağlamaktır. Eğer bu düşünce içerisinde iseniz üye olmak kendinize ve mesleğinize bir değer daha katacaktır.

Çalışmalarımızı

www.anestezitek.org.tr adresimizden takip edebilirsiniz. Çünkü tüm çalışmalarımızı burada yazmak epey zaman alacaktır.

Meslek adına belirlediğimiz hedeflerimiz doğrultusunda ilerlemeye devam etmekteyiz. Bu doğrultuda en değerli varlığımız azmimizdir. Başardığımız ve başaracağımız her proje bize ayrı bir keyif vermekte bu çalışmalar bile bizlere ayrıca keyif vermektedir. Değerli üyelerimiz ve meslektaşlarımızı selam eder, sizlerle her başarının daha keyifli olduğunu belirterek; mücadeleye devam diyoruz...

*Anestezi Teknisyen ve Teknikerler
Derneği Başkanı
Önder TOPBAŞ*



Emekli olalı üç ay olmuştu, evde Haziran ayında yapacağım ABD programının hazırlığını yaparken telefon çaldı. Açtım MERT BARUT.

Mert benim hem Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi'nde Anestezi sorumlusu olduğum dönemlerde stajyerimiz, hem de Marmara Üniversitesi'nden öğrencimdi. Üç yıl önce ben, Mert ve hastanemiz Anestezi Uzmanlarından Dr. Tayfun Gürsu ile “MARFAN SENDROMUNDA ANESTEZİ” ve “SPİNAL ANESTEZİ ESNASINDA İNATÇI HYPOTANSİYON” isimli bir çalışma yapmıştık ve bu çalışmayı Tunus’da yapılacak olan Anestezi kongresine göndermiştik. Fakat o yıl kongre güvenlik nedeniyle iptal olmuştu.

Mert heyecanla bana “Hocam biliyor musunuz, bizim yaptığımız çalışma ile birlikte toplam altı afiş GLASKOW’da DÜNYA ANESTEZİ TEKNİSYENLERİ ve TEKNİKERLERİ KONGRESİ’ne kabul edildi” dedi. Önce şaşırdım sonra da çok sevindim, Mert’çim bu büyük bir başarı, seni ve arkadaşlarını, emeği geçen herkesi tebrik ederim dedim.

“İyi hadi hazırlanın o zaman, siz de geliyorsunuz” dedi. Ben nasıl olacak, ben emekli oldum dedim, kongre içeriğini sorup öğreneyim, bir bakayım derken kendimi uçak biletimi almış buldum.

Kongreye katılacak olan diğer arkadaşlarla havaalanında tanıştık ve hemen kaynaştık. Daha havaalanının bekleme salonunda birçok bilgi paylaşıldı.

Kongre 13-16 Mayıs tarihleri arasında gerçekleşti. 12. Dünya kongresine 18 kişi ile, 6 poster ve 1 sunuyla katıldık. Ama esas olan bu kongreden önce Türkiye Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği olarak İFNA’ya yapılan başvuru idi.

Başvuruda da ne var, diyenler için söyleyeyim, başvuru demek birçok bilgi ve belgenin doğru olarak bir araya gelmesi demek. Çok zor ve tıp diliyle söylersem çok “SANCILI” bir süreç. Çünkü Uluslararası bir derneğin üyesi olabilmeniz için bir çok prosedür takip ediliyor. Tüm bunları yapan arkadaşlarımızın da ameliyathanedeki geceli gündüzlü çok yoğun temposunu da göz önüne alırsanız sanırım emeklerin değerini anlayabiliriz.

Kongre açılış günleri her zaman çok önemli ve özeldir. Çünkü açılışlarda insanlar birbirleriyle tanışır, kongre boyunca güzel dostluklar kurulur ve bilgi alış verişinde bulunulur. Tam kadro ve bayrağımızla hazır olduğumuz salonda İFNA Direktörü Mr. Pascal ROD Türkiye’nin İFNA üyeliğini resmen açıkladı ve ekibimiz çok haklı bir gurur yaşadı. Açılıştan sonraki günler bizim için çok önemli ve değerli idi. Çünkü hem konferansları dinleyip kaçırmamaya çalıştık, hem de bundan sonrası için stratejik planlar yaptık.

Çünkü sadece KABUL EDİLMEK yetmiyor. Bundan sonrası için birçok bilgi ve mesleki iyileştirme çalışmaları yapılması gerekiyor. Bu çalışmaların içinde aklınıza gelebilecek mesleki anlamda her şey var.

IFNA Başkanı Sayın JACKİE ROWLES ve benimle üç saatlik mesleki değerlendirme yapan İFNA EĞİTİM KOORDİNATÖRÜ Marianne Reisen derneğimizin gösterdiği başarılı çalışmalara dayanarak daha Türkiye’ye dönmeden birçok bilgi ve belgeyi verdi.

Kongrenin geri kalan günlerinde, bu sevinç ve gururla oturumları takip ettik. Kongre sonunda en son taze bilgiler, eğitimler ve kurulan dostluklarla döndük.

Peki şimdi ne olacak?

Üyeliğimizin kabul edilmesi ile dernekte çalışan arkadaşlarımızın sorumluluğu daha da artı. Çünkü bu tür bilimsel dernekler sadece üyelik vermezler, üyelik verdikleri derneğin çalışmalarını da sıkı takip ederler. Sürekli bağlantı da olur ve kontrol ederler.

Burada amaç, Anestezi Teknikerleri ve Teknisyenlerinin mesleki eğitim, gelişim ve becerilerini en üst noktaya çıkarmak, mesleği bilimsel olarak geliştirmek, akademik çalışmalarda bulunmak ve mesleğimizi kabul edilebilir ve hakkı olan yere taşımak.

Ben ömrünün 25 yılını Anestezi'ye ve eğitime adanmış bir meslektaşınız olarak hala yurt dışındaki hastaneleri, anestezi ünitelerinin çalışma şartlarını ve eğitim sistemlerini inceliyorum. Bilginin modern dünyada bizi geleceğe ve en üst seviyeye taşıyacak en değerli olgu olduğunun bilincindeyim..O nedenle biz böyleyiz demek yok, kabullenmek yok, durmak yok, iyiyiz demek yok.

Çünkü İYİLİK MÜKEMMELİN DÜŞMANIDIR.

Bütün kalbimle inanıyorum ki, Türkiye Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri

Derneği önümüzdeki yıllarda Dünya Kongresine ev sahipliği de yapacaktır. Zor da olsa verilen emeklerin karşılıkları alınacaktır, çünkü zorlar asla imkânsız değildir. Yeter ki vazgeçmeyelim, yeter ki önce bireysel olarak kendimizi ve mesleğimizi geliştirelim, yeter ki arkadaşlarımıza her yönden destek verelim. Bu çalışmalarda, beni de aralarına alan, hepsini tanımaktan onur duyduğum, maddi manevi, çok değerli çalışmaları ile emekleri geçen dernek çalışanlarını ve çalışmalarına her türlü katkı sağlayanları yürekten kutluyorum. Türkiye ve mesleğimiz adına yaptıkları çalışmaları adım adım takip ediyorum ve her zaman bilgimle yanlarında olacağım.

Saygılarımla
Derya DAĞAŞAN



WCNA 2016 KONGRESİ

IFNA'nın düzenlediği 13 -16 Mayıs tarihleri arasında İskoçya' nın Glasgow şehrinde gerçekleşen 12. Dünya Anestezi Hemşire/ Teknikerleri Kongresi'ne kalabalık bir ekip ile katılarak ilgi odağı olan derneğimiz yaklaşık 18 kişiyle, 6 poster ve 1 sunuyla kongredeki yerini almıştır.

Dünyadaki diğer meslektaşlarımızla tanışıp kaynaşma fırsatı bulan ekip, hem büyük bir ilgiyle karşılandılar hem de mesleki bilgi ve becerilerini artırdılar. Posterlerimizin ilgiyle takip edildiği kongrede, derneğimizin IFNA'ya kabul edilmesi ve al yıldızlı bayrağımızın diğer ülkelerin arasında yerini alması büyük gurur ve heyecan yaşattı.

Tamamen kendi imkânları ve bütçeleriyle kongreye katılan üyelerimize de bu özverileri nedeniyle teşekkür ederiz.

Sema ERDOĞAN
Kocaeli Üniversitesi
Anestezi Teknikeri





MİLLİ BİRLİK VE BERABERLİK KONGRESİ

Milli Birlik ve Beraberlik Kongresine Milletvekili Mahmut Koçak Beyin daveti üzerine derneğimizi temsilen Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anestezi Teknikeri Varol Sakallı ve Ömer Kutluca katılım sağladılar.

Toplantı Türkiye'nin tüm illerinden ve dış ülkeden katılımcılarla başladı. Yörük Türkmen kültürünü yaşatma derneklerinin başkanları, ve aşiret temsilcilerinin konuşmalarını yaptıkları kongre, ülke sorunları üzerine bu zamana kadar atılan adımlar ve bundan sonra yapılabilecek olanlarla ilgili istişareler masaya yatırıldı.

Tüm katılımcıların tek tek söz hakkı aldığı toplantı da derneğimiz adına bir konuşma yapan Varol Sakallı; Milli birlik ve beraberlik kongresine derneğimizi de davet ettikleri için teşekkürlerimizi iletti bu ve buna benzer toplantılarda üzerimize düşen bir görev olması halinde orada hazır olacağımızı bundan sonra ki yapılacak olan toplantılara iştirak edeceğimizi ifade etti. Sonrasında sayın milletvekilimiz Mahmut Koçak ile birebir konuşma fırsatı bulan derneğimiz temsilcileri, dernek faaliyetlerimizle ilgili istenen bilgileri rapor halinde sayın milletvekiline sundular.

Derneğimizin yanında olacağını her daim destekleyeceğini bizlere iletti. Kongre hatıra fotoğraflarının çekiminde sonra güzel temenni ve dileklerle sona erdi.

Varol SAKALLI-ÖMER
KUTLUCA
Kocaeli Üniversitesi Anestezi
Teknikerleri



ATTD ARTIK İFNA ÜYESİ

Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği; Ülkemiz adına önemli bir başarıya imza atmıştır. 12. si düzenlenen Dünya Anestezi Hemşireleri Kongresine 8 bildiri ile katılan dernek üyelerimiz yüksek katılım sayısı ile de dikkat çekmiştir.

Ağırlıklı olarak ameliyathanelerde Anestezi Uzmanları ile takım halinde çalışan Anestezi Teknikerlerini Uluslararası platformda ülkemizi temsil etmektedir.

Ülkemiz deki hekim dışı anestezi çalışanlarının dünya standartlarına ulaşması ve sağlık hizmetlerinde, branşlarına ait kalitenin artmasının göstergesi olan International Federation of Nurse Anesthetists Üyeliği kabul edilmiştir.

Tüm üyelerimizi haberdar ve tebrik ederiz. Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği olarak yaptığımız çalışmalar sonucunda geçtiğimiz günlerde başvurumuz değerlendirilerek ülkemizin İFNA ' ya (International Federation of Nurse Anesthetists) kabul edildiğini tüm üyelerimize duyurmaktan onur duyuyoruz.

Mesleğimiz adına önemli bir yer teşkil eden İFNA üyeliğimizin birçok faydası olacaktır. Bunlardan en önemlisi eğitimin akreditasyonudur. Daha kaliteli ve daha doğru bir eğitim sistemine kavuşmamızda yardımcı olacağı inancındayız. İFNA' nın Türkiye temsilcisi olarak dernek başkanımız Önder Topbaş seçilmiştir. İFNA ile yapılacak tüm görüşmeler ve iletişim dernek başkanımız aracılığıyla gerçekleştirilecektir.

IFNA üyeliğimizin mesleğimiz ve meslektaşlarımızın eğitiminde birçok faydası olacaktır.

Birçok kurum ve kuruluş hatta ülke bu ve buna benzer üyelikler kazanma çabası içerisinde bulunmaktadır. Bu kazanım daha fazla güç ve kazanım anlamına gelmektedir.

Bir hastanenin kalite belgesi alması yada ülkemizin Avrupa Birliği'ne girmesi gibi düşünebilirsiniz.

Kısacası daha da netleştirmek gerekirse, standartlarımızın dünya standartlarında olması için kazanılan uluslararası bir başarıdır. Bu üyelik birçok Avrupa ülkesinde çalışma olanağı ve eğitimlerin yolunun açılacağı anlamını taşımaktadır. Birçok sorunlarımıza karşılık yönlendirici ve örneklerle sorunları aşmamızı sağlayacak İFNA desteği ,hem yurt içinde hem yurt dışında yönetici ve yasalara karşılık koruyucu bir çatı teşkil edebilir. Mesleğe ait sorunlarımızı aşmak üzere dünyanın gelişmiş ülkelerinden örnek alabileceğimiz bilgi ve dokümanlara ulaşmamızda yardımcı olacaktır. Yasal sorumluluk ve eğitim alanında daha üstün yetkiye sahip olarak hastalarımızın daha güvenli hizmet alması ve sağlık yöneticilerimizin bakış açılarının mesleğimize pozitif olarak katkı sağlayacağı ve mesleğimize daha da saygınlık kazandıracağına yürekten inandığımız bir üyeliktir.

Ayrıca üyelik sertifikamızı gururla üyelerimizle paylaşırız.





CERTIFICATE of MEMBERSHIP

Glasgow, United Kingdom, May 12th 2016

The **International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA) Council of national Representatives** has approved the Associate membership application from the Turkish Association of Anesthesia Technicians, **ANESTEzi TEKNiSYENLERi VE TEKNiKERLERi DERNEGi**.

ANESTEzi TEKNiSYENLERi VE TEKNiKERLERi DERNEGi will then represents the anesthesia technicians from Turkey as **Associate Member** within the **IFNA**.

Congratulations

Pascal Rod
IFNA Executive Director

TARD Başkanıyla Görüşme...

Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği olarak 13 haziran 2016 tarihinde Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Başkanı Prof.Dr.Hülya Bilgin’le Anestezi teknikerlerine ait sorunlar ile ilgili bir görüşme gerçekleştirdik.

Anestezi Teknikerleri yerine çalıştırılan personellerin Anestezi Teknikerlerine istihdam konusunda haksızlığa uğradığı konusunda bilgiler verildi. Lisans eğitimleri konusunda çalışmalar ve çalıştay raporları paylaşıldı.

Anestezi programlarının koordinatörlüğünde yine diğer yardımcı sağlık personellerinin rol alabilmesi ve yine Anestezi Teknikerlerinin haksızlığa uğradığı aynı zamanda meslek dışındaki eğitimcilerin meslekte yetişen meslektaşların kalitesine yönelik endişeleri paylaşıldı. İFNA üyeliğine kabul edilmemiz konusunda bilgilendirilme yapıldı.

TARD desteği ile bazı konuların aşılması ve ortak çalışmalara hazır olduğumuz bilgileri paylaşıldı.

Sayın hocamız Prof.Dr Hülya Bilgin’ e misafirperverliği için teşekkür eder saygılarımızı arz ederiz.



yetersizdir ki; anestezi uzmanlarımız reanimasyon, yoğun bakım, ağrı, derlenme odası ve dış anestezi de görev yapmaktadır. Hastalık, hamilelik, yıllık izin vb. gibi bazı özel durumlar da devreye girdiğinde bu sayı masa başına 0,5'in altına inmektedir. Yani 2 masaya 1 anestezi uzmanı bakabilmektedir.

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü 2014 Raporuna göre devlet, özel ve üniversite hastanelerinde istihdam edilen Anestezi Teknisyen/Teknikeri sayısı 9150'dir. Masa başına düşen anestezi teknisyen/teknikeri sayısı 1,53'tür. Yine aynı nedenlerle bu sayı masa başına 1'in altına inmektedir.

Aynı raporda üniversitelerin durumunun daha da vahim olduğu gözler önüne serilmiştir. Üniversitelerin tıp fakültelerinde aktif olan masa sayısı 1063 iken kadrolu teknisyen/tekniker istihdamı 587 olarak belirtilmiştir. Bu da bize buralardaki açığın anestezi teknisyen ve teknikeri dışında veya sertifikası olmayan bu unvanı takınarak iş görmekte olan sağlık memuru, hemşire, acil tıp teknisyenleri vb. diğer sağlık meslek gruplarının istihdam edilerek kapatıldığını düşündürmektedir. Düşüncenin yanı sıra ilgili kurumlara gelen şikâyetlerden bilinmektedir.

(<http://www.anestezitek.org.tr/ziyaret-defteri.html>) Bu durumun yasal yaptırımları bir yana bu mesleğin eğitimini almış ama atanamamış meslek mensuplarına da haksızlıktır. Aslında sağlık bakanlığı görev tanımlarına bakıldığında haksızlıktan da öte suç sayılabilir.

Ekim 2013 ve Nisan 2014 tarihleri arasında Anestezi çalışanlarının çalışma koşullarına bağlı sorunların tespiti ve çözüm önerilerinin oluşturulması yönünde Türk Tabipleri Birliği Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu (TTB), Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD), Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD), Adli Tıp Uzmanları Derneği (ATUD), Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği (ATTD) ile İstanbul Tabip Odası

(İTO) ortak bir çalışma yürütmek açısından bir araya gelmiş ve "Anestezi Çalışanlarında Mesleki Risk Değerlendirmesi" çalışması yapılmıştır.

Bu çalışmaya göre; Anestezi çalışanları haftada genelde 50 saatin üzerinde (%75) çalışmakta ve özellikle %15 oranında da bu çalışma süresi 60 saatin üzerine çıkmaktadır. Çalışmanın kapalı, karanlık ve de havalandırmanın yetersiz olduğu ortamda gerçekleşmesi ile gerek anestezi çalışanı gerekse de hasta açısından riski artırmaktadır. Yukarı da belirttiğimiz sayılar da bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Olumsuz çalışma koşulları ve buna bağlı ortaya çıkan depresyon anestezi çalışanları açısından mesleki ve kişisel ciddi sorunlara yol açarken sonuçları açısından kesinlikle değerlendirilmesi, önlem alınması gereken bir durumdur. Ağır ve uygun olmayan çalışma koşulları anestezi çalışanlarında psikolojik sorunlara da yol açmakta ve toplam riskler sıralamasında psikolojik sorunlar 3. sırada yer alırken depresyon, stres, mobbing (psikolojik baskı), travma, anksiyete, tükenmişlik, madde kötüye kullanımı, eşitsizlik, güven kaybı, panik atak, mesleki doyumsuzluk psikolojik sorunlar olarak öne çıkmaktadır.

Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği (ATTD) Başkanı Anestezi Teknikeri Önder Topbaş'ın yaptığı yüksek lisans tezi de bu sonuçları destekler niteliktedir. Anestezi teknisyen /teknikerlerinde tükenmişliği araştıran Önder Topbaş'ın tez sonuçları da oldukça dikkat çekicidir. Türkiye genelinde 548 anestezi teknikeri ile anket çalışması yapılmıştır. 2014 yılında yüksek lisans tezi olarak yayınlanan araştırma sonuçlarına göre Anestezi teknikerleri; görev tanımı dışında çalışmak zorunda kaldığını (%77), yönetmelikte belirtilenden fazla çalıştığını (%91,4) , adil bir ücret almadığını (performans dağılımı) (%74,2),vb belirtmiş,

birçok düzeltilmesi gereken çarpıcı sonuçlara ulaşılmıştır.

Bir diğer dikkat çeken konu ise anestezi çalışanlarının son yıllarda büyük çoğunluğunun psikolojik destek aldıkları, intihar oranlarının ortalamanın çok üstünde olduğu ve giderek arttığıdır.

Her iki çalışmada da görüldüğü üzere anestezi çalışanları yoğun iş koşulları ve uzun çalışma süreleri nedeni ile tükenmiş ve pek çok sağlık problemi yaşamaktadırlar. Bunun en önemli nedenlerinden biri de yetersiz atama ve istihdamdır.

2016 yılı KPSS'nin son alımlarında Sağlık Bakanlığı yapacağı 3103 kişilik personel istihdamının 20'sini anestezi teknikerine ve 9'unu anestezi teknisyenine ayırmıştır. Bu sayılar var olan ihtiyacın çok çok altındadır. Bu durum sağlık hizmeti veren kurum yöneticilerini, Anestezi Teknikerleri yerine diğer sağlık profesyonellerinin çalıştırılmasına sevk etmektedir.

Sağlık alanında önlisans düzeyindeki programlardan mezun olan öğrencilerin yıllara göre dağılımına baktığımızda 2005 – 2006 yılı Anestezi Bölümü mezun sayıları 322 iken bu sayı 2015 – 2016 yılında 4177'ye ulaşmıştır. 10 yıl gibi kısa bir sürede 13 katlık bu artışın atama ve istihdama etkisi olumsuz olmaktadır.

2011 yılında yapılan Sağlık Eğitimi Kongresinde Sağlık Bakanlığı yetkilisi Uzm. Dr. Alaattin Dilsiz “2023 yılında, mevcut kontenjanlar devam ettirilirse yirmi sekiz bin anestezi teknisyen ve tekniker olarak mezun sayısına ulaşacağımız görülüyor. Şu ana kadar istihdam ettiğimiz aktif çalışan, hem teknisyen hem tekniker olarak sekiz bin kişi var. Bu sekiz bin kişiye mevcut mezunları da eklediğimiz zaman, 2023 yılında yirmi dört bin mezunumuzun olacağını görüyoruz. Ancak 2023 yılında

bizim sağlık hizmetleri planlamasını göz önüne aldığımızda mevcut hastane yapıları, ameliyathaneler ve bu teknisyenlerin ve teknikerlerin çalıştığı alanları düşündüğümüzde yaklaşık 14500 anestezi teknisyeni veya teknikerine istihdam sağlayabileceğiz kamuda ve özelde. Dolayısıyla burada bir arz fazlası görülüyor.” demiştir.

2010 – 2011 yılı önlisans mezun sayıları 622 iken 2015 – 2016 yılı mezun sayıları 4177'ye yani yaklaşık 7 katına çıkmıştır. Bu durum 2023 teki işsiz sayısının da 7 kat artacağı anlamına gelmektedir. Kısacası ciddi bir arz ve istihdam fazlası ortaya çıkacaktır.

Hali hazırda bu kadar işsiz ve atanamayan mezun ve meslektaşımız var iken ve bu sorun henüz çözülmemişken yeni işsizler yaratmanın amacını dernek olarak anlayabilmiş değiliz. Bu durum hem büyük hayallerle üniversiteye giren ve özveriyle bu zor ve kritik bölümü bitiren genç meslek mensuplarına hem de yıllardır mezun olup atama hayali kuran fakat bu şartlarda hayalden öteye gidemeyen meslek mensuplarına büyük bir haksızlıktır. Bu durum ciddi bir şekilde ele alınmalı YÖK ve Sağlık Bakanlığı tarafından araştırılıp çözülmesi gereken konuların başında geldiğini düşünmekteyiz.

Atamalar sadece ameliyathane kadrosu olarak düşünülmemeli, anestezi uzman hekimlerinin çalıştıkları her alanda onlara yeterli ve güvenli hasta bakımı uygulamak için 'Anestezi takımı' içinde atamaların yeniden düzenlenerek, yapılacak olan atamalarda arzla ihtiyaçlar arasındaki uyumsuzlukların tespit edilmesi ve uyumsuzlukların giderilmesi gerekmektedir. Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri'nin güvenli hasta bakımı sırasında, ameliyathane, derlenme odaları, ameliyat sonrası ağrı takımı, ameliyathane dışı anestezi uygulamalarında Anestezi uzman hekimi ile birlikte, SHMYO ve üniversitelerde öğretim elemanı, hasta

transport, mavi kod, ambulans, yoğun bakım ünitelerinde de görev almaları göz önünde bulundurularak atama sayılarının arttırılması gerekmektedir.

Atama planlamasına esas teşkil edecek güvenilir veri bankası oluşturulması, sık sık güncellenmesi ve sağlık insan gücü atamalarında kategorilerin birlikte birbiriyle ilişkili biçimde planlanması gerekmektedir.

İş yükünün azaltılması aynı zamanda istihdamın artırılması ile de olabilir. Bilindiği üzere her ameliyat odasına bir anestezi teknisyeni olması yasal gerekliliktir. Sağlık Bakanlığının istihdam kriteri ise genelde oda sayısının 1,5 katı olarak yapılmaktadır. Ancak bu rakamlara birçok bakanlık hastanesinde bile ulaşamamaktadır. Üniversite ve özel hastanelerde durum daha da kötüdür. Bu hesaplamalar baz alınarak yapılan atamalar anestezi teknisyenine olan ihtiyacı karşılamaktan uzaktır. Ayrıca bazı kurumlarda personel yığılması yine göz ardı edilmemesi gereken unsurdur. Kalite standartları gereklilikleri ve denetim kriterleri arasında personel istihdam sayılarının bulunması önemli gereklilik olacaktır. Örneğin 10 ameliyathanesi ol bir hastanede 5 anestezi teknikeri bulunması ve aynı şekilde 35 anestezi teknikeri bulunması da sorgulanması düzenlenmesi gereklidir.

Bu çalışmalarda göstermiştir ki personel dağıtım cetveli esaslarının tekrar revize edilmesi gereklidir. Rapor, izin, yıllık mezun sayıları ve genişleyen anestezi uygulama alanları (ameliyathane dışı günübirlik anestezi) göz önünde bulundurularak; mevcut ameliyat odası başına düşen 1.53 teknisyen/tekniker sayısının oda başına minimum 2.00 olacak şekilde tekrar düzenlenmesi gerekmektedir.

2016 yılında Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği Yönetim Kurulu Üyesi Anestezi Teknikeri Mert Barut' un yaptığı anket çalışmasında Anestezi Teknisyen ve Teknikerlerinin neden

atanmak istediği araştırılmıştır. Teknisyen ve teknikerlerin % 34 ü kendi alanlarında çalışmak istediklerini belirtirken, % 26 sı özel sektörde iş güvencesinin olmamasını, % 20 si hakedilen maaşın devlet güvencesinde olmasını, % 18 i çalışma saatlerinin düzenli olmasını dile getirmişlerdir. % 2 si farklı sebepler göstermiştir. Bu rakamlarda yukarıda anlatılanları destekler niteliktedir.

Ülkemizde sağlık insan gücü planlaması yapılırken sağlık sistemi içerisinde yer alan “tarafklar” dikkate alınmamaktadır. Genellikle doktor, hemşire, eczacı diş hekimi ve sağlık memuru olmak üzere beş mesleği öngören planlar yapılmaktadır. Bu planlar yapılırken anestezi teknisyen/teknikerleri ve meslek örgütü olan dernekler dikkate alınmalı ve bu konuda yaptığı çalışmalar değerlendirilmelidir.

Topluma bugün sunulan ve gelecekte sunulacak sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun verilebilmesi için; sağlık çalışanlarının yeterli nicelikte, yüksek nitelikte, düzgün bir dağılımla, yerinde bir zamanlama ile üretken bir şekilde değerlendirilmesi ülke çapında dengeli bir şekilde planlanması doğru bir şekilde istihdam edilmesi GEREKMEKTEDİR.

*Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri
Derneği Yönetim Kurulu Üyesi,
Atama Komisyonu Üyesi
Şükran Balkaner*

*Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri
Derneği Yönetim Kurulu Başkanı,
Önder Topbaş*

Kaynaklar;

- Ragıp Özyürek , Fidan Korkut Owen , Dean W. Owen; Gelişen Psikolojik Danışma ve Rehberlik I - Meslekleşme Sürecindeki İlerlemeler; 2007

- Prof. Dr. Hakan Kumbasar, Uzm. Dr. Selda Hızal; Neden Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulları Kuruldu? Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Yıllığı Cilt 1 Sayı 1 2000 <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/28/39/336.pdf>
- YÖK Başkanlığı 07/11/1997 tarih ve B-30-0.EÖB.0.00.00.00.00.03-08.05-2356-22505 sayılı yazı ve eki 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi Hedefleri; <http://www.shgm.saglik.gov.tr/dosya/1-97468/h/2023saglikegitimibaski-web-4-1.pdf>
- Guidelines for safety and quality in anaesthesia practice European Journal of Anaesthesiology 2007; 24: 479–482 in the European Union
- The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland info@aagbi.org www.aagbi.org May 2010
- <http://ifna.site/ifna-education-research-foundation/>
- TABABET VE ŞUABATI SAN'ATLARININ TARZI İCRASINA DAİR KANUN , (Tıp Meslekleri Uygulamalarına Dair Yasa)[1], Kanun No:1219, Resmi Gazete: 14.4.1928 – 863, ALTINCI FASIL, AHKAMI UMUMİYE, “EK MADDE 13- (Ek madde: Resmi Gazete 26.04.2011-27916; 6225 s.K. m.9)
- <http://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2015/OSYS/2015-OSYSKONTKILAVUZU15072015.pdf>
- Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi F. Şantaş, Ö. Özer ve Ü. Çıraklı, Cilt: 2, Sayı: 2, ss. 45-59, Güz 2012 [http://iibfdergi.karatekin.edu.tr/Makaleler/632977409_45-](http://iibfdergi.karatekin.edu.tr/Makaleler/632977409_45-59%20Fatih%20%C5%9Eanta%C5%9F%20&%20%C3%96zlem%20%C3%96zer%20&%20%C3%9Cmit%20%C3%87%C4%B1rakl%C4%B1.pdf)

- 59%20Fatih%20%C5%9Eanta%C5%9F%20&%20%C3%96zlem%20%C3%96zer%20&%20%C3%9Cmit%20%C3%87%C4%B1rakl%C4%B1.pdf
- Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Raporu Durum Raporu 2014 <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insangucu.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014
- Önder Topbaş; Anestezi Teknisyen ve Teknikerlerinde Tükenmişlik Yüksek Lisans Tezi
- Anestezi Çalışanları Mesleki Risk Değerlendirme Raporu; <http://istabip.org.tr/icerik/anestezirapor.pdf>
- Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Raporu Durum Raporu 2010http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/turkiyede_saglik_egitimi/3eef8efe-9f8e-4e66-bc05-15262a6ec747
- Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Eğitim Planlaması ve Lisans Programı Talebi Raporu<https://drive.google.com/file/d/0B9jC1ceyyibNZHpEN2NlZWtIQ00/view?pref=2&pli=1>
- SAĞLIK İNSAN GÜCÜ İHTİYACI ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK MESLEK LİSELERİNDEN SAĞLIK BAKANLIĞI’NIN BEKLENTİLERİ
- Uzm. Dr. Alaattin DİLSİZ ,http://www.bidder.org.tr/dosyalar/bildiri_kitabi.pdf
- www.saglikegitimkongresi.org
- www.anestezitek.org.tr/ziyaretcidefteri
- <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-32644/turkiyede-saglik-egitimi-ve-saglik-insangucu-durum-rapo-.html>
- Mert Barut; Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Neden Atanmak İstiyor? Anket 2016

B.T. Gursu⁽¹⁾, M Barut⁽²⁾, D Dagasan⁽³⁾, O Topbas⁽⁴⁾, K Ozkara⁽⁵⁾, Z.S. Ustalar Ozgen⁽⁶⁾

(1) Gebze Private Medical Park Hospital, Anesthesiology and Reanimation, Kocaeli, Turkey

(2) Maltepe Private Region Hospital, Anesthesiology and Reanimation, Istanbul, Turkey

(3) Kartal Yavuz Selim State Hospital, Anesthesiology and Reanimation, Istanbul, Turkey

(4) University of Kocaeli, Anesthesiology and Reanimation, Kocaeli, Turkey

(5) Afyon State Hospital, Anesthesiology and Reanimation, Afyon, Turkey

(6) University of Acibadem, Anesthesiology and Reanimation, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION

Multiple Sclerosis (MS) is a chronic autoimmune disease characterized by demyelination, sclerotic plaque formation and central nervous system inflammation ⁽¹⁾. Emotional trauma, pregnancy, surgical and anesthesia stress might cause exacerbation of the disease. MS generally reveals itself with suddenly appearing symptoms related to eyesight and other senses, partial or full paralysis. Infection, fatigue, and stress and especially surgical stress cause increase in the symptoms ⁽²⁾. In this case report, anesthetic implications related to MS is overviewed on a MS patient operated for femur fracture reduction.

CASE

✓29 years old female patient

✓5 years with MS diagnosis

Preoperative examination: Normal

✓Routine laboratory evaluations

Premedication:

✓Midazolam 3 mg i.v

Monitorization: ECG, NIBP, pulse oximetry and temperature

Induction:

✓Fentanyl 1 mcg/kg, propofol 2.0 mg/kg and vecuronium 0.1 mg/kg

Maintenance: 1-2 % sevoflurane in 50 % O₂-N₂O

✓Vital signs stable all through the operation

Reversal: Sugammadex 4 mg/kg

✓The patient was monitored in the recovery room and then sent to the related service without any problem.

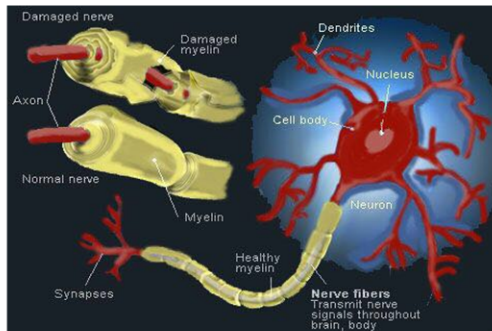
CONCLUSION

It is concluded that new attacks of MS could be prevented if only the stress of surgery and anesthesia could be inhibited by means of stable anesthesia, analgesia which could be accomplished by effective premedication, stable vital signs and body temperature during anesthesia maintenance, sufficient fluid maintenance.

REFERENCES

Masui. 2003, 52:521-3. J Clin Anesthesia 1995,7: 558-63.

Medic Clin North Am. 2003, 87 : 867-97.



Anesthetic implications:

Possibility of exacerbating symptoms of MS through surgical complications such as infection and fever, Monitor for increases in body temperature
Temperatura increase may increase MS symptoms
Cooling Evaluate for respiratory insufficiency
If preoperative corticosteroids; i.v. supplementation
Postoperative neurological investigation
Possibility of K relapses after Sch
Prolonged responses and resistance to the effects of nondepolarizing muscle relaxants



Anesthesia of a patient with Marfan Syndrome



B.T. Gursu⁽¹⁾, M Barut⁽²⁾, D Dagasan⁽³⁾, O Topbas⁽⁴⁾, K Ozkara⁽⁵⁾, V Yama⁽⁶⁾, Z.S. Ustalar Ozgen⁽⁷⁾

- (1) Gebze Private MedicalPark Hospital, Anesthesiology, Kocaeli, Turkey
(2) Maltepe Private Region Hospital, Anesthesiology and Reanimation,, Turkey
(3) Kartal Yavuz Selim State Hospital, Anesthesiology and Reanimation,, Turkey
(4) University of Kocaeli, Kocaeli, Turkey
(5) Afyon State Hospital, Afyon, Turkey
(6) Academic Hospital, Anesthesiology and Reanimation, Istanbul, Turkey
(7) Acibadem University, Anesthesiology and Reanimation, Turkey

INTRODUCTION

✓ Marfan Syndrome is a genetic disease that affects skeletal system, cardiovascular and ocular systems, and which involves generalized connective tissue defect.

✓ Otosomal dominant

✓ Incidence: 4-10/100.000

✓ **Problems important to anesthesia:**

✓ Probable heart valve diseases

✓ Thoracic aortic aneurysm

✓ Possible complications of joint instabilities

✓ The intubation of these cases must be handled with care; hypertension or excessive hypotension must be avoided.

✓ This case study presents a 23 years old female patient with Marfan syndrome diagnosis who was scheduled for a bilateral strabismus surgery.

CASE

Physical examination:

No medical family history

Body weight: 62 kg , height: 164 cm

Mallampati: Grade IV

The lengths of lower and upper extremities of patient were long and there was hypermobility on all her joints.

Otherwise normal physical examination and routine laboratory evaluations

Operation:

No premedication

Monitorization: ECG, NIBP, SpO₂

Difficult intubation tray ready

Induction: Fentanyl 1 mcg/kg

Propofol 3 mg/kg

Rocuronium bromide 0,4 mg/kg

Airway: LMA : 4

Maintenance of anaesthesia:

1-2 % sevoflurane in 50 % O₂ and N₂O

Stable hemodynamics

Operation lasted t 45 min

Reversal: Sugammadex 4 mg/kg

Spontaneous ventilation was secured and then laryngeal mask was removed and the patient was transferred into the recovery room. After being monitored for half an hour in the recovery, the patient was sent to the ward without any problem.

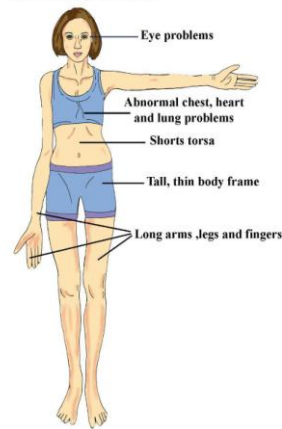
CONCLUSION

The pathologies accompanying Marfan syndrome and potential complications must be watched carefully during anaesthesia and all necessary measures must be taken. Surgical interventions must be handled delicately, and excessive traction of the temporomandibular joint must be avoided during intubation. When positioning the patient, the extremities must absolutely be supported in order to protect them from joint injuries and dislocations during the anaesthetic procedures. Laryngeal mask or regional anaesthetic methods must be chosen according to the type of the surgical intervention. Hypertension and hypotension must be avoided for preventing serious anaesthetic complications.

People with Marfan syndrome may have:

- A tall, thin build
- Long arms, legs, fingers, and toes and flexible joints
- Scoliosis, or curvature of the spine
- A chest that sinks in or sticks out
- Crowded teeth.
- Flat feet

Marfan Syndrome





SEREBRAL PALSI'LI PEDİYATRİK OLGUDA BİS KONTROLLÜ TİVA UYGULAMASI

B. ÇANKAYA¹ , H. ALP², H.U. KOÇ², S. ÖKESLİ², Ş.OTELCİOĞLU²

¹ İ.Ş. Atasagun Devlet Hastanesi, Nevşehir

² NEÜ. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Konya

GİRİŞ

Serebral Palsi (SP), perinatal gelişimini sürdüren beyin üzerindeki hasar sonucunda ortaya çıkan nonprogresif hareket ve duruş bozukluğudur; klinik belirtiler etkilenen bölgeyle ilişkilidir (1). GÖR, artmış salivasyon, zayıf baş kontrolü, malnütrisyon, zayıf çiğneme ve yutkunma, elektrolit bozukluğu, anemi, tekrarlayan solunum infeksiyonları, temporomandibular eklem disfonksiyonu, zor damaryolu, hipotermiye eğilim, düşük MAC gereksinimi, nondepolarizan kas gevşeticilere direnç, kas atrofisi, konstipasyon, artmış ağrı eşiği gibi özellikler anestezi pratiğinde önem taşımaktadır (2,3,4,5).

OLGU

13 yaşında, 25 kg (< %3 persentil) ağırlığında ,konuşamayan kız hasta sigmoid volvulus tanısı ile ASA III riskle acil redüksiyon operasyonuna alındı. Patolojik olarak hiponatremi (129 meq/l), hiperpotasemi (5,4 meq/l), hipoproteinemi (4,8 g/dl), hipoalbuminemi (3,3 g/dl) bulundu. BT'de barsak dilatasyonu bulundu. İndüksiyon için 1 mg midazolam, 25 µg fentanil ,75 mg tiopental, 10 mg rokuronyum uygulandı. 2 no.'lu maske ile ventile edilerek 6 no.'lu tüple entübe edildi. TİVA (100 µg/kg/dk propofol, 0.33 µg/kg/dk. remifentanil (300 /1)) uygulandı. %50 O₂+ %50 hava ile idame edildi. BIS monitorizasyonu yapıldı; 31-57 arasında seyretti. Farkındalık gelişmemesi için BIS değerleri yükselmeye başladığında propofol bolus (1 ml.) uygulandı. Hemodinami stabildi. Operasyon 3 sa. sürdü. Postop. analjezi ve bulantı-kusma için sırasıyla 50 mg tramadol, 10 mg metoklopramid uygulandı.

TARTIŞMA

SP hastalığında preop. klinik seyir postop. komplikasyonlarla doğrudan ilişkilidir; hipotermi, hipotansiyon ve bunlara bağlı gecikmiş derlenme en sık bildirilen komplikasyonlardır (6). İndüksiyonda tiopentalı perop. nöbet kontrolü için tercih ettik. Postop. ağrı ve bulantı-kusması olmadı. NMT monitörizasyonu kullanmadık. Volatil anesteziklerin rokuronyumun etkisini TİVA'ya oranla daha fazla potansiyalize ettikleri ve nondepolarizan kas gevşeticieye SP'li hastalarda direnç bildirilmiş olsa da, ilk ve tek rokuronyum dozuyla cerrahi ekibin rahat çalışabilmesi sağlandı (7,8). SP' li hastaların SSS hastalığı olmayanlara göre daha yavaş derlendikleri bildirilmiştir (9). Hastamızda geç derlenme olmadı; BIS değeri 15. dk.da 90'a ulaştı. Taburculuğundan 2 gün sonra hastanın konstipasyon ile başvurduğunu ve medikal tedaviye (laktuloz) olumlu yanıt verdiğini öğrendik.

KAYNAKLAR

- 1) Prosser D.P., Sharma N. Cerebral palsy and anaesthesia. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain 2010;10,3.
- 2) Rudra A., Chatterjee S., Sengupta S., Iqbal A., Pal S., Wankhede R. The Child with Cerebral Palsy and Anaesthesia. Indian Journal of Anaesthesia 2008;52,4: 397-403.
- 3) Nolan J., Chalkiadis G.A., Low J., Olesch C.A., Brown T.C.K. Anaesthesia and Pain Management in Cerebral Palsy. Anaesthesia 2000; 55, 32-41.
- 4) Aker J., Anderson D. J.. Perioperative care of patients with cerebral palsy. AANA Journal 2007; 75,1.
- 5) Mello S. S., Marques R. S., Saraiva R. A. Respiratory Complications in Patients with Cerebral Palsy Undergoing General Anesthesia. Rev Bras Anesthesiol Artigo Cientifico 2007; 57: 5: 455-464.
- 6) C.T. Wass, M.E. Warner, G.A. Worrell, J.A. Castagno Effect of General Anesthesia in Patients With Cerebral Palsy at the Turn of the New Millennium: A Population-Based Study Evaluating Perioperative Outcome and Brief Overview of Anesthetic Implications of This Coexisting Disease. J Child Neurol. 2012; 27: 859.
- 7) Moorthy S. S., Krishna G., Dierdorf S.F. Resistance to Vecuronium in Patients With Cerebral Palsy. Anesth Analg 1991;73:275
- 8) Oris B., Crul J.F., Vandermeersch E. Muscle Paralysis by Rocuronium During Halothane, Enflurane, Isoflurane, and Total Intravenous Anesthesia Anesth Analg. 1993;77:570-3.
- 9) V.V. Costa, R.A. Saraiva, L.T.D. Duarte Regression of General Anesthesia in Patients with Cerebral Palsy. A Comparative Study Using the Bispectral Index. Rev Bras Anesthesiol. Artigo Cientifico 2006;56:5431-442.

- (1) Gebze Private Medical Park Hospital, Anesthesiology and Reanimation, Kocaeli, Turkey
 (2) Maltepe Private Region Hospital, Anesthesiology and Reanimation, Istanbul, Turkey
 (3) Kartal Yavuz Selim State Hospital, Anesthesiology and Reanimation, Istanbul, Turkey
 (4) University of Kocaeli, Anesthesiology and Reanimation, Kocaeli, Turkey
 (5) Afyon State Hospital, Anesthesiology and Reanimation, Afyon, Turkey
 (6) University of Acibadem, Anesthesiology and Reanimation, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION

Anaphylaxis is a life-threatening, acute systemic clinical picture⁽¹⁾. Clinical presentation might be severe, it might appear in a few minutes as a result of exposure to the factor. In this case report, we present an anaphylaxis which has developed as a result of intravenous infusion of the colloid used for the treatment of the hypotension of the patient under spinal anaesthesia.

CASE

52 years old, 85 kg
 Male, ASA II
 Arthroscopy at his right knee
 Physical examination and laboratory values normal
 History: Hypertension
 Before the spinal block, 500 ml 0.9% isotonic NaCl solution infused
 BP: 135/85 mmHg HR: 85/min
 Spinal; 22 G Spinal needle, L4-5, T10 sensory block level
 Bupivacaine 20mg intrathecal

At 15th min, sudden hypotension
 500 ml of succinylgelatine (Gelofusine®) intravenously (i.v.) as a colloid
 Five minutes after beginning of the infusion, severe pruritus, skin redness and rash started to appear.
 Colloid discontinued
 Atropine i.v. 0.5 mg for bradycardia
 Ephedrine i.v 40 mg for hypotension.
 Hypotension persisted
 Dopamine infusion (10 µ.kg.min⁻¹) started
 Adrenaline i.v , 0.1 mg
 Dexamethasone i.v. 16 mg
 Hypotension persisted
 Adrenalin infusion i.v.(0.01 mg kg⁻¹) was started. During the surgery 2000 mL of crystalloid was given.
 At the end of the operation, the patient was taken into recovery room and then sent to the ward without any problem after the symptomatic relief of the allergic reactions, and maintaining BP: 120/75 mmHg and HR: 80 min.

DISCUSSION

Incidence of anaphylaxis during operation is 1:3:500 and 1:20.000⁽²⁾. Gelofusine® is a colloid which has high risk of allergic reactions. Although the incidence of anaphylactic reactions due to colloid is low (0.03 %), yet it might lead to fatal consequences⁽³⁾. The symptoms appearing as the result of colloid use and the treatment of developing clinical situation have no specificity. Therefore, the symptoms of developing anaphylactic reactions must be diagnosed in early stage and treated accordingly and efficiently.

REFERENCES

1. Anesthesia and Analgesia, 96 (3), 859-861, 2003.
2. Clinical and Experimental Allergy, 30 (8), 1144-1150, 2000.
3. Anesthesiology, 95 (4), 1034-1035, 2001.



Anaphylaxis during Anaesthesia


 ANZCA
 Australian and
 New Zealand
 College of
 Anaesthetists

 ANZCA
 Australian and
 New Zealand
 College of
 Anaesthetists

Immediate Management

Adults 12+

IF Adult CARDIAC ARREST

Pulseless Electrical Activity, PEA

- ALS GUIDELINES for non-shockable rhythms
- 1 mg IV Adrenaline, Repeat 1 - 2 minutes pm
- Immediately start CPR. Elevate legs. 2 L Crystalloid

DR

Danger and Diagnosis
Response to stimulus

- Unresponsive hypotension or bronchospasm
- Remove triggers e.g. chlorhexidine, synthetic colloid
- Stop procedure. Use minimal volatile if GA

S

Send for help and
organise team

- Call for Help and Anaphylaxis box
- Assign a designated Leader and Scribe
- Assign a Reader of the cards

AB

Check/Secure Airway
Breathing - 100% oxygen

- Consider early intubation: airway oedema
- Confirm FIO₂ 100%

C

Rapid fluid bolus
Plan for large volume
resuscitation

- If hypotensive: Elevate legs
- Bolus 2L Crystalloid, Repeat as needed
- Large bore IV access. Warm IV fluids if possible

D

Adrenaline Bolus
Repeat as needed
Prepare Infusion

- Initial IV Adrenaline Bolus (Adult)
- Dilution 1 mg in 10 mL = 100 mcg/mL
- Give dose below every 1-2 minutes pm
- Increase dose if unresponsive

I.M. Adrenaline (Adult)

No IV access or haemodynamic monitoring

OR awaiting Adrenaline infusion

1:1000 1mg/mL

500 mcg lateral thigh

Every 5 minutes pm

Moderate
(Grade 2)

20 mcg
= 0.2 mL

Life Threatening
(Grade 3)

100-200 mcg
= 1-2 mL

Adrenaline INFUSION (Adult)

>3 boluses of Adrenaline start infusion

Can be administered peripherally

3 mg Adrenaline in 50 mL saline

Commence at 3 mL/hr = 3 mcg/min

Titrate to max. 40 mL/hr = 40 mcg/min

(Infusion rate 0.05 - 0.5 mcg/kg/min)

TIPTA ONAM, ETİK VE İNSAN HAKLARI

Selçuk POLAT (*)

Giriş

Tıp, insansal bir olanaktır; hayata geçirildiğinde ise insansal bir etkinlik ve başarı haline gelir. Eskilerin insan sağlığıyla ilgili hem bir bilim hem de sanat olarak kabul ettiği tıp alanında her gün yeni gelişmeler ve buluşlar olmakta, bunlar da yeni problemlerin doğmasına yol açmaktadır. Bütün bunların merkezinde ise insan sağlığı ve dolayısıyla insansal ilişkiler vardır. Bilimlerin sürekli olarak gelişimi, insansal ilişkileri, insan ve değerlilik anlayışlarını da sürekli değiştirmektedir. Bundan dolayı tıp alanında yapılan ve yapılamayan her uygulamanın, dolayısıyla eylemin, insanın değeriyle bir ilgisi vardır.

İnsanın değeri ise, Kuçuradi'nin dediği gibi “insanın diğer canlılar arasındaki özel yeridir. İnsana bu özel yeri sağlayan, onun özelliklerinin bütünüdür, onu diğer canlılardan ayıran (düşünme, özgürlük, değerli eylemde bulunma gibi) olanaklarıdır. Bu olanaklar, insana özgü etkinlikler ve bu etkinliklerin ürünleri olarak görünür. İşte bu özellikler ya da olanaklar “insanın değerini” ya da “onurunu” oluşturur” (Kuçuradi, 2011a, s. 2). Fakat, bilim, sanat, felsefe gibi insansal etkinlikler her zaman değer koruyucu değildir. Kuçuradi'ye göre bu tür insansal olanak ve etkinlikler, ancak “amacının bilincinde ve işlevi yerine gelecek şekilde” hayata geçirildiğinde, yani insanın değerini koruduğunda yada insanın değerlerine yeni değerler kattığında birer değer olur. Dolayısıyla aynı ilke bir bilim olarak tıp içinde geçerlidir. Tıptaki uygulamalarda nasıl ve kimler tarafından hayata geçirildiğine göre değer koruyucu da olabilir değer harcamaya da olabilir.

Tıp bilimlerinde insanla ilgili her uygulama, insanın biyopsişik bütünlüğünü ve insan onurunu korumak amaçlı yapılmalıdır. Günümüzde bir bilim olarak

tıbbın bu amacına ulaşabilmesi için de meslek etiği fikri ortaya atılmış ve onam uygulaması şart koşulmuştur. İnsanın yapısal bir özelliği olan özerklikten temel alan tıbbi onam uygulaması, yani “aydınlatılmış onam” insan onurunu ve bütünlüğünü korumayı hedefler: “Aydınlatılmış onam iki temel ilkeye dayanır. Bunlardan biri hekim-hasta arasındaki güven ilişkisi, diğeri ise bireyin kendi hakkında karar verme hakkıdır” (Ersoy, 2003, s. 204-30, Aktaran: Güzeldemir, 2007, s. 7).

Fakat bu hakkın kişi tarafından gereği gibi kullanılamaması ya da herhangi bir sebeple engellenmesi, insanın bazı olanaklarını kısıtlayabilmekte hatta hayata geçirilebilmesini tamamen imkânsız kılabilir. Bir kişinin insansal olanaklarını hayata geçirememesi bunun şu veya bu nedenle engellenmiş olması sadece hukuki bir sorun değil, tam anlamıyla bir kişinin insanlaşma olanağının elinden alınması, yani bir insan hakkı ihlalidir.

Bu makalede, kişinin kendi hakkında karar verme hakkını temsil eden tıpta aydınlatılmış onam uygulamasının insan hakları bakımından ne gibi problemler doğurabileceği ele alınacaktır. Başka bir deyişle şimdiye kadar tıp etiği ve hukukun değerlendirme alanına sıkıştırılmış olan aydınlatılmış onam uygulamasının göz ardı edilen yönü olan, yani insan hakları ve etik boyutu irdelenecektir.

Aydınlatılmış Onam

Kelime anlamı ile onam; genellikle, olur verme, rıza gösterme ve muvafakat anlamlarına gelir. Kişinin kendisi ya da sorumlu bulunduğu kişiler ile ilgili verilecek olan kararlarda (tıbbi, hukuki, ticari v. s.) ortaya çıkar. Terimin tıp ve tıba yardımcı bilimlerde kullanımı diğer alanlardaki kullanımından daha farklı bir anlama sahiptir. Onam, tıp alanında “aydınlatılmış onam” adını alır. Kişiye, kendisine yapılacak olan bir tıbbi müdahalede, kendi adına kendi başına karar verebilme olanağını sağlar. Bu açıdan insansal bir olanak olan özerklikten

(otonomi) temel alır. “Özerklik, kişinin kendi başına düşünme, değerlendirme, özgür biçimde kendi hakkında karar verme ve eylemde bulunabilme kısaca kendini yönetme yetkinliğidir.”(Metin, 2010, s.115) Tıptaki kullanımıyla:

Aydınlatılmış onam, riskleri, yararları ile, alternatifleri ve onların da risk ve yararlarını kapsayan tedavi uygulamasının, hekim tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanmasından ve hasta tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanmasından sonra, tıbbi tedavinin, uygulamanın hasta tarafından hiçbir tereddüde yer kalmayacak şekilde anlaşılmasından sonra, tıbbi tedavinin, uygulamanın hasta tarafından “gönüllülükle kabulü” olarak tanımlanır (Aydın, 2004, Aktaran: Güzeldemir, 2005, s.7).

Yani onam, kişinin bedensel ve ruhsal bütünlüğüne, başka kişi veya kişilerin dokunup –dokunamayacağı ve bunun sınırları/kapsamı konusunda bilgilendirme ve buna bağlı kabulünü içerir. Bir başka tanımda ise onamın, bir bilgilendirme ve kabul olmasının yanında aynı zamanda bir yeterlik olduğundan bahsedilir. Bu tanıma göre:

Aydınlatılmış Onam: karar verme yeterliğine sahip bir hasta bireyin kendisine uygulanacak tanı ve tedavi yöntemleri ile öteki uygulamaları ve bunlara seçenek oluşturabilecek uygulamalarla tüm yöntemlerin olası olumlu ve olumsuz sonuçlarına ilişkin bilgilendikten sonra bu bilgileri açıkça ve anlayarak kabul etmesidir. (Oğuz, Tepe, Büken, Kucur, 2005, s. 19-20).

Bu iki tanımdan yola çıkarak onamın ana hatlarıyla aydınlatma (bilgilendirme), yeterlik (anlama ve karar verebilme ehliyeti), gönüllülük (kabul) unsurlarından oluştuğunu söyleyebiliriz. Aydınlatma, bir tıbbi uygulamanın neden-niçin yapıldığını, yöntem ve biçimlerini, olası risk faktörlerini ve sonuçlarını değerlendirme, bu konularda hastayı bilgilendirme ve anlama işlemlerinin tamamıdır. Tıbbi işlemlerdeki aydınlatma çok çeşitlilik gösterir. Bunları; “tedavi aydınlatması,

otonomi aydınlatması, risklilik aydınlatması ve özel durumlara bağlı olan(daha çok ekonomik sosyal yönleri olan)aydınlatma şeklinde birkaç başlık altında toplayabiliriz” (Hakeri, 2007,s.109-127). Aydınlatmayı yapan hekim/sağlık personeli açık, anlaşılır bir dil kullanmalıdır. “Aydınlatma, aşırı bir yönlendirme çabası içermemelidir (Örneğin tıbbi girişimin yararlarının abartılması gibi)”(Çobanoğlu, 2009, s. 67). Hekim, hastanın anlatılanları anlayıp anlamadığından emin olmalıdır.

Aydınlatmanın hasta tarafından anlaşılıp anlaşılmaması hekimin sorumluluğundadır. Hekim, bunu hastanın tavır ve davranışlarından, yaptığı tercihlerden anlayabilir. Bu kısımda tıbbi onamın diğer bir ögesi olan yeterlik unsuru devreye girer. Yeterlik, hastanın bir konuda onam verirken neyi kabul edip neyi reddettiğini, “makul bir şekilde anlama ve değerlendirme yeteneğidir” (Ersoy, 2003, 204-30, Aktaran: Güzeldemir, 2005, s. 14). Onam verecek olan kişinin yeterli olup olmadığı tıbbi yönü olduğu gibi hukuki yönü de olan bir konudur. Bu nedenle “çoğu ülkede yeterliği olmayan birey ile ilgili sağlık kararlarının nasıl alınacağı yasalarla belirlenmiştir” (Oğuz ve ark. , 2005, s. 268). Onamın son unsuru ise yeterliğe sahip olanların kendisinin, sahip olmayanların ise yasal temsilcilerinin gönüllülüğünü içeren kabul safhasıdır.

Kabul etme aynı zamanda muvafakat verme/rıza gösterme anlamına da gelir. Bu kabul, çeşitli durumlara göre değişmekle birlikte, bir tıbbi müdahaleden önce (bazen işlem sırasında) hastanın, yapılacak işlemin türü, kapsamı, sürdürülebilmesi veya sonlandırılabilmesi ve sonuçları ile ilgili olur vermesidir. Acil haller ve kişinin fiilen özerk olmadığı haller dışında, rızası olmadan kişinin ruhsal ve bedensel bütünlüğüne dokunulabilmesi mümkün değildir. Bu açıdan kabul(rıza) aydınlatılmış onamın diğer unsurlarından bağımsız düşünülmemelidir. Bu rızanın şekli her somut duruma göre yazılı veya sözlü olarak açıkça olabileceği gibi kimi hallerde kapalı olarak (zımnî) rızasını ifade

eden davranışların bulunması da onam için kabul edilmektedir. “Örneğin, ameliyat önerilen hastanın hastaneye yatması, kan tahlili için laboratuvara gidip kolunu uzatması, röntgen çekirmek için röntgen odasına gitmesi zımni rıza kabul edilebilir” (Kök, 2005, s.118, Aktaran Hakeri, 2007, s. 150). Fakat buna rağmen tıbbi ve hukuki olarak aydınlatma yükümlülüğü ortadan kalkmaz.

Görülüyor ki aydınlatılmış onam, tıbbi yönleri hukuki olarak desteklenmiş bir uygulamadır. Hukuk bu konuyu belirli bir çerçevede ele alır. Anayasamızın 17.maddesinde yaşama hakkı içerisinde değerlendirilir: ”Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.”¹ Bu ifade tıp alanında onam uygulamasını hukuken zorunlu kılar. Yasal boyutuyla beraber “tıbbi zorunluluklar ve bazı durumlar dışında tıbbi uygulamalarda aydınlatılmış onam tek başına hiçbir zaman yeterli değildir. Bir gerekliliğinde olması gerekir. Buna tıp dilinde “endikasyon” şartı adı verilmektedir”(Hakeri, 2007, s.178). Bu gereklilik, bir tıbbi müdahaleyi zorunlu kılan sebepler olarak anlaşılabilirdiği gibi yapılan uygulamanın tıp bilimi gereklerine uygun yapılması şeklinde de yorumlanabilir: ”Tıbbi müdahaleler, bazı şartların varlığına bağlı olarak hukuka uygun sayılabilirler. Bu şartlar, müdahalenin tedavi amacıyla, tıp biliminin kurallarına uygun olması ve hastanın müdahaleye rıza göstermesidir” (Deryal, 2012, s. 23). Bu tanımdan tıbbi uygulamaların tek taraflı olmadığını, hekim kadar hastaya da aktif rol verildiğini görüyoruz. Hastanın kendi yaşamıyla ilgili bir konuda aktif bir belirleyici olması kişinin özerkliğinin tam olarak kullanabildiğinin bir göstergesi haline geliyor.

Özerklikten temel alan ve kişinin kendi hakkında karar verme hakkının bir önkoşulu olan bu kabul, bazen kişiye, bazen tıp uygulayıcılarına, bazen de yeterliği olmayan hastalarda hasta yakınlarına bağlı olan hukuki ve etik problemleri de beraberinde getirebilmektedir. Kişiye bağlı olan sebepler genelde psikolojik durum, inançlar, öğretiler, yaşam tarzı gibi sosyal, ahlaki ve kültürel belirlemelerden kaynaklanır. Buna “Yehova Şahitlerini” örnek olarak verebiliriz. Yehova şahitleri inançları gereği hayati risk altında bile olsalar başkalarından kan, doku ve organ nakli kabul etmezler. Tıp etiğinde önemli bir yeri olan özerkliğe saygı gereği, bu kişilere acil hallerde bile kan verilememektedir. Buna bir örnek verecek olursak: “ABD’ de 1989 yılında sonuçlanan Norma Wons davası bu konuda emsal teşkil etmektedir. Kan nakli yapılmaz ise ölecek olan Yahova Şahidi olduğunu belirterek kan naklini reddeden hastaya mahkeme kararıyla anestezi altında kan verilmiştir.”² Hastanın daha sonra açtığı davada Florida Yüksek Mahkemesi karar gerekçesinde ” yetişkin bir kimsenin dini inançlarına göre kan değiştirilmesini istememesi kararının ölmesinden daha önce geldiği” fikrini benimsediğini açıklamıştır (Öztürkler,2006, s. 69-70, Aktaran: Hakeri,2007,s.174). Bu davada kişinin inançları doğrultusunda kendi bedenleri ile karar verme hakkı sağlık ve yaşam hakkının bile önünde tutulmaktadır. Hâlbuki tıp etiğinde: “İnsan kendi vücudu üzerinde mutlak, sınırsız bir hakka sahip değildir. Vücudu üzerinde her türlü tasarrufta bulunamaz. Fakat kişi vücut bütünlüğü üzerinde, tedavi amacı taşıyan eylemler için onamını serbestçe verebilir” anlayışı vardır (Demirhan, Oğuz, Elçioğlu, Doğan, 2001, s.137). Bu davadaki örnekte olduğu gibi Yahova Şahidi olan ailede hastanın küçük bir çocuk olduğu durumlarda, aile ve hekimin nasıl karar alması ve uygulaması gerekir. Temel

problem şudur: “Dinleri dahil herhangi bir konuda kendi kararlarını veremeyecek olan küçük çocukların ailelerinin dini inançları yüzünden ölmelerine izin verilebilir mi” (Metin, 2010, s.119)?

Uygulayıcılara bağlı olan problemler ise, genellikle tıptaki paternalistik yaklaşımdan kaynaklanır. Genel bir tanımla: ”Tıpta paternalizm, bir doktorun, babanın en iyiyi bildiği anlayışı ile hastaya yaklaşmasıdır. Ancak bu yaklaşım tarzı kötü niyetli ve bencil bir baba davranışı modeli değildir”(Metin, 2010, s. 127). Bu durumun sebebi bazen hastanın, her şeyi doktora bırakmasından, bazen de doktorun hastaya –zaten yapılacak işlemi anlatsam da anlamazsın- şeklindeki tavrından kaynaklanır. Bu yaklaşım “hastanın karar vermeye yetecek bilgi, yeterlik ve kapasitesinin olmadığı varsayımının sonucudur” (Güzeldemir, 2005, s. 12).

Tıbbi paternalizmin olumsuz sonuçlarına bir örnek olarak Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinde görülen V.C./Slovakya davasını verebiliriz. Davacı V.C., sezaryen ile üçüncü doğumunu yapmak için hastaneye gelmiştir. Doktoru hastanın bir sonraki doğumunun riskli olabileceğini düşünerek, ameliyat masasındayken(yani hasta anestezi öncesi yapılan rahatlatıcı ve bilinç bulanıklığı yapan ilaçların etkisi altındayken, açık bir bilgilendirme yapılmadan) onamını almış, hastanın tüplerini bağlamış ve sonuç olarak hasta kısırlaştırılmıştır. Doktor K. bunu yaparken tıbbi zorunluluk ve hastanın yararı gerekçesiyle yaptığını beyan etmiştir. Mahkemenin karar öncesindeki incelemesinde şu ifadesi çok açıktır:” Hastane personeli, uygulamada, başvurana, doktorların, durumuna uygun gördüğü müdahaleyi kabul etmekten başka bir imkân vermediği için, paternalist davranmıştır. Oysa böyle bir durumda, hastanın, özerk şekilde, manevi bir seçim yapabilmesi için, açıkça rızasını vermiş olması

gerekmektedir.”³ Sonrasında gelişen olaylarda mahkeme kayıtlarında eşi tarafından bu sebepten (kısırlık) dolayı terkedilmiştir. Hastaya yararlı olma ilkesine göre hareket etmiş olan hekim burada verdiği kararlar hastanın özerkliğini hiçe saymış ve hastadan uygun şartlar altında aydınlatılmış onam alınmamıştır. Aydınlatmanın ve onamın zamanı çok önemlidir. Ameliyat masasında alınan onamın geçerliliği tartışmalı bir konudur. Benzer bir olay için Hakeri’ ye göre: “Aydınlatma için zaman ayrılması, hastanın aydınlatılması için ameliyat gününü beklememesi gerekirken, hekimin narkoz öncesinde aydınlatma ve rıza alma teşebbüsüne girdiği görülmektedir. Böyle bir aydınlatmanın ve bunun sonucunda rızanın geçerli olabileceği düşünülemez” (Hakeri, 2007, s.131) görüşü ileri sürülmüştür.

Aydınlatılmış onam ile ilgili diğer problemler, “bazen koşullara bazen de kişinin sağlık durumuna ve yeterliğine bağlı olarak gelişebilir. Koşullara bağlı olana askeri hekimliği ve ceza hekimliğindeki vakaları, diğerine de ağır zekâ gerilikleri, koma, bazı hastalıkları örnek verebiliriz” (Çobanoğlu, 2009, s. 70).Yeterliğin olmadığı hallerde kişi bir tıbbi uygulamada kendi geleceğiyle ilgili karar verme hakkını kullanamaz. Hasta yakınlarının ya da kanuni temsilcilerinin verdiği kararlar onam alınır. Bu konuda en önemli örneklerden biri Ashley vakasıdır. Biyo-etik alanında önemli bir yeri olan bu vakada; ”doktorlara göre Ashley, üç aylık bir bebeğin gelişim düzeyinin ötesine geçemeyecektir. İleride olabilecek sorunlara yönelik 2004’te Ashley’in ailesi ve doktorlar Ashley’in gelişimini durduracak tedavilere başlamışlardır. Bunda temel gerekçe Ashley’in yararı, ailenin kendi işlerini kolaylaştırması ve motivasyonu olmuştur” (Metin, 2010, s.120-122). Ashley vakası ve benzer durumlarda o zamana ait tıp

³ V.C./Slovakya Davası-(2011-Başvuru No:18968/07) <http://hudoc.echr.coe.int/> Erişim Tarihi:12.01.2015

bilgisiyle, aile ve hekim tarafından alınan karar ve yapılan tüm işlemler, bugünün tıp bilgisi ve etik açısından belirli aralıklarla yeniden değerlendirilebilir. Gerçekleştiği dönemde çok tartışmalara neden olan bu vaka çok yönlü bir çalışma ve değerlendirme sürecini gerektirir. Dolayısıyla, “rıza konusunda bizzat hastanın değil de, kanuni temsilcisinin yetkili olduğu durumlarda, endikasyon şartını daha sıkı denetlemek, başka bir ifadeyle endikasyon konusunda tereddütlü bir nokta bırakmamak gerekir” (Kern, 1994, s.756. Aktaran: Hakeri, 2007, s. 159). Özellikle bu tip durumlar için; ”İsviçre öğretisinde de ‘öngörülen müdahalenin ağırlığı nedeniyle her türlü temsil düşüncesinin bertaraf edilmesi gereken hallerde kararın yasal temsilciye bırakılmaması gerektiği’ belirtilmekte ve akıl hastalarının kısırlaştırılması veya yaşam destek cihazlarının kapatılması gibi müdahaleler buna örnek gösterilmektedir” (Hakeri, 2007, s. 159).

Bu örneklerden de anlaşılıyor ki; tıpta onam ve özerkliğin arasındaki ilişki, her tek durumda kişinin sağlığını, hatta hayatını ve diğer insansal olanaklarını koruyabilecek yeterlilikte görünmüyor. Hekim açısından bakıldığında ise, tıbbi zorunlulukların olduğu durumlarda, onam konusunda gerekli hassasiyet gözetilememekte ve sonuçları bakımından kişiye zarar verilebilmektedir. Tıbbi etiğin ve hukukun ortak hareket ettiği onam konusunda, her defasında kişinin kendisinin ve karşısındakinin değerini koruyacak bir bakışa ihtiyaç vardır. Bu konudaki problemler, uygulamada daha çok hekimin/sağlık çalışanının hukuki sorumlulukları ve tıbbi etik ilkeler açısından değerlendirilir. Fakat tıpta onam, daha çok insanın değerini koruyabilmesi bakımından etik ve insan hakları ile ilgili bir uygulamadır.

Etik Temelli İnsan Hakları ve Doğru Değerlendirme

Etik, günlük hayattaki değer sorunlarını inceler, değerlendirme yapar, doğru değerlendirme yollarını öğretir ve

çözüm üretir. Etiğin temel hareket noktası insanın değeridir. Bu değer ona ait tüm olanaklardır. Kuçuradiye göre: “İnsanın değeri bunu bilende anlamını bulur. İnsan onuru(human dignity) dediğimiz, insanın bu farkındalığına işaret ediyor” (Kuçuradi, 2011a, s. 72). Etik, insanın değerinin bilinebilmesi ve sürekli olarak bu değer korunabilmesinin bilgisini verir ve bu şekilde eylemde bulunmanın yollarını arar. Her defasında kendimiz ve karşımızdaki için bu türden eyleme olanağını talep eder. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin ilk maddesinde; “*bütün insanlar hür, onur ve haklar bakımından eşit doğarlar, akıl ve vicdan sahibidirler, birbirlerine kardeşçe davranırlar*⁴” denmesinin sebebi insanın değerine yakışan şekilde muamele etme ve görme istemidir. Bu madde aynı zamanda insan haklarının temel hedefini ortaya koyar. İnsan haklarının aynı zamanda muamele etme ilkeleri olması(kardeşçe davranırlar) bu bakımdan önemlidir. Kuçuradi bunu şöyle açıklar: ” Kamu yaşamında bütün insanların etik olarak başka insanlara nasıl muamele etmeleri gerektiğini, yani kamu yaşamında doğru eylemlerin asgari koşullarını dile getirirler” (Kuçuradi, 2011a, s. 67). Bu anlamda günlük yaşamda karşılaştığımız birçok şey insan hakları ve etik ile ilgilidir. Sağlık alanında yapılan her işlem, kişinin ruh ve beden bütünlüğüne bir müdahaledir. Bu müdahalenin önkoşullarını, sınırını kimin, nasıl, neye göre belirleyeceği ise temel bir problemdir. Bu problem açıkça kavranmış insan haklarının bilgisiyle çözülebilir.

İster hukuki ister tıbbi yönleriyle olsun tıptaki bir uygulamanın insan haklarıyla çatışmaması gerekir. Tıptaki aydınlatılmış onam uygulaması sadece kimin, neyi, nasıl ve nereye kadar uygulayabileceğinin oluru değildir. Onam, sonuçları itibariyle aynı zamanda insanın değerini korumak için yapılan bir değerlendirme etkinliğidir. Kuçuradiye göre: “Değerlendirmek, değerlendirenin

⁴<http://humanrights.maltepe.edu.tr/sites/default/files>, Erişim Tarihi: 18.01.2015

kendi alanı içinde özel durumunu görmek ve göstermektir. Bu bakımdan değerlendirme, her şeyden önce bir bilgi sorunudur; değerlendirilen şey bakımından bir bilgi problemidir; doğru ve yanlış değerlendirmeler yapılır” (Kuçuradi, 2013, s.14). Tıp uygulamaları konusundaki değerlendirmeler genellikle meslek etiği bağlamındadır ve hazır normlardan faydalanılarak yapılır. Aydınlatılmış onamın tüm unsurlarının bir belgede toplanması bu önermeyi haklı çıkarıyor. İnsan hakları bakımından buna değerlendirmeden çok “değer biçme” diyebiliriz. Değer biçme, Kuçuradi tarafından : “Bu tip değerlendirmeler çoğu zaman değerlendirilmesi söz konusu olan şeyin kendi değerini göstermek değil de, geçerli ilkeler, kurallar, normlar, standartlar, modalar, ölçüler bakımından onu nitelendirmek anlaşılır” (Kuçuradi, 2013, s. 28) ifadesiyle tanımlanmıştır. Bu durumda ise değerlendiren sadece deneysel normlar, nedensellik ve belirli tecrübeler üzerinden bir değerlendirme yapar. Bu da tıbbında korumayı amaçladığı insan onurunu ve insanın değerini her zaman için korumaya yeterli değildir. Nitekim yukarıdaki Yehova Şahitleri örneği bize bunu açık bir şekilde gösterir. Aydınlatılmış onam uygulaması ve özerklik ilkesi bu bağlamda sık sık çatışmakta ve değer harcamaya olmaktadır. Dolayısıyla hekimler tarafından bu tip vakalarda bir değerlendirme yapmak zorlaşabilmektedir. Bu durumda insanın değerini koruyacak ya da en az değer harcanmasına yol açacak bir anlayışa ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu anlayış, tüm insansal etkinliklerde ve özellikle tıpta, insan haklarının bilgisiyle yapılacak olan doğru değerlendirmeye mümkün olabilir. Doğru değerlendirme, Kuçuradi’ nin deyimiyle etik temelli bilgisel bir etkinliktir. Değerlendirilenin gerçek değerini ortaya koyar (değerlendirilenle değerlendiren arasındaki özel ilişkiye⁵ ya da hazır norm

ve ilkelere göre değerlendirme⁶ değil). Yapacağımız ya da bize yapılan şeye karşı doğru eylem olanaklarımızı belirler. Doğru değerlendirme, böyle bir durumda “eylemin nedenini-niçinini anlama, eylemin diğer eylemlere göre değerini belirleme ve başka türlü eylem olanakları olup olmadığını ortaya koyma ve eylemin insanın değeri ve insanın olanaklarıyla ilgisini kurma” (Kuçuradi, 2011b, s. 18-19) safhalarından oluşur. Bu sebeple aydınlatılmış onam gibi hazır formlara ve ilkelere göre yapılan değerlendirmelerden farklı bir etkinliktir. Kuçuradi, “Etiğe Yaklaşımlar” ilgili makalesinde bunu şöyle açıklar; “doğru eylem nedir? sorusu ile bu durumda ne yapmam gerekir? Sorusunun sorduğu, epistemolojik bakımdan farklı şeylerdir. Kişinin somut, tek durumda ne yapılması gerektiğini, bir doğru eylem kavramına dayanarak veya başka bir şekilde bulması gerekir” (Kuçuradi, 1997, s. 2). Bu anlamda doğru eylem daha doğrusu “insan haklarının ve insanın değerinin bilinciyle yapılan doğru değerlendirmeye dayalı eylem” değer koruyucu ve en az değer harcanmasına yola açabilecek eylem türü olarak görünmektedir.

Öyle görünüyor ki, insan onuru ve bütünlüğünü korumayı hedefleyen aydınlatılmış onam, kişiye kendi hakkında karar verme hakkı tanıyan özerklik ilkesi ve “yararlılık” ilkesinden doğan tıbbi zorunluluklar (endikasyon şartı), kişinin kendi bedeniyle ilgili müdahalelerde hastayı değerlendirecek olan hekime, her tek durumda yapılması gerekenin ne olduğuna ilişkin etik bilgiyi tek başlarına verememektedir (*bkz. V.C./Slovakya davası, Norma Wons davası, Ashley vakası⁷). Bu sebepten dolayı insan onurunu ve değerini koruyup korumadıkları bilinmemektedir. Bunların bilinebilmesi sadece hastanın yeterliğine bağlı değil hekimin de yeterli olmasına bağlıdır. Bu yeterlik insan hakları açısından, doğru

⁵ Bkz. Değer Atfetme, Kuçuradi, İ. (2013) İnsan ve Değerleri, Ankara: T.F.K. Yay. , s. 25-26-27

⁶ Bkz. Değer Biçme, Kuçuradi, İ. (2013) İnsan ve Değerleri, Ankara: T.F.K. Yay. , s. 28-29-30-31

⁷ *Bu makalede yer alan vaka ve davalardır.

değerlendirme bilgisine sahip olmak ile mümkün olabilir.

Bir çözüm önerisi olarak bu konuda denebilir ki; hasta-hekim ilişkisinde ortaya çıkan etik problemleri çözmede, tıp uygulayıcı olması bakımından hekime ve sağlık personeline yüklenilecek olan sorumluluk daha önceliklidir. Çünkü hasta tıp bilgisine ve karşılaşabileceği durumlar karşısında çok az bilgiye sahiptir. Her ne kadar aydınlatılmış onamda bazı bilgiler verilse de bu bilgilerin herkes tarafından anlaşılma düzeyi farklı olabilir. Hastanın değerini koruyucu başka bir belirleyici olmalıdır. İçeriği değer bilgisiyse donatılmış bir tıp eğitimi bunu başarabilmek için yeterlidir. Bu nedenle ilk olarak daha tıp eğitimi sürecindeyken hekim ve sağlık personelinin tamamına, etik temelli insan hakları eğitimi verilmeli doğru değerlendirme yapabilme yeteneği kazandırılmalıdır. Kuçuradi bunu “Etiğe Yaklaşımlar” makalesinde şöyle açıklamaktadır :

“ Kişiler normlara göre davranmaya zorlanabilirler, ama doğru ve değerli eylemlerde bulunmayı istemeye ve böyle eylemlerde bulunmaya zorlanamazlar. Yine de öyle eğitilebilirler ki, bazıları böyle eylemlerde bulunmayı isteyebilirler ve böyle elemde bulunmak için gerekli olan etik değer bilgisiyse kendisini donatabilirler. Çünkü bu isteme de, bu bilgi de, belirli bir durumun bilgisiyse birlikte, gerçeklikteki tek tek durumlarda doğru ve değerli eylemlerde bulunabilmemizin asgari koşullarıdır” (Kuçuradi, 1997, s. 8).

İkinci olarak, sağlık personeli etik temelli insan hakları bilgisine ve doğru değerlendirme yapabilme olanağına sahip değilse, biyo-etik problemlerde bu konuda eğitim almış kişilerden danışmanlık hizmeti şeklinde yardım alabilecekleri sistemler kurulabilir. Bunun bir örneği, A.B.D. bulunan Virginia Üniversitesi Etik konsültasyon merkezidir. Etik konsültasyonun, ”tıp etiği, tıp uğraşı sırasında- onun eğitimi de olmak üzere-

karşılaşılan değer sorunlarının incelendiği, tartışıldığı ve olası çözüm önerilerinin bulunduğu bir alan olduğunu söyleyebiliriz” (Doğan, 2000, s. 31-33). Bu alanda faaliyet gösteren en eski danışma merkezlerinden biri olan bu kuruluş: “Haftanın yedi günü, günün 24 saati hizmet vermekte ve görevliler gönüllülük esasıyla çalışmaktadır. Hastalar önce telefonla problemini anlatmakta daha sonra ücretsiz olarak yüz yüze danışmanlık hizmeti verilmektedir. Merkez; hemşire, doktor, din adamı, etik uzmanları ve sosyal hizmetlileriyle multidisipliner bir yapıya sahiptir” (Doğan, 2000, s. 31-33). Bu iki öneriden dayanak alarak ülkemizde tıbbi işlem ve uygulamaların tamamında özellikle; kişinin insansal olanaklarını gerçekleştirmesine ve geliştirebilmesine etki edebilecek karar, tedavi ve uygulamalarda her tek durumun özelliğine göre doğru değerlendirme yapılabilme olanağı sağlayabilecek eğitim sistemleri ve etik danışmanlık hizmeti hayata geçirilebilir.

Aydınlatılmış onam uygulaması, özerklik ilkesinden doğduğu halde sık sık bu iki kavram birbiriyle çatışmakta ve bir durumda “hastadan olur almış olmakla yapılabilecek olan yanlış işlemlerle” başka bir durumda “hastanın olurlarına bırakılmakla yapılmış yanlış işlemler” hem hastaları, hem hekimi insan hakları açısından zor duruma sokmaktadır. Sonuç itibariyle, tıbbın bir başarı haline gelmesi tıp çalışanlarının yaptıklarıyla gerçekleşecektir. Bir meslek olarak tıbbın amacı sadece insan sağlığını korumak değil, insanın değer ve değerlerini korumaktır. Sağlıkta bir temel kişi hakkıdır. Tıp, bu hakkı koruyan bir etkinliktir. Sağlık hakkını korurken bunu diğer haklara zarar vermeden yapmalıdır.

(*) Selçuk POLAT –İnsan Hakları Uzmanı
(T.C. Maltepe Üniversitesi İnsan Hakları ABD Tezli Y.L.-İstanbul)
Anestezi Teknikeri-Harakani Devlet Hastanesi-Kars

KAYNAKLAR

- 1.Çobanoğlu, N. (2009). Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği, Ankara: Eflatun Yayınevi, 67, 70
- 2.Deryal, Y.(2012). Sağlık Hukuku Problemleri, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 23
- 3.Demirhan, A.E. , Oğuz, Y. , Elçioğlu, Y. & Doğan, H. (2001). Klinik Etik, İstanbul: Nobel Kitabevi, 137
- 4.Güzeldemir, E.(2005). Hasta Bilgilendirmenin Önemi, Sendrom Tıp Dergisi17(5). 7, 12,14 http://www.gata.edu.tr/Metin/Hastabilgilen_dirmeninönemi.doc. Erişim Tarihi:1.1.2015
- 5.Hakeri, H. (2007).Tıp Hukuku, Ankara: Seçkin Yayıncılık,109-127, 150, 178, 174, 131, 159
- 6.Doğan, .H, (2000) Virginia Üniversitesi Etik Konsültasyon Merkezi, H. Hatemi & H. Doğan(Ed) Medikal Etik(İlkeler ve Sorunlar) (31-33) İstanbul: Yüce Yayın/Dağıtım A.Ş.
- 8.Kuçuradi, İ. (2011a). İnsan Hakları: Kavramları ve Sorunları, Ankara: T.F.K. Yay. 2, 72, 67
- 9.Kuçuradi, İ.(2011b). Etik, Ankara: T.F.K. Yay. , 18-19
- 10.Kuçuradi, İ. (2013). İnsan ve Değerleri, Ankara: T.F.K. Yayınları, 14, 28
- 11.Kuçuradi, İ. (1997) Etiğe Yaklaşımlar, Etikte Yaklaşımlar ve Bir “Evrensel Etik” Düşüncesi, T.F.K. Göreme Etik Seminer Konuşması, 2, 8
- 12.Metin, S.(2010). Biyotıp Etiği ve Hukuk, İstanbul: XII Levha Yay. ,115, 119, 127,120-122
- 13.Oğuz, Y.N. , Tepe, H. , Büken, N.Ö.& Kucur, D.K.(2005). Biyoetik Terimleri Sözlüğü, Ankara: T.F.K. Yayınevi, 19-20, 268

EĞİTİM ÇALIŞTAYI

30 Nisan 2016 tarihinde Ankara Başöğretmen evinde yapılan eğitim çalıştayında çok çarpıcı sonuçlar çıktığını daha önceki bültenlerimizde sizlere aktarmıştık.

Bu çalışmalar bünyesinde hazırlamış olduğumuz rapor kitapçık haline getirildi. Bu kitapçık TARD, Bakanlık ve YÖK gibi birçok etkin ve yetkin kurumlara gönderilmiş ve bu kurumlara temasa geçilmiştir. Artık bir kaynak niteliği taşıyan ve birçok konuya ışık tutacak olan çalıştay rapor kitapçığı başarıya ulaşmada önemli bir anahtar olacaktır. Bu konu ile ilgili rapor sonuçları da anestezi eğitiminin lisans düzeyinde olması ve bunun için gerekenin yapılması zorunluluğunu ortaya koymuştur. Benzer çalışma ve çalıştaylar özellikle eğitim açısından anestezi teknikerlerinin önü açılıncaya kadar devam edecektir. Lisans hakkının tanınması, daha kaliteli sağlık hizmetleri ve daha güvenli bir anestezi hizmetinin sunulmasının yanı sıra, özlük hakları ve mesleki saygınlık açısından da büyük önem teşkil edeceğini düşünüyoruz.

Çalıştayımızın rapor ve detaylı bilgilerine derneğiniz sitesinden ulaşabilirsiniz.



Eğitim Çalıştayı



Eğitim Çalıştayı



Eğitim Çalıştayı

ATTD AÇTIĞI DAVAYI KAZANDI

Anestezi Tekniker ve Teknisyenleri Derneği olarak, Sağlık Meslek Lisesi, Anestezi ve Reaminasyon Alanı- Anestezi Teknisyenliği bölümünden mezun öğrenci Sema Şensoy adına, 2013 yılı ÖSYS sınavı hakkında açılan davamız kabul edilerek, yönetmelik çıkarılmadan gerçekleşen sınav yerleştirme ve düzenleme işlemleri iptal edilmiştir.

Neticede, İdarelerin genel düzenleyici işlemde bulunabilmeleri (tüzük, yönetmelik, tebliğ, vb.) çıkarabilmeleri için, konunun düzenlendiği kanun tarafından bu hususta açıkça yetkilendirilmeleri ya da bu düzenleyici işlemin ne şekilde yapılacağı yönünde ilgili Kanunda hüküm bulunması ve buna uyulması gerekir. Aksine düzenlemeler, davamızda olduğu gibi kanuna aykırı olacak ve iptal edilecektir.

Bu dava ile ilgilenen Sayın **Avukat Halil Tek ve Nejat Aday Avukatlık Bürosuna** gösterdikleri özverili çalışma için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla.

***Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri
Derneği Yönetim Kurulu***



12. MEZUNİYET SONRASI EĞİTİM SEMPOZYUMUMUZ ERZURUM ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİNDE GERÇEKLEŞTİRİLDİ.

Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği'nin 12. Mezuniyet sonrası eğitim sempozyumu 5-6 Kasım 2016 tarihlerinde



Atatürk
Üniversitesi
Araştırma
Hastanesinde
gerçekleştirildi.
İki gün süren
sempozyumun
açılış
konuşmalarını
ATTD Yönetim
Kurulu Başkanı
Sayın Önder

Topbaş, ATTD Eğitim Koordinatörü Sayın Serpil Ustalar Özgen ve Atatürk Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hüsnü Kürşad tarafından yapılmıştır.

Ana temanın ANESTEZİDE KOMPLİKASYONLAR olduğu sempozyuma başta Kocaeli, Ankara ve Erzurum olmak üzere farklı illerden katılım olmuştur. İlk oturum Sayın Prof. Dr. Nazım Doğan yönetiminde gerçekleşmiş olup, “Anesteziye solunum komplikasyonları ve önleme metodları” konusu Anestezi Teknikeri Samet Batuhan Saraç, “Anestezi sırasında dolaşım komplikasyonları ve önleme metodları” konusu Anestezi Teknikeri Nur Gökdemir, “Anesteziye serebral komplikasyonlar ve önleme metodları” konusu Prof. Dr. Hüsnü Kürşad ve “Anesteziye pozisyon komplikasyonları ve önleme methodları” konusu Anestezi Teknikeri Ramazan Cabbar tarafından sunulmuştur.

2. Oturum Sayın Doç. Dr. Ayşenur Dostbil yönetiminde gerçekleştirilmiştir. Bu oturumda ise; “Jinekolojik operasyonlarda sık rastlanılan komplikasyonlar” konusu

Anestezi Teknikeri Ahmet Bülent Poyraz , “Ortopedik cerrahilerde sık rastlanılan komplikasyonlar” konusu Anestezi Teknikeri Ebru Ürkel, “Havayolu yönetimi ile ilgili komplikasyonlar” Anestezi Teknikeri Ömer Koca ve “Damaryolu ve arter santral yol ile ilgili komplikasyonlar” Anestezi Teknikeri Tunay Gülmez tarafından sunulmuştur.

3. Oturum Sayın Doç. Dr. Canan Atalay yönetiminde gerçekleştirilmiştir. Bu oturumda ; “ATTD ve İFNA; Nedir, yararları nelerdir, neler yapılmalıdır” konusu Anestezi Teknikeri Önder Topbaş ve “ Güncel dernek faaliyetleri ve katılımcılar” konusu Anestezi Teknikeri Sema Erdoğan tarafından sunulmuştur. ATTD ‘nin Yönetim Kurulu Başkanı Önder Topbaş ve ATTD Kurucu Üyesi Sema Erdoğan tarafından yapılan bu sunumlar ile ATTD’ nin faaliyetleri, eğitim, ARGE ve diğer alanlardaki çalışmaları ve derneğin İFNA ve dünya üzerindeki yeri ve saygınlığı hakkında üyeler ve katılımcılar bilgilendirilmiş oldu. Bu oturumun diğer konuşmaları “Anestezi solunum devrelerine endüstriyel bakış” konusunda Meditera İthalat İhracat A.Ş. Geliştirme Müdürü Yiğit Ulusoy, “Hasta kontrollü analjezi cihazlarındaki yenilikler” konusunda Portex’ den Güven Bilgin ve “Non-Invaziv monitörizasyon çözümleri” konusunda Masimo Bölge Müdürü Nerdin Gök tarafından yapılmış ve anesteziye kullanılan cihazların geliştirilmesindeki son gelişmeler hakkında üyelerimiz ve katılımcılarımız bilgilendirilmiştir.

4. Oturum Sayın Yrd. Doç.Dr. Mehmet Aksoy yönetiminde gerçekleşmiş olup, “Rejyonel bloklar ile ilgili komplikasyonlar” konusu Uzm. Dr. Arzu Takıl, “ Periferik bloklar ile ilgili komplikasyonlar” konusu Yrd. Doç.Dr. İlker İnce ve son olarak “Anestezi hazırlıkları ile ilgili komplikasyonlar” konusu Anestezi Teknikeri Arzu Edalı tarafından sunulmuştur.

Sempozyumun 1. gün programı geleneksel aile toplanısı ile sorunların, taleplerin ve çözüm yollarının tartışılıp değerlendirilmesi ile son bulmuştur. 2. gün çok sevilen geleneksel bilgi yarışmamız ile üyelerin ve katılımcıların kaynaşması sağlanıp, heyecanlı bir rekabet ortamı ile keyifli bir yarışma düzenlenmiş ve hediyeler ile sempozyum sonlandırılmıştır.

Tüm meslektaşlarımızı ve konuklarımızı büyük emekler vererek, büyük bir misafirperverlikle karşılayıp ağırlayan başta Anestezi Teknikeri Ahmet Bülent Poyraz ve ekibine, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Yönetimine derneğimiz adına teşekkür ediyoruz.

Aysu ÖZARAS
Kocaeli Üniversitesi
Anestezi Bölümü Öğrencisi



Erzurum Aile Toplantısı



PALANDÖKEN



Prof Dr Hüsni Kürşad



Erzurum Sosyal Gezi



ANESTEZİ TARİHİ...

Abbott Laboratuvarları İthalat İhracat ve Ticaret LTD. ŞTİ. Tarafından 2003 yılında hazırlanmış ve dağıtılmış o yıla ait ajanda sayfalarında anestezi tarihine ilişkin güzel detayları tekrar kaleme alıp dergimiz de sizlerle paylaştığımız yazı dizimize yoğun ilgi nedeni ile kaldığımız yerden devam etmekteyiz.

“19. Yüzyılın ortalarına değin bir cerrahın çalışma günleri, işkence odalarında işitmeyecek dayanılmaz feryatlar arasında geçerdi. Uzun Süren operasyonlar hastanın kalbi dayanamadığı için genellikle ölümle sonuçlanırdı. En iyi cerrah işlerini en çabuk yapanlardı.

ON MARİFETTEN BİRİ

Eski bilginler çok yönlü meraklarıyla birçok değişik alanla uğraşırlardı. Bunlardan biri de daha çok mimar, tasarımcı, ve astronom olarak tanınan, ama tıbbı el atmaktan geri kalmayan Sir Christopher Wren'di (1632-1723).

Babasının Windsor başrahibi olmasından dolayı İngiliz saray çevresinde yetişen Wren daha yirmili yaşlarında fizyolojiye ilgi duydu ve insan vücudunun işleyişini gösteren modeller çizdi. En önemli tıp deneyini 1659'da ılık beyaz şaraba kattığı afyonu bir köpeğe enjeksiyon yoluyla vererek yaptı. Bu ilk başarılı damar içi (intravenöz) anestezi uygulamasında, afyonun etkisiyle sersemleyerek derin uykuya dalan köpeğin dalağını çıkardı. Ayrıca şırıngayla bir köpekten diğerine kan nakletmeyi başardı; hasta odalarını dezenfekte etmeye ve arındırmaya yönelik bir yöntem geliştirdi. Döneminde ilginç tuhaflıklar olarak görülen çalışmalarının anesteziyolojiye büyük katkısı ancak 19. Yüzyılda anlaşılabilir.

Joseph priestley: “Bu farklı türden havaların günün birinde çok büyük tıbbi yararlar sağlayacak olması koltuklarımı baya kabartıyor doğrusu.”

HAVA DEYİP GEÇMEYİN

Görünüş her zaman gerçeğe uymaz.

İnsanların basit bir madde sandığı havanın çok değişik gazlardan oluştuğu ancak 18. yüzyılda anlaşıldı. Oksijeni bulan kişi olarak tanınan İngiliz din adamı ve kimyacı Joseph Priestley'in (1733-1804) bir başka önemli katkısı anesteziye yeni deneylerin önünü açan azot protoksiti bulması oldu. Fizik, elektrik, manyetizma ve optik alanlarında da çalışmalar yapan Priestley zamanla yanma ve solunum süreçleri arasındaki benzerliği incelemeye yöneldi. Böylece 1772'de nitrik aside batırılmış demir tozlarını ısıtarak elde ettiği gazı “hafifletilmiş azotlu hava” adını verdi. Birkaç yıl sonra fareler üzerindeki oksijen deneylerinden esinlenerek, “hafifletilmiş azotlu hava”nın fizyolojik etkilerini araştırmaya karar verdi. Bu arada radikal görüşleriyle Fransız Devrimi'ni desteklediği için büyük tepki çekti. Çapulcu bir gürhün 1791'de evini basarak laboratuvarını yıkmasından sonra Amerika'ya kaçtı ve “hafifletilmiş azotlu hava” denelerine bir daha el atmadı.

Aslında azotla ile oksijenin bileşiği olan bu renksiz, tatsız ve hoş kokulu gazın anestezi uygulamasına girişi sonraki yıllarda daha çok tedavi ve keyif amaçlı deneylerle gerçekleşti. Ama tarihteki ilk anesteziklerin çoğu zaman içinde klinik donanımdan çekilirken, cerrahi ağrıyı dindirici bu en eski gaz belirli cerrahi ve diş işlemlerinde sıklıkla kullanılan bir etken madde olarak kaldı.

HEM ARAŞTIRMACI, HEM DENEK

İngiliz kimya bilgini Humphry Davy daha 17 yaşındayken Priestley'in tekniğini kullanarak bir şişe azot protoksit kullandı hazırladı ve her seferinde bir nefes alarak içine çekti. Hafifleme duygusuyla kaslarının gevşediğini ve keyifle kahkahalara boğulduğunu belirledi. Aynı gazı soluyan yakın dostların benzer tepkileri bildirmesi üzerine, daha iyi gözlemlerde bulunmak için hayvanlar üzerinde deneye geçti: “Dört-beş aylık tombul ve sağlıklı bir kediye azot protoksit dolu büyük bir kavanozun içine koydum. On saniye kadar sakın kalan kedi, birden kavanozun içinde çığınca kendini sağa sola atmaya başladı. İki dakika içinde epeyce bitkin düşmüş halde sakince

kavanozun dibine çöktü. Elimi göğsüne koyduğumda, kalbinin son derece şiddetli attığını hissettim; boynunu yokladığımda, şahdamarındaki sert ve hızlı nabız belirgin biçimde elime geldi. Yaklaşık üç dakika içinde hayvan canlandı ve kısa, kesik solumaya başladı; ama yan gelip yatmaya devam etti.” Yine bir gün Davy, yeni çıkan akıl dışının ağrısından duramayınca, üç büyük doz azot protoksit soludu. Bu deneyde de ilk üç-dört solumadan sonra tatlı bir ürpermeye birlikte ağrının azaldığını hissetti. Aslında bu deneyden elde edilen sonuçlar, bugün anestezi evreleri dediğimiz sürecin ilk kez tanımlanmasından başka bir şey değildi. Anesteziğin verilmesinden hemen sonra ortaya çıkan birinci evre, yani analjezi evresi diş ağrısı sırasında saptanmıştı. Bilinç kaybıyla başlayan ikinci evre, yani delirium evresi kedi deneyinde gözlenmişti. Üçüncü evre, yani cerrahi anestezi evresi bitkin hayvanın çökmesiyle belirmişti. Dördüncü evreye, yani solunum felci evresine ise Davy’nin diğer denek hayvanlar üzerindeki incelemelerinde varılmıştır. Her ne kadar bu tepkilerin anestezi özelliklerini böyle açıklıkla kavramasa da, Davy bir klasik sayılan Kimya ve Felsefe Araştırmaları adlı kitabın sonuna doğru şu önemli gözlemde bulunmaktan geri kalmadı: “Çok miktarda alındığında fiziksel ağrıyı yok edebildiği görülen azot protoksit, büyük çapta kanın dökülmediği cerrahi girişimlerde yararlı biçimde kullanılabilir.”

Davy araştırmalarını T. Beddoes’un açtığı Pnömatik Enstitüsü’nde de bizzat deneklik yaparak sürdürdü. Hatta bir seferinde hidrojen ve karbon monoksitten oluşan su gazını solurken ölümün eşiğinden döndü ve yedi ay hasta yattı. Ne var ki, gazlarla tedavi girişimleri olumlu sonuç vermedi. Şair dostlarıyla birlikte “kahkaha gazı” adını verdiği azot proksitin solunması İngiltere’de yasaklandı. Davy yıllar sonra bu çalışmalarını “deney ve gözlem ışığının hakikate ulaştırmadığı boşa harcanmış bir dehanın düşleri” olarak nitelendirmekten kendini alamadı.

Bir Ömre Sığınlar İngiltere’nin Cornwall ilinde 17 Aralık 1778’de doğan ve orta sınıf bir aileden gelen Humphry

Davy, lise öğreniminden sonra 1795’te eczacılık da yapan bir cerrahın yanına çırak girdi. Gençliğinde şiire, taslak çizimlerine, havai fişeklere, avlanmaya ve mineral toplamaya meraklıydı. Bir arkadaşının kütüphanesinde ve kimya laboratuvarında çalışarak kendini geliştirdi. Gazlara ilişkin araştırmalarıyla adını duyurdu ve 1800’de Londra Kraliyet Üniversitesi’nde ders vermeye başladı. Büyük ilgi toplayan kimya derslerinin yanı sıra volta pilleri, sepileme, mineral analizleri ve tarım kimyası üzerine çalışmalar yürüttü. Basit elektroliz kaplarıyla yaptığı deneylerde maddelerin bu yoldan bileşenlerine ayrılabilceğini belirledi. Böylece potasyum, sodyum, kalsiyum, magnezyum, baryum, stronsiyum, bor ve lityum elementlerini buldu. Klorun bir oksijen bileşiği olmadığına işaret etti, mineral flüoritte yeni bir element bulacağını öngördü. “En büyük buluşum” olarak adlandırdığı Michael Faraday’ı bilim dünyasına kazandırdı. Kraliyet Bilim Derneği’nin başkanlığını (1820-27) yaptı. Son yıllarında kendi adıyla anılan madenci güvenlik lambasını geliştirdi, hayvanat bahçelerinin açılmasına katkıda bulundu ve gemileri tuzlu suyun etkisinden koruma yollarını araştırdı. Zehirlere açık yoğun çalışma temposu yüzünden erken yaşta sağlığı bozuldu. Bu dönemde iki ürünü kendi çizimlerinin yer aldığı bir balıkçılık kitabı ve yâri felçliyken yazdığı yaşam öyküsü oldu. J.J. Berzelius’un “kimya bilimini bir yüzyıl ileriye götürebilirdi” diye nitelendirdiği Kimya ve Felsefe Araştırmaları adlı yapıtının ise sadece ilk bölümünü yayımladı. Cenevre’de 29 Mayıs 1829’da öldü.

Romantik çağda yaşayan Davy’nin ilk azot protoksit deneyinden sonra yazdığı şiir:

*Çılgın arzusun kusursuz düşlerinde bile
Böyle coşku uyandırıcı bir şey görmedim ben;*

Bağrım yanıyor günahkâr olmayan bir ateşle,

*Oysa yanaklarım pespembe mecburiyetten;
Oysa gözlerimde çakıyor kıvılcımlı parıltılar;*

Oysa ağzımda taşıp duruyor tatlı mırıltılar;

*Oysa kol ve bacaklarımı sarsıyor
çirpintılar;
Ve her yanıma sarmış zinde heyecanlar.*

GAZ SOLUMAYI SEVENLER DERNEĞİ

Pristley'in bulduğu "yapay havalar"la birlikte tıpta "pnömonoloji" denen yeni bir uzmanlık dalı doğdu. Bu uzmanlardan biri de 1700'lerin sonlarında yağlı ipek bezlerle oksijen, hidrojen ve azot protoksit veren İngiliz hekim ve şair Thomas Beddoes'du (1760-1808). Onun çalışmaları bilim, sanayi ve edebiyat çevrelerinde bir çok tanınmış simayı ilginç bir serüvende buluşturdu. Beddoes porselen imalatçısı Josiah Wedgewood'un (1736-1795) ve daha sonra oğlunun desteğiyle 1798'de Bristol'de kurduğu Pnömatik Enstitüsü'nün başına genç ve parlak kimyacı Humphry Davy'yi (1778-1829) getirdi. Daha 1795'te azot protoksit soluyarak etkilerini saptayan Davy, bazılarını İskoç mucit James Watt'ın (1736-1819) yaptığı aygıtlarla ertesi yıl kapsamlı deneylere girişti. Tedavilerden gerçek anlamda klinik yarar sağlanamayınca, enstitü 1802'de kapandı. Davy "fiziksel ağrıyı yok ettiği için ameliyatlarda kullanılabileceği"ni belirtmekle birlikte, gazın anestezi etkisine dönük bir çalışma yürütmedi. Enstitünün deneylerine katılan konuklar arasında şair William Wordsworth, Samuel Taylor Coleridge ve Robert Southey, eşanlamlılar sözlüğü (Thesaurus) yazarı Peter Mark Roget ile gut uzmanı Robert Kinglake vardı. Azot protoksit verilen "kahkaha gazı" adı da bu deneylerdeki şenlikli havada ortaya çıktı.

ROBERT SOUTHEY:

"Önce düşme korkusuna benzer bir baş dönmesi hissettim. Ağızlığı çıkarır çıkarmaz, bir ürperme duygusuyla birlikte istemsiz, ama çok hoş kahkahalara boğuldum. Ayak ve el parmaklarıma tatlı bir karıncalanma yayıldı."

SEVGİ KORKU TANIMAYINCA

Modern cerrahide genel anestezinin yolunu açan önemli adımların çoğu Batı dünyasında atıldı. Ama il başarılı uygulama 19. Yüzyıl başlarında Doğu dünyasında geldi. İşin garip tarafı bu öncü çalışma ancak 20. Yüzyıl sonlarında deneyin aradaki aşk-nefret ilişkileri etrafında örülmüş bir romanla dünya çapında tanındı. Japon hekim Hanaoka Seishu (1760-1835) bu mesleği uzun yıllar sürdürmüş bir ailedendi ve aile geleneğine başarılı bir halka daha ekleme peşindeydi. Başlıca hedefi hastalıklı memeleri almaya olanak verecek bir anestezi geliştirmektir. Tatulaya benzeyen *asagao* bitkisinden *tsusensan* adını verdiği bir madde elde etti. Çetin deneylerin ardından 13 Ekim 1805'te bu maddeyi ağızdan vererek, Kan Aiya adlı hastasını başarıyla ameliyat etti. Öldüğü zaman geride 150'yi aşkın meme kanseri hastasına ilişkin vaka kayıtları bıraktı. Savako Ariyoşi'nin büyük ölçüde Seishu'nun kişisel belgelerine dayanan ve 1978'de yayımlanan "Doktor Karısı" romanı, ameliyat öncesindeki araştırma evrelerini anlatır. Doktora çalışmalarında büyük destek veren annesi ve karısı arasındaki kıskançlık, kobay olma "ayrıcalığı" için kıyasıya kapışmalarına kadar varır. Sonunda doktor zehirli etkileri olan maddeyi karısı üzerinde dener ve en büyük ıstırapı çeken gelin olur. "*Otsugi'nin narin elleriyle boncukları avuşturmasını seyreden Kae, bu güzelliğin doğuştan olduğunu düşündü... Ama kaynanasının gölgeli sevecen bakışları üzerine çevrildiğinde, genç kadın bir kılıcın ucu anlına dayanmış gibi titredi.*"

Eğitimi büyük ölçüde ciltçi çıraklığı yaparken okuduğu kitaplara dayanan Faraday'ın hayatındaki dönüm noktası, Humphry Davy'nin konferanslarına katılması için bir müşterinin verdiği dört biletle geldi. Konferanslarda tuttuğu notları ciltleyerek gönderdiği Davy, bir süre sonra onu asistan olarak kimya laboratuvarına aldı.

UYUŞMA HALİ NEYE YARAR ?

Yüzyıllardan beri bilinen eter, namı diğer lokmanruhu 19. Yüzyıl başlarında kimya alanındaki büyük atılımlarla birlikte bir kez daha ilgi odağı

oldu. Bu sağlayan ise İngiliz fizikçi ve kimyacı Michael Faraday'ın (1791-1867) *Quarterly Journal of Science and the Arts* dergisinde 1881'de çıkan imzasız ve kısa bir makale oldu. Daha çok elektrik ve manyetizma alanlarındaki öncü çalışmalarıyla tanınan Faraday, gençlik yıllarında uçucu gazları sıvılaştırma üzerinde araştırmalar yaparken eter buharını solumanın neşe ve coşku uyandırıcı etkiler yarattığını belirledi. Makalesinde o sıralarda gündemde olan azot protoksitin bu özelliğiyle karşılaştırmalar yaptı ve esas olarak eterin yol açtığı derin “uyuşma hali” üzerinde durdu. Bazı kaynaklarda öne sürüldüğü gibi, eter buharının ağrıya karşı duyarsızlık sağladığına dikkat çekmedi. Faraday'ın buluşu daha çok gençler arasında şen şakrak “eter cümbüşleri”nin ve insanların parayla eter çekerek kahkahalara boğulduğu gösterilerin yaygınlaşmasına yaradı. Yine de bu eğlenceler sayesinde eterin anestezi özelliğinin ortaya çıkması açısından, önemli bir katkıda bulunduğu söylenebilir. *Kimse bir papazın İngiltere, İskoçya ve İrlanda'da 1840'ta başlattığı içkiyi bırakma kampanyası o kadar etkili olmuştu ki, buna katılmak zorunda kalan bir doktor verdiği sözden dönmemenin yolunu etere yönelmekte bulmuştu.*

Önder Topbaş

Rejiyonel Anestezi

Rejiyonel anestezinin tarihçesi 1920'lere dayanmaktadır. Biz bu yazımızda en çok kullanılan rejiyonel anestezi çeşitleri ve dikkat edilmesi gereken hususları ele alacağız.

Çeşitleri:

Topikal anestezi, infiltrasyon anestezisi, geniş alan bloğu, rejiyonel intravenöz anestezi (RIVA), sinir blokları (brakiyal, sakral, lomber pleksus), santral bloklar (spinal, epidural)

Rejiyonel anestezi nedir?

Vücudumuzda alt ve üst ekstremitelerde sinir iletiminde geçici bir kesinti oluşturarak meydana gelen ağrılı impulsların ortadan kaldırılmasıdır.

Avantajları ise;

- Genel anestezide göre nispeten daha ucuz olması
- Rahat bir post-op analjezi sağlaması
- Daha az narkotik ilaç ihtiyacı olması
- Genel anestezinin komplikasyonlu olabileceği hastalarda
- Tok hastalarda
- Maling hipertermi olan hastalarda
- Hemodinami neredeyse hiç etkilememesidir.

Dezavantajları ise;

- Geç başlama süresi (15-30 dk)
- Uyanık ameliyat olmanın verdiği huzursuzluk, anksiyete
- Blok başarısızlığı olasılığı
- Enfeksiyon
- Nörolojik sinir hasarı
- Lokal anestezi toksisitesi

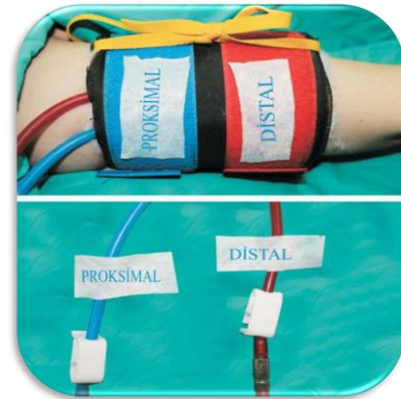
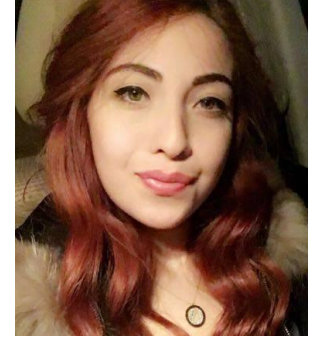
Rejiyonel İntravenöz Anestezi (RIVA)

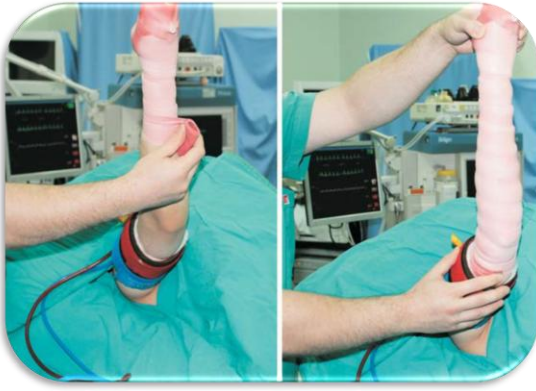
RİVA, dolaşım sistemik arteriyel basıncın üstünde bir basınçla turnike uygulanan ekstremitelere ye lokal anestezi verilerek oluşturulan analjezi yöntemidir.

RİVA tekniği hakkında bilgi vermek gerekirse, örneğin sağ koldan opere olacak hasta için çift manşonlu turnike sağ kola yerleştirilir ve 'eşmarck' bandajı ile venöz kan boşaltılarak iç taraftaki manşon (proksimal) şişirilir. Daha sonra dolaşımı engellediğimiz ekstremitelere ye venöz yoldan lokal anestezi ilaç verilir (Uzm. Dr. Önerisinde). Ardından 5-10 dk anestezi süresini bekleriz. Ayrıca hasta turnike ağrısı hissetmemesi için dış taraftaki manşon (distal) şişirilip, iç taraftaki (proksimal) manşon indirilebilir.

Dikkat etmemiz gereken hususlar ise;

Turnike indirme süresinin 30 dk'nın üstünde olması (doza bağlı). Turnikeyi erken gevşettiğimizde ise lokal anestezinin sistemik dolaşıma katılıp toksisiteyi arttıracağı unutulmamalıdır ve böyle bir durumda lipid emülsiyon kullanarak toksisite en aza indirmeye çalışılır. Ayrıca turnike indirirken belirli aralıklarla yavaş yavaş indirerek oluşabilecek hipotansiyonu engellemeye çalışılır.





Spinal ve Epidural Anestezi

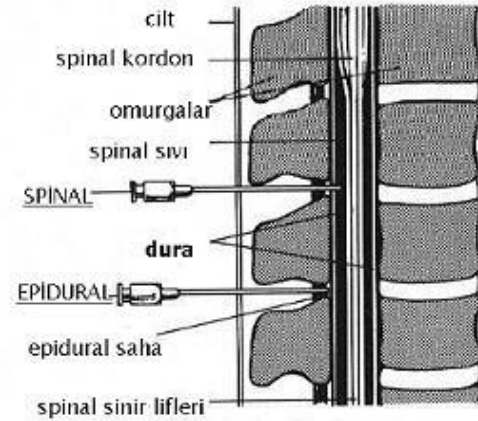
Beyin omurilik sıvısının içine verilen lokal anestezi ile iletimin geçici olarak durdurulmasıdır. Alt ekstremitelerde opere olacak vaka'nın L3- L4 – L5 aralığından spinal iğne ile girilerek subaraknoid aralığa lokal anestezi verilerek analjezi sağlanmasına spinal anestezi denir.

Bu hususta dikkat etmemiz gerekenler; bu işleme başlamadan önce oluşabilecek vazodilatasyondan doğan hipotansiyonu engellemek için volüm yüklemesi yapılmalıdır. Cerrahi işleme göre spinal anestezi uygulanan hastaya pozisyon verilmelidir. Bu işlemde en çok beklenen komplikasyon hipotansiyon ve bradikardidir. Bunun için acil ilaçlarımız (atropin ve efedrin) hazır bulundurulmalıdır.

Epidural anestezinin spinal anesteziden farkı; Lokal anestezigi subaraknoid aralığa değil de, epidural aralığa verilmesidir. Epidural anestezide motor blok oluşmayabilir. Epidural aralığa kateter takılıp post-op analjezi sağlanabilir. Epidural aralığa verilen doz, spinal aralığa verilen dozdan daha fazladır. Epidural anestezinin etki başlaması 15-20 dakikayı bulabilir. Spinal anestezie göre daha az hipotansiyon gelişir. Yine de spinal anestezi için geçerli komplikasyonlar epidural anestezi içinde geçerlidir.

Topikal (yüzeysel) anestezi

Lokal anestezi ilacının burun, boğaz, ağız, trakeabronşial kanal, mesane, üretra vb. organların mukozasına uygulanmasıyla



Epidural ve Spinal anestezi uygulama noktaları
oluşturulan anestezie denir.

Bu uygulama; sıvı, toz, krem, sprej, jel şeklinde uygulanabilir. Lokal anestezi ilacının cilt ya da mukozadaki sinir uçlarını bloke eder. Bu anestezi şekli, endoskopiler, küçük, burun, boğaz ağız müdahaleleri rektum ve vajina muayenelerinde kullanılabilir. Yanlış enjeksiyon edilmesi sonucunda, solunum yetersizliği, kardiyak arrest ve şok gelişebilir

İnfiltrasyon Anestezisi



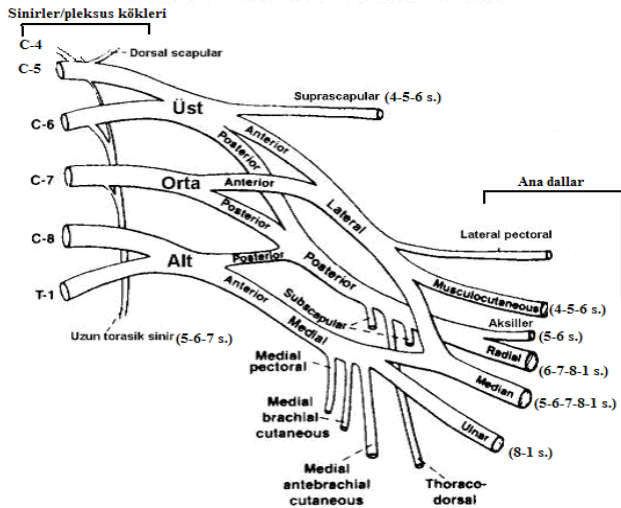
Lokal anestezi ilacının, operasyon yapılacak bölgeye ve çevresine cilt altı enjeksiyon edilmesi ile yapılan anestezi çeşididir. Küçük cerrahi

girişimlerde, küçük yaraların dikilmesinde tercih edilir. Prokain, lidokain, prilokain vb. lokal anestezipler tercih edilir.

Sinir Blokları

Üst ekstremité (brakiyal pleksus) sinir blokları: Brakiyal pleksus C5-6-7-8 ve T1 in ön dallarından oluşur. Boyunda klavikula üzerinde dallar oluşturan bu sinirlere **ultrason eşliğinde** lokal anestezi verilerak oluşturulan işlemdir. El ve kol da uygulanacak cerrahi işlem ve postoperatif analjezi için uygundur. Ancak işlem sırasında frenik sinir paralizisi gerçekleşirse solunumu etkileyebilir.

- İnterscalen yaklaşımila
- İnterklavikular yaklaşımila
- Supraklavikular yaklaşımila
- Aksiller yaklaşımila



**Brakiyal pleksus oluşturan sinirler
aksiller yaklaşımila brakiyel pleksus bloğu**

Torakal , batın ve perine sinir blokları : göğüs boşluğunda , batında ve perine de post operatif analjezi için uygulanır.bu işlemde torakal uygulamada pnömotoraks riskine dikkat edilir.

- İnterplevral blok (İPRA)
- İnterkostal sinir bloğu
- Penil blok
- İlioinguinal ve hipogastrik sinir bloğu
- Fıtık bloğu

Alt ekstremité (sakral ve lomber) sinir blokları: alt ekstremitéde opere olacak ve operasyon sonrası analjezi için uygulanır.

- İnguinal perivasküler blok
- Femoral sinir bloğu
- Lateral femoral kütanöz sinir bloğu (LFKS)
- Siyatik sinir bloğu
- Ayak bileği bloğu

Tüm periferik sinir blok uygulamalarında ultrason eşliğinde yapılmalıdır. Lokal anestezi toksisiteye ve nörolojik sinir hasarına dikkat edilmelidir.

KAYNAK:

http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Periferik%20Bloklar.pdf

Düzenleyenler:

Emre DERELİ

Elif AKBULAK

Meram Tıp Fakültesi Anestezi
Teknikerleri