



ANESTEZİ TEK BÜLTEN

ISSN : 2147 - 4311

Kasım-2012 SAYI:1

ATTD
Dünya
Kongresine
Damgasını Vurdu...

Bildiri
Ve
Olgu Sunuları
İlgiyle
Takip ediliyor...

Yaratıcı
Yetenek
Yarışması
Sonuçlandı...

ATTD Yönetimi
Ankara
Temaslarına
Devam ediyor...



www.anestezitek.org.tr

ANESTEZİ TEK BÜLTEN

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

ISSN: 2147-4311

Yayın Sahibi:

Yrd. Doç. Dr. Serpil Ustalar Özgen (ATTD Başkanı)

Yazı İşleri Müdürü:

Sema Erdoğan (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

Basım Adresi:

Grafikent Matbaa Reklamcılık Dış Ticaret Limited Şirketi

Mimar Sinan Caddesi 2/1 Karagülle İşhanı 301 35200 Alsancak - İzmir

Tel: +90 232 464 55 90 Fax: +90 232 464 55 89

[www. grafikent.com](http://www.grafikent.com)

info@grafikent.com

İÇİNDEKİLER

Sayfa 3	Yazım kuralları
Sayfa 5	Editörden (Yrd. Doç. Dr. Serpil Ustalar Özgen)
Sayfa 6	ATTD ve Dünya Anestezi Hemşireleri Kongresi (Anestezi Teknikeri Hasan Uygur Koç)
Sayfa 11	Bildiriler
Sayfa 25	ANKARA Görüşmelerimiz (Anestezi Teknikeri Mustafa Kibar)
Sayfa 27	Yaratıcı Yetenekler Yarışma sonuçları
Sayfa 34	ATTD IV. MEZUNİYET SONRASI EĞİTİMİ- ANTALYA Seminerimiz
Sayfa 37	Anestezi Teknisyen/Teknikerlerimizin başarısı
Sayfa 41	AŞKOLSUN DR. HANIM (Şişli Etfal Hastanesi Anestezi Teknisyenleri)
Sayfa 43	ATTD Yönetim Kurulu Başkanımızın Medihaber röportajı
Sayfa 51	Olgu sunumu (Anestezi Teknikeri Önder Topbaş)
Sayfa 54	Postoperatif Ağrı Kontrol Ekibi (Anestezi Teknikeri Ayşegül Balçık)
Sayfa 58	YAŞÖM (Anestezi Teknikeri Samime Durmaz)
Sayfa 60	Anestezi Sanattır ve Mavi Kod (Anestezi Teknikeri Mert Barut)
Sayfa 62	Gebelerde Anestezim Yönetimi (Anestezi Teknikeri Ahmet Emre Azaklı)
Sayfa 63	Tıbbi Malzemede Yerli Üretim
Sayfa 65	Mizah

ANESTEZİ TEK BÜLTENİ YAZIM KURALLARI

a)Yazı, standart A4 kağıtlarına 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 3.5 inçlik flopy diskete veya CD ye kaydedilmiş olarak 1 adet orijinal ve 1 adet de isimsiz gönderilmelidir. Disket veya CD içeriği yazıyla mutlaka aynı olmalıdır. Disket veya 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, ünvanları ve görev yerleri, yazı ile ilgili bilgi (kongrede sunulmuş olması veya herhangi bir kurumun desteği), yazarın yazışma adresi, ev ve iş telefonu, faks no’su, e-mail adresi yazılmalıdır.

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

Özet:

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

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

Giriş: Amaç özetlenmeli, çalışmanın verileri veya varılan sonuçlar açıklanmamalıdır.

Gereç ve Yöntem: Etik kurul onayı belirtilmelidir. Yerleşmiş yöntemler için kaynak gösterilmeli, yeni yöntemler için kısa açıklama verilmelidir. İlaç isimlerinin baş harfleri küçük harf olmalı ve ilaçların farmakolojik isimleri kullanılmalıdır. Kısaltmalar ilk

kullanıldıklarında açık olarak yazılmalı ve parantez içinde kısaltılmış şekli gösterilmelidir. Sık kullanılan kısaltmalardan (iv, im, po ve sc) şeklinde kullanılmalıdır.

Birimler Uluslararası Sisteme (SI) göre kullanılmalı, birimler yazılırken (.) veya (/) kullanılmamalıdır.

Örnek: mg kg^{-1} , $\mu\text{g kg}^{-1}$, mL, mL kg^{-1} , $\text{mL kg}^{-1} \text{ sa}^{-1}$, $\text{mL kg}^{-1} \text{ dk}^{-1}$, $\text{L dk}^{-1} \text{ m}^{-2}$, mmHg vb.

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

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

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

Resimler:

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

Şekiller:

Resimler için istenen kurallar geçerlidir. Gerekliyse bilgisayar programında da hazırlanabilir.

Başka yerde yayınlanmış olan şekil ve resimler kullanıldığında, yazarın bu konuda izin almış olması ve bunu belgelemesi gerekir. Aksi halde sorumluluk yazara aittir.

Tartışma:

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

Kaynaklar:

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

b) Dergilerin kısaltılmış isimleri Index Medicus’a ve Science Citation Index’e uygun olmalıdır. Altı veya daha çok yazar varsa ilk üç isim yazıldıktan sonra “et al veya ark” yazılmalıdır.

c) Kaynak Sayısı: En fazla; derlemelerde 80, orijinal makalelerde 40, olgu sunumlarında 15, editöre mektup'ta 5 olmalıdır

EDİTÖRDEN

Merhabalar

Bu ATTD mizin resmiyet taşıyan ilk sayısı.. Artık bizim de yazım kurallarımız var, belli biçim ve düzenimiz var. Biraz daha bilimsellik düzeyimizi artırıyoruz. Sosyal bölümlerimizden fedakarlık yapmadan... Yılda iki seminer ve her seminere bir dergi amaçlıyoruz. Sizlerin katkıları olmadan bunu başaramayız.

Dergimizde Türkiye Millet Meclisinde ve Sağlık Bakanlığındaki görüşmelerimiz ile ilgili detayları bulacaksınız. Evet çok ilerleme kaydedemediysek de ülkemizdeki anestezi teknisyenlerinin durumu ve eğitimi konularında sağlıklı bilgiler içeren bir rapor hazırlama aşamasındayız. Bu konuda üyelerimizin desteğine gereksinimimiz var. Bu konular ile ilgili iletmek istediklerinizi belgeler ile bize ulaştırabilirseniz yeni görüşmemiz çok daha etkili ve verimli geçecektir.

Dergimizin sayfalarında, bu sene X. cusu yapılan Dünya Anestezi Hemşireleri Kongresi deneyimlerimizi okuyacaksınız. Türkiye'nin ilk kez katıldığı bu toplantıya 6 bildiri ile gitmemiz hepimiz için gurur kaynağı oldu. Bu konuda gerçekten olağandışı çalışma, azim ve cesaret gösteren arkadaşlarımızı tebrik ediyorum. Tüm meslektaşları için çok önemli bir yolu açmış oldular. Bir sonraki toplantı 2014 yılında. Bu kez çok daha kalabalık olabileceğimizi düşünüyorum. Uluslararası düzeyde, ortak sorunlarımızı paylaşmak, farklı uygulamaları değerlendirmek, bilgi ve görgü paylaşımında bulunmak gibi ileriye dönük pek çok kazanımımız oldu.

International Federation of Nurse Anesthetist (IFNA) üyeliğimiz ise 'hemşire' değil, 'teknisyen' olmaktan ötürü biraz daha uzun zaman alacak, ancak topluluğun üyelerini daha sonraki toplantılarımızda aramızda görebilirse bilgi ve tecrübelerini paylaşma şansımız olacaktır.

Derneğimizin yeni 'web sitesi' aracılığıyla iletişimimizi hareketlendirmeye çalıştık. Üyelerimizin her konuya olduğu gibi buna da aktif katılımını bekliyoruz. Bizim varolma sebebimiz anestezi teknisyenleri ve teknikerleri. Amacımız onlara çok daha fazla yararlı olabilmek.. Ancak verimimizi artırabilmemiz için çok daha fazla üyeye ihtiyacımız var. Üyelerimizle ufkumuz genişliyor, lütfen üye olmayı ve üye olmayanları üyeliğe teşvik etmeyi unutmayın.

Her geçen gün, bilgi ve görgümüzün çok daha arttığı, sağlıklı zamanlar geçirmek dileğiyle, hep daha ileriye doğru...

Saygılarımla

Z Serpil Ustalar Özgen

A.T.T.D. VE DÜNYA ANESTEZİ HEMŞİRELERİ KONGRESİ

Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği (ATTD) kuruluş tarihi olan 5 Nisan 2011'den bugüne anestezi çalışanlarının eğitim kalitesinin yükseltilerek bilgi-becerilerinin artırılması ve uluslararası mesleki standartların yakalanması için yoğun çaba harcamaktadır. Geride bıraktığımız bu dönemde meslektaşlarımıza, çalışma hayatında karşılaştıkları idari, yasal ve bilimsel anlamda ki çeşitli sorunlarının çözümü noktasında destek olmaya çalıştık.

Ülkemizde anestezi teknikerliğinin yarım asıra yaklaşan bir geçmişi olmasına rağmen, mesleki standartlarımız ve diğer ülkelerdeki emsallerimiz hakkında çok az bilgiye sahip olduğumuzu görmekteyiz. Yaptığımız araştırmalar bize gösteriyor ki hekim dışı anestezi personelinin; eğitim kalitesi ve standartları, çalışanların niteliği ve uluslararası denklikleri gibi bir çok konu muğlaklığını korumaktadır. Dernek olarak bu bulanıklığı ortadan kaldırmak için uğraşmaktayız.

Bu doğrultuda meslektaşlarımızın çalışma hayatında yaşadıkları sorunları, zorlukları ve gelecek beklentilerini öğrenmek adına çeşitli anketler düzenledik. Düzenlediğimiz bu anketler anestezi teknikerleri ile ilgili sis perdesini aralamamızda ve dernek olarak öncelikli hedeflerimizi belirlememizde bizlere yol göstermiştir.

Bu çalışmalardan ilki Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyeleri Prof. Dr. Fevzi Toraman ve Yard. Doç. Dr. Z.Serpil Ustalar Özgen ile anestezi teknikerleri Esin Erkek ve Samime Durmaz tarafından gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda derneğimizin yönetim kurulu ve çeşitli organlarında görev alan bu isimlerin yaptıkları çalışmaya göre; anestezi teknikerlerinin %68'i aldıkları eğitimi meslek yaşamları için yeterli bulmuyor, %77'si meslek yüksek okulu eğitiminin en az 4 yıllık olmasını istiyor. %74'ü lisans tamamlayabilmeyi, %88'i lisansüstü eğitim yapabilmeyi istiyor. %48'i ise çalışma koşullarının olumsuzluğuna işaret ediyor. Konya'da düzenlediğimiz mezuniyet seminerinde ikincisini gerçekleştirdiğimiz anketten çıkan sonuçta yukarıdaki bilgileri doğrular niteliktedir. Katılımcılarımız burada da mesleki eğitimin ve staj olanaklarının yetersizliğine vurgu yapmışlardır. Bu anketten çıkan önemli bir diğer beklenti ise anestezi programının gelecekte lisans düzeyine çıkarılması ve mevcut mezunlarının lisans tamamlama olanağına kavuşturulması olmuştur.

Sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun maddi sıkıntılar yaşadığı bir dönemde anestezi teknikerlerinin daha iyi bir eğitim beklentileri ve bunu öncelikli tutmaları gelecek adına bizleri ümitlendirmiştir.

Elde ettiğimiz bu sonuçları geçtiğimiz nisan ayında yetkili kişi ve kurumlarla da paylaştık. Ankara ziyaretimizde; T.B.M.M. Sağlık Komisyonu Üyesi milletvekili Sayın Mahmut KAÇAR, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürü Sayın Alaaddin DİLSİZ ve Sağlık-Sen Genel Başkanı, aynı zamanda eski bir anestezi teknisyeni olan Sayın Metin MEMİŞ'e sorunlarımızı ve görüşlerimizi iletme imkanı bulduk.

Elimizde topladığımız veriler ve Ankara temaslarımız bizi ülkemiz dışında gerçekleşen anestezi uygulamaları ve anestezi eğitimi incelemeye yönlendirdi. Yaptığımız araştırmalar karşımıza ABD'den Kamboçya' ya, Tunus'tan İsveç'e kadar birçok anestezi teknikeri ve hemşiresini temsil eden bir organizasyon olan International Federation Nurse Anesthetists'i (IFNA) çıkarmıştır. Sonrasında dünyadaki anestezi uygulamaları, ülkemizdeki anestezi programlarının yeterliliği ve uluslararası denklikleriyle ilgili IFNA ile birçok yazışmamız oldu. Özellikle başkanımız Z. Serpil Ustalar Özgen birliğe üyeliğimiz konusunda yoğun

mesai harcamıştır. Başkanımız liderliğinde gerçekleşen görüşmeler ve çabalar sonucu IFNA tarafından, Slovenya Ljubljana'da düzenlenen 10. World Congress for Nurse Anesthetists (WCNA)'e davet edildik.

IFNA'nın düzenlediği toplantıya sadece ziyaretçi olarak katılmanın meslektaşlarımızı temsil edecek olan derneğimize yakışmayacaktı. Neticede kongreye bilimsel katkı sağlamak için çalışmaya başladık. Kısa zamanda 6 bildiri hazırlamayı başardık. Hazırladığımız bu bildirilerin 5'i sözlü sunum ve biri poster sunum olarak bilim komitesi tarafından kabul gördü. Böylece Türkiye'de ki anestezi teknikerleri bir ilki başarma ve uluslararası platformda kendilerini gösterme fırsatı yakaladı.

Katıldığımız kongre ve burada yürüttüğümüz temaslar hakkında sizleri bilgilendirmeden önce Slovenya ve Ljubljana hakkında kısaca bahsedelim.

Slovenya eski Yugoslavya'dan ayrılarak bağımsızlığına kavuşan, iklim olarak Karadeniz Bölgesi'ni andıran küçük bir Balkan ülkesi. Kuzeyde Hırvatistan, batıda İtalya ile komşu, güneybatıda Adriyatik Denizi'ne kıyısı olan mütevazı ve şirin bir ülke. Ljubljana ise Slovenya'nın başkenti.

Şehrin ortasından akan nehre de ismini veren Ljubljana tam bir üniversite şehri. Avrupa'nın birçok yerinden öğrenciler burada eğitim alıyorlar. Şehrin sokaklarında sıklıkla Türk öğrencilere de rastladığımızı belirtelim. Başkent eski ve yeni şehir olarak ikiye ayrılmış. Eski şehir trafiğe kapalı bir alan ve tarihi yapılar restore edilerek korunmuş. Ağırlıklı olarak üniversite, kilise, konsolosluk binaları, cafe ve restoranlardan oluşuyor. Şehre hakim bir tepede içinde sergi ve konserlerin düzenlendiği küçük bir kale bulunuyor. Yeni şehir ise daha ziyade modern yapılar ve yerleşim yerlerinden oluşuyor.

Küçük büyük herkesin bisiklet kullandığı, hemen hemen her gün bir konser ya da sosyal etkinliğin gerçekleştiği hoş bir kent Ljubljana. Buraya yolu düşenlerin; eski şehrin sokaklarında dolaşmasını, eşsiz bir manzaraya sahip Bled Gölü ve Kalesini ve Avrupa'nın en büyük mağarası olan Postanja Cave'i ziyaret etmelerini tavsiye ederiz.

10. Dünya Anestezi Hemşireleri Kongresi (WCNA) ise 26-29 Mayıs tarihlerinde Ljubljana'nın kongre merkezi Cankarjev Dom'da yapıldı. Kongrede, dünyanın dört bir yanından gelen anestezi teknisyenleri ve hemşireleri, hazırladıkları bildirileri paylaşma imkanı buldu. Dört gün süren toplantıda 34 ülkeden 647 kişi katıldı. 17 ülkeden konuşmacıların bulunduğu kongreye; yönetim kurulu ve üyelerimiz, beş sözlü ve bir poster sunum ile katkıda bulundular.

Kongrenin ilk günü tanışma ve açılış konuşmaları ile geçti. İlk gün IFNA yönetimiyle ve düzenleme komitesi başkanı Sayın Zorica Kordos ile tanıştık. Kendilerine sıcak karşılamaları için buradan bir kez daha teşekkür ediyoruz.

Toplantıda sözlü ve poster sunumlar dışında Zor Havayolu Yönetimi, Spinal-Epidural Bloklar ve Anestezide Ultrason Uygulamaları gibi güncel ve ilgi çekici çalıştaylar da yapıldı. Zor Havayolu çalıştayında anestezide kullanılan son teknoloji araç gereçleri deneme fırsatını bulduk. Rijit ve fleksibl bronkoskoplarla ve farklı video larinkoskoplarla maket üzerinde entübasyon yaparak tecrübe edindik. Bunlar arasında en beğendiğimiz uygulama domuz larenksi üzerinde gerçekleştirdiğimiz krikotridektomi işlemi idi. Maket ve kadavra üzerinde yaptığımız bu ve benzeri denemeler, zor havayolu vakalarında kendimize olan güvenimizi

artırdı. Ayrıca bu eğitimlerde rastladığımız uygulamalar, ülkemizde düzenleyeceğimiz seminerlerle ilgili bizlere yeni fikirlerde verdi.

Spinal-Epidural Blok uygulamaları ve kadavra üzerinde periferik ve santral blok çalışmaları da oldukça ilgi çekiciydi. Anestezi ultrason kullanımıyla ilgili çalışmaya ise maalesef sunum yapacağımız saatler ile çakışması ve sınırlı kontenjan yüzünden katılamadık.

Bizim için kongrenin en önemli günlerinden biri dört sunum yaptığımız ikinci gündü diyebiliriz. İlkler her zaman zordur derler. Bizim için bu zorluğu göğüsleyen arkadaşımız ise Acıbadem Kadıköy Hastanesi çalışanı değerli üyemiz Anestezi Teknikeri Pınar Güçlü oldu. Pınar arkadaşımızın “Increasing Success in Venipuncture with Infraed Light” başlıklı konusunu başarı ile aktararak ekibimiz adına bir ilki gerçekleştirdi.

Sabah oturumunun ikinci bölümünde derneğimizin yönetim kurulu üyesi Anestezi Teknikeri Esin Erkek söz aldı. Esin arkadaşımızın “The Validation of Measurement of Tissue Oxygenation by Near Infraed Spectroscopy” konulu sunumunu salon ile paylaştı. Arkadaşımız kürsüdeki duruşu, İngilizce'ye ve konusuna olan hakimiyeti ile hepimizi gururlandırdı. İlk günün sabah oturumunu bu sunumla bitirdik.

Öğle arasından sonra ise benim sıram gelmişti. Çalıştığım anabilim dalının değerli öğretim üyesi Doç. Dr. Aybars Tavlan ve Arş. Gör. Dr. Barış. Çankaya ile hazırladığımız “Anesthesia Management in Two Arnould Chari Malformation Cases” konulu çalışmayı katılımcılarla paylaştım. Sunumum salonda heyecan uyandır mı bilemem ancak beni bir hayli terlettiğini diyebilirim. Bir ara kalbim boğazım da atıyormuş gibiydim. Neyseki benden sonra söz alan Acıbadem Maslak Hastanesi Sorumlusu Anestezi Teknikeri Selda Ertaş salonunun tekrar hareketlenmesini sağladı. Değerli üyemiz, dünyada saygın ve sayılı kliniğin sahip olduğu robotik cerrahi teknolojisiyle yapılan prostat ameliyatlarında ki anestezi deneyimlerini bizlerle paylaştı. “Standartization of Anesthetic Preperation and Management During Robotic Prostatectomy Operations” başlıklı çalışma salonda oldukça ilgi uyandırdı.

Toplantının üçüncü gününde Acıbadem Kadıköy Hastanesi Sorumlusu Anestezi Teknikeri Vedat Bulcak kürsüye çıktı. Arkadaşımızın kendi tasarladığı, anestezi devrelerinde oluşan nem ve ısıyı ölçmeye yarayan cihazla gerçekleştirdiği "Efficiency of Single Limb Breathing Circuits (Limb 0)” başlıklı çalışma, katıldığımız oturumlarda ki en özgün çalışmaydı diyebiliriz. Arkadaşımızı yaratıcı düşüncesinden ötürü bir kez daha tebrik ediyoruz.

Kongrenin son gününde değerli üyemiz Anestezi Teknikeri Samime Durmaz; Türkiye'deki anestezi eğitimini anlattığı çalışması ile yer aldı. “What About The Nurse Anesthetists” konulu poster ile kongredeki bildirilerimizi tamamlamış olduk.

ABD, Fransa, İsveç, Almanya, Kamboçya, Tunus, Sırbistan, Slovenya, Hollanda, İspanya, Japonya, Belçika, Azerbaycan, Rusya ve Norveç'ten anestezi teknikerleri ve hemşirelerinin katıldığı kongrede, meslektaşlarımızla tanışma ve konuşma fırsatı bulduk. Başka ülkelerdeki hekim dışı anestezi çalışanlarının eğitimi, çalışma koşulları ve sorunları hakkında bilgi alışverişinde bulunduğumuz kongre bizlerin ufku genişleterek hedeflerimizi yükseltmemizi sağlamıştır. Ayrıca yaşadığımız bu tecrübe eksik yğnlerimizi fark etmemize de vesile oldu. Bizi yurt dışında ki emsallerimizden ayıran en belirgin eksiklik yabancı dile olan hakimiyetimiz idi. Açtığımız bu yolda yürümek, mesleki anlamda kendini bir üst seviyeye çıkarmak ve ülkemizi hakkıyla temsil etmek isteyen arkadaşlarımızın bu yönlerini kuvvetlendirmelerini öneririz.

Buradan meslektaşlarımıza Mayıs 2014'de Tunus'da yapılacak olan 11. Dünya Anestezi Hemşireleri Kongresini de (WCNA) duyurmak istiyoruz. Bildiri hazırlamak isteyenler ayrıntıları, katılma şartlarını ve kongre ana başlıklarını www.wcna2014.com adresinden öğrenebilirler.Toplantıda sunum ve bildiri yapmak isteyen arkadaşlarımıza dernek olarak elimizden gelen desteği vereceğiz. Ülkemizin bu kongrede de başarı ile yer alması ve derneğimizin bayrağının IFNA üyesi bayraklar arasında dalgalanması en büyük dileğimizdir. Arkadaşlarımızın bu fırsatı değerlendirmesini canı gönülden istiyoruz.

Son olarak kongre boyunca bizleri yalnız bırakmayan ve kongreye katılmamız için büyük çaba harcayan, çevirilerimizi ve zaman zaman tercümanlığımızı yapan, değerli başkanımız Sayın Z.Serpil Ustalar Özgen'e teşekkürü bir borç biliyoruz. Bizim kabuğumuzu kırmamızı sağlayan ve yurt dışında ülkemizi temsil etmemize ön ayak olan başkanımıza minnet borçluyuz. Türkiye'deki anestezi teknisyenleri için yaptıklarınızı asla unutmayacağız.

ATTD, üyelerimizin eğitim standartlarının ve uygulamalarının geliştirilmesi için bundan sonra da kararlı adımlar atacaktır. Bir sanat ve bilim dalı olan anesteziyolojiye katkı sağlamak ve dünya çapında kaliteli anestezi uygulamaları gerçekleştirmek için ulusal ve uluslararası kurumlarla işbirliği yapmaya devam edeceğiz. ATTD olarak belirlediğimiz hedefler doğrultusunda meslektaşlarımızın sesi olma ve büyük ülkemize yakışan bir anestezi ekibi oluşturma çabamız durmaksızın sürecektir.

Hasan Uygur KOÇ



BİLDİRİLER:

Efficiency Of Single-limb Breathing Circuits (Limb-O)

F. Toraman, V.Bulcak, E.Erkek, P.Guclu, Z.S.Ustalar Ozgen

AIM

The standard circle anesthesia circuits used during anesthesia practice, consists of inspirium and expirium limbs connected to the endotracheal tube with a Y-piece. This type of circle systems has some adverse effects on the airways and lungs of the patients since the inspirium air in these systems are dry and cold (1). In order to overcome this negative effect humidifying filters has been used. (2). In the recently developed single-limb breathing circuits (Limb-O), inspirium and expirium limbs have been divided by a thin membrane and inserted in a single circuit, the heat of the expired air which was thought to increase the heat and humidity of the inspired air. In this study, it is aimed to measure the increase in the heat and humidity of the inspirium air with the effect of expirium air.

MATERIALS AND METHODS

After the permission of the ethic committee of the university and the informed consent of the patients were taken, 30 intubated patients were included in the study. After standart monitorization, the intubated patients were connected to the anesthesia machine by the Single-Limb breathing circuits. Four heat-humidity measuring devices which are modified ends of Y-connectors of endotracheal connection were connected to the inspirium and expirium connection of the limbs to the anesthesia machine and to the Y-connector of the endotracheal tube and the heat and the humidity of the air passing through these limbs were measured. The heat and humidity of the inspirium air were measured as it had left the anesthesia machine and it was compared with the heat and humidity of the air passing through Y-connector. The measured heat and humidity of the air passing through Y-connector has also compared with the heat and humidity of the expirium air entering the anesthesia machine through the expirium limb. The comparison between the measurements were done by Student's t test.

RESULTS

The changes of temperature at the lines of inspirium and expirium are shown in Table I .

Table I. The temperature changes at the lines of inspirium and expirium.

	n	Inspirium Machine	Inspirium Patient	P value	Expirium Patient	Expirium Machine	P value
Beginning	Temperature (°C)	25,6 ± 0,8	25,8±0,6	NS	25,2±0,8	23,6 ± 1,2	NS
	Humidity(%)	23 ± 7	37±12	0,0019	98±12	96 ± 3	NS
10 minute	Temperature(°C)	25,9 ± 0,9	26±0,7	0,0001	25,7±1	24 ± 1	0,034
	Humidity (%)	40 ± 12	53,8±17	0,001	99±0,1	98 ± 0,5	NS
20 minute	Temperature(°C)	25,6 ± 0,9	25,7±0,8	0,0001	25,7±0,9	24,2 ± 1	0,02
	Humidity (%)	45 ± 12	62±19	0,0001	98±0,1	99± 0,1	NS

CONCLUSION

Air heating devices at the inspirium outlets in the advanced anesthesia machines warms the air at some degree, however causes dryness of the air. We have found in this study that when single-limb breathing circuits are used, the inspirium air does not lose heat between the anesthesia machine and the patient, on the contrary, statistically significant increase of heat had occurred. Likewise, the humidity had increased from 40% to 60%. We conclude that the increases in heat and humidity of the inspirium air were statistically significant, and these increases will be more meaningful in the anesthesia practices of long duration and will have positive effect on the out come parameters.

THE VALIDATION OF MEASUREMENT OF TISSUE OXYGENATION BY NEAR INFRARED SPECTROSCOPY

AIM:

It is known that the measurement of tissue oxygenation by parameters like arterial oxygen saturation (SaO₂), mean arterial pressure (MAP), and heart rate (HR) which has been used during standard monitorization have not been sufficient at all times (1). As a result of studies done to overcome this deficiency, measurement of tissue oxygenation is tried to be done through near infrared spectroscopy (NIRS), especially, saturation of cerebral regional oxygen monitorization has been performed. The measurement of cerebral regional oxygen saturation by NIRS is done by an infrared light which showed the saturation of watershed zone that consists 1/3 arterial, 2/3 venous blood at 1-1.5cm deep (2). Although there are critics related to the measurement of cerebral regional oxygen saturation by NIRS, this method has been approved by FDA. NIRS has somatic (liver, renal, mesenteric) usage in pediatric patients (3). In this study, the tissue oxygen saturation (mSO₂) value calculated mathematically from arterial and venous blood samples of upper arm (1/3 of arterial saturation + 2/3 of venous saturation) and the measured upper arm oxygen saturation (rSO₂) by NIRS has been compared. The aim of the study is to search for the reliability of NIRS in tissues other than brain in adults.

MATERIAL AND METHODS

After approval of the ethic committee of the hospital and informed consents of the patients had been taken, 35 patients who had been admitted to the intensive care unit after bypass surgery were taken to the study after their extubation. The measurement of tissue oxygenation by NIRS had been performed with the probe attached around the upper arm where the arterial cannulation had been. At the same time, blood samples had been taken from the ipsilateral radial artery and brachial vein for blood gas analysis. The mathematical saturation calculations were done by the data obtained (1/3 of the arterial saturation+ 2/3 of the venous saturation of oxygen) . Pearson correlation between the measured and calculated saturation values were evaluated.

RESULTS

Twenty four of the patients were male. The mean body temperature of the patients were 36,7 ±0,2 °C. The data were shown in Table I. The measured saturation by INVOS and the calculated saturation were compared and the Pearson correlation were found to be 0.87, and p = 0.0001.

Parametreler	
HR (beat/min)	90± 16
OAB (mmHg)	81 ±13
SaO ₂ (%)	99 ±0,7
S _v O ₂ (%)	66 ± 22
rSO ₂ (%)	71 ± 9
mSO ₂ (%)	76 ± 14

CONCLUSION

It has been concluded that measurement of somatic tissue saturation by NIRS in adults patients as well as in pediatric patients is a promising method since a strong Pearson correlation ($r=0.87$) had been found between rSO₂ and mSO₂.

REFERENCES

- (1)Pasch T, Zalunardo M. Intraoperatives Monitoring: Notwendiges, Sinnvolles und Überflüssiges. Anaesthetist 2000;49:S2-6.
- (2)Brodsky JB. What intraoperative monitoring makes sense? Chest 1999;115:101S-105S.

Anesthesia Management in Two Arnold -Chiari Malformation Cases

KOÇ Hasan Uygur(1), ÇANKAYA Barış(2), TAVLAN Aybars(3)

1 Selcuk University Meram Medical Faculty, Anesthesia technician, Konya, Turkey

2 Selcuk University Meram Medical Faculty, Resident, Konya, Turkey

*Email: hasanukoc@hotmail.com

Keywords: Anesthesia; Arnold-Chiari malformation, Neurosurgery; Arnold-Chiari, Anesthesia; Pediatric malformations

INTRODUCTION WITH HYPOTHESIS

Arnold- Chiari Type I Malformation (ACM-I) is characterized by descent of cerebellar tonsils through the foramen magnum. Several neurological and skeletal anomalies are associated with this malformation. Type I malformation occurs mainly in adults. ACM- II anomaly is a more severe abnormality, presenting in infancy and early childhood, whereby cerebellar vermis, brainstem and fourth ventricle herniate below the foramen magnum. A lumbar myelomeningocele is associated in 95% of cases. Suboccipital craniectomy is the commonest surgical intervention performed for treatment. We present anesthesia management of two cases diagnosed with ACM types I and II.

CASE REPORT

Two female children; one 14-years old/60 kg and second 13-years old/67 kg underwent surgical operation, presenting with headache and headache with obstructive sleep apnea syndrome, respectively. Preoperative assessment performed, biochemical values were in normal range. There was no limitation of cervical flexion or atlanto-occipital extension in our patients. They were diagnosed as ACM I and II, respectively. The children were premedicated with p.o. midazolam 0,1 mg/kg. Before induction with sevoflurane via mask ECG, NIBP, SpO₂, temperature, EtCO₂ monitorization applied. BIS monitorization was also used for ACM-II. After being performed iv. access, fentanyl 10 mcg, tiopental 4 mg/kg and rocuronium 0.5 mg/kg were administered. Succinylcholine was avoided for malignant hyperthermia risk. Orotracheal intubation has been performed with cuffed, wired tube. Anesthesia was maintained with %50 air -%50 oxygen mixture and sevoflurane.

Intraoperative 0.45 % normal saline + 5% dextrose fluid was administered. The procedures lasted 3 and 4 hours respectively and were uneventful. BIS levels were between 54-61 intraoperatively. Cervical 1-2 total laminectomy + duroplasty was performed for both patients. At the end of the procedure pupils were isocoric and reacting. Emergence from anesthesia was uneventful.

Aseptic meningitis, bradycardia, failure to breathing, alteration in sensation were not diagnosed in postoperative consultation visit.

DISCUSSION AND CONCLUSION

ACM- I is associated with a number of anomalies. These patients are at risk of respiratory depression and bulbar dysfunction in the perioperative period. Patients may be at risk for pulmonary aspiration due to delayed gastric emptying and impaired upper airway reflexes. ACM-2 may present postoperatively with lethargy, irritability, vomiting, respiratory depression. We report that anesthetic optimization have to be made for patients diagnosed with ACM.

INCREASING THE SUCCESS IN VENIPUNCTURE WITH INFRARED LIGHT

Z.S.UstalarOzgen, F.Toraman, J.Sayin, T.Sungur, E.Erkek, S.Durmaz, P.Guclu, V. Bulcak, O.Bayram, F.Keles

Acibadem Kadıkoy Hospital, Istanbul, TURKEY

Acibadem University, Department of Anesthesiology and Reanimation, Istanbul, TURKEY

*Email: serpozgen@tnn.net

Keywords: Anesthesia ; Intravascular access, Devices; Infrared light, Intravascular; vein illumination INTRODUCTION WITH HYPOTHESIS

A successful venipuncture is the essential and initial part of anesthesia practice. It is the first positive or negative impression and relation between the anesthesia nurse and the patient. Deferrals and unsuccessful attempts are both detrimental to the patient as well as the anesthesia practionner. ‘AccuVein AV300’ is a vein illumination device using infrared light technology allowing easy venipuncture. In this retrospective study, our experiences with ‘AccuVein AV300’ are reviewed and discussed.

METHODS

One hundred and seventeen patients who had undergone surgery whose venipuncture had been performed under vein visualization with ‘AccuVein AV300’ had been included in the study after approval of the ethical committee of the hospital. Venipuncture is performed by either experienced (min 5 years) anesthesia technicians or if not successful, by anesthetists in our institution . ‘Accuvein AV300’ has been used in our institution for 2 years.. If the vasculature of the patients cannot be seen by the anesthetist, the ‘Accuvein AV300’ has been tried. ‘Accuvein AV300’ has been held above 13-15cm above skin and perpendicular to the direction of the vein. In this retrospective study, the success rates and the unsuccessful attempts were calculated and evaluated.

RESULTS

One hundred and seventeen patients, 59 (%50.4) male, 58 (% 49.5) female, 23 (%19.6) aged between 3 months-8 years. The mean anesthesia experience of the anesthesia practioner or the anesthesia nurse who performed the venipuncture was 16.5 years (min.7 years-25 years max.). 'AccuVein AV300' had been used since vein visualization had not been possible because of skin color, hairy skin or pale skin or no visual veins. In 108 (% 92) patients it was possible to visualize the vein with 'AccuVein AV300', in 99 (84.6) it had been possible to perform the venipuncture at the first stick. In the 9 patients, venipuncture could be performed when the distance and angle of the 'AccuVein AV300' had been rearranged. In 9 (%0.7) patients it had been impossible to visualize the veins after rearrangement.

DISCUSSION AND CONCLUSION

Venipuncture is sometimes the nightmare of the anesthesia practioner. 'AccuVein AV300' , is a device using infrared light technology which is absorbed by hemoglobin in the blood and helps to visualize the vasculature for accurate venipuncture. Success rate increases when the device is held about 13-15cm above skin and at a right angle with the vein direction. Efficiency is low when it is held more than 15cm above the skin (the vein is shown thinner), or closer to the skin (the vein shown thicker). The handicap of the device lies in the fact that at least two persons needed for venipuncture. The other disadvantage is that the depth of the vasculature seen is not reliable by 'Accuvein AV300'.

REFERENCES

1. Viewing veins with AccuVein AV300. Sánchez-Morago GV, Sánchez Coello MD, Villafranca Casanoves A, Cantero Almena JM, Migallón Buitrago ME, Carrero Caballero MC. Rev Enferm. 2010 Jan;33(1):33-8.

ANESTEZİ TEKNİSYENLERİ DURUMLARINDAN MEMNUN MU?

Z. S. Ustalar Özgen, F. Toraman, E. Aksoy Erkek, S. Durmaz, S. Ertas, N. Baykan

(1) Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

(2) Acıbadem Kadıköy Hastanesi Anestezi Bölümü

(3) Acıbadem Maslak Hastanesi Anestezi Bölümü

GİRİŞ

Kurumumuz içinde çalışan tüm teknikerlerin mezuniyet öncesi ve sonrası almış oldukları eğitimleri, ileri eğitim gereksinimleri, çalışma şartlarından memnuniyetlerini bir anket aracılığıyla değerlendirerek bu meslek grubunun sorunlarına dikkat çekmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Kurumda çalışan 20-46 yaşları arasında, 1,5 ay -28 yıl arasında mesleki deneyimi olan

54 teknikere anket yapılmıştır.

BULGULAR

Ankete katılanların 33 kadın (%61), 21 erkek (%38) idi. %68'i okulda aldığı eğitimin meslek yaşamı için yeterli olmadığını düşünmektedir. %77'si meslek yüksek okulu eğitiminin en az 4 yıl olması gerektiği yönünde görüş bildirmiştir. %74'ü lisans tamamlayabilmeyi, %81'i lisansüstü eğitim yapabilmeyi istemektedir. %72'si yabancı dili ayrıca bir hazırlık sınıfında öğrenmeyi istemektedir.

SONUÇ

Günümüzün artan gereksinimleri nedeni ile anestezi uygulamalarının vazgeçilmez bir parçası olan anestezi teknikerlerinin eğitimlerinin önemi bilinmektedir. Anket sonuçlarında görüldüğü gibi, önlisans eğitimleri, lisans ve lisansüstü olarak tamamlamak isteyen teknikerler çoğunlukta olmakla beraber, anestezi teknikerliği bölümünde bunu yapmak mümkün değildir. Mesleklerini uygulamaya başladıktan sonra da herhangi bir mezuniyet sonrası eğitim, sempozyum ve bilgi yenileme toplantıları olmamaktadır. Bu konuda ve bu meslek grubunun mezuniyet sonrası eğitimlerinde yenilikler yapmak düşünülmelidir.

KIZIL ÖTESİ IŞIN KULLANILARAK DAMARYOLU BAŞARISININ ARTIRILMASI

Z. S. Ustalar Özgen, F. Toraman, J. Sayın, T. Sungur, E. Erkek, S. Durmaz, P. Guclu,
V. Bulcak, O. Bayram, F. Keleş

Acibadem Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İstanbul, Türkiye
(2) Acibadem Kadıköy Hastanesi, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Anesteziye başarılı bir damaryolu açılması, uygulamanın ilk ve temel parçasıdır. Hasta ile anestezi hemşiresi/teknisyeni arasındaki ilişkide ilk pozitif veya negatif etkiyi oluşturur. Tekrar tekrar denemeler ve başarısızlıklar hata için olduğu kadar anestezi uygulayıcı için de felaket demektir. ‘AccuVein AV300’, damaryolu girişimini kolaylaştırma amaçlı kızılötesi ışın teknolojisi kullanılan bir damar aydınlatma cihazıdır. Bu retrospektif çalışmada ‘AccuVein AV300 cihazı ile deneyimlerimizin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYEL VE METOD

Hastanemiz etik komitesi izni alındıktan sonra cerrahi işlem yapılacak 117 hastada ‘AccuVein AV300’ cihazı ile kızıl ötesi ışınlar yardımı ile ponksiyon yapılacak ven görüntülenerek damar yolu açıldı.

Hastanemizde damaryolu açılması işlemi, en az 5 yıl deneyimli anestezi teknikerleri, yeterli değil ise anestezi doktorları tarafından yapılmaktadır ‘Accuvein AV300’ kliniğimizde 2 yıldır kullanılmaktadır. Cihaz, cilde 13-15 cm uzaktan ve damara dik olacak şekilde tutuluyor. Bu çalışmada, ‘Accuvein AV300’ cihazı kullanımı ile başarı ve başarısızlık oranları değerlendirildi ve hesaplandı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 117 hastanın, 59’ı (%50.4) erkek, 58’i (%49.5) kadın, 23’ü (%19.6), ve yaş aralıkları 3 ay-8 yıl arasında idi. Kliniğimizde anestezi doktorları ve teknikerlerinin bu konudaki deneyimleri 16.5 yıl (en az 7- en çok 25 yıl) idi. ‘AccuVein AV300’ damarları görülemeyen, kıllı yada soluk cilt rengi olan hastalarda kullanıldı. 99 hastada (84.6%) ilk girişimde başarılı olundu. Dokuz hastada cihazın açısı değiştirildi ve girişim başarılı oldu. Yüz sekiz (% 92) hastada, veni görüntülemek mümkün oldu, 99 (84.6) hastada, ilk venöz girişim başarılı oldu. Hastaların 9’unda, ‘AccuVein AV300’un cilde uzaklığı ve açısı yeniden ayarlanarak venöz girişim yapılabilirdi. Dokuz (%0.7) hastada ise yeniden yerleşimin ayarlanmasına rağmen venler görülemedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Venöz girişimler bazen anestezi uygulayıcısının kabusudur. ‘AccuVein AV300’ cihazı yardımıyla, kızılötesi ışık teknolojisi kullanılarak kandaki hemoglobinin ışığı absorbe etme özelliği ile damarları görülür hale getirmekte ve damaryolu girişimlerine yardımcı olmaktadır. Cihazın cilde 13-15 cm uzaklıkta direk ven üzerine doğru açı ile tutulması başarılı girişim için önemlidir. Ciltten 15cm.’den uzakta tutulursa (damar olduğundan daha ince görünür) veya daha yakın tutulursa (ven olduğundan daha kalın görünür) verimlilik azalır. Cihazın kullanışsız yönü, damar yolu açmak için iki kişi gerektirmesidir. Ayaklı modelleri de olmakla beraber bir yardımcının koopere bir şekilde cihazı tutması daha kullanışlıdır. Diğer bir dezavantaj ise ‘Accuvein AV300’ ile görüntülenen damarın varlığı trspit edilebilmekte ancak derinliği ve ciltten itibaren düzeyi belirlenememektedir.

REFERENCES

1. Viewing veins with AccuVein AV300. Sánchez-Morago GV, Sánchez Coello MD, Villafranca Casanoves A, Cantero Almena JM, Migallón Buitrago ME, Carrero Caballero MC. Rev Enferm. 2010 Jan;33(1):33-8.





Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler

Asu GÜRER, Fidan KÜDÜR, Mert BARUT, Albena GAYEF, Emel İÇLİ

Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İstanbul
İletişim: asualbayrak@gmail.com

GİRİŞ:

İş doyumunu, iş görenin işini, iş yaşamını değerlendirmesine dayanarak sağladığı haz duygusudur (Cimete 1996). Başka bir tanımlamada mesleki doyum, kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biri olarak tanımlanmıştır. (Aksayan ve Velioğlu 1992, Musal ve ark. 1995). Ulaşılan haz duygusunun derecesi yükseldikçe işinden sağladığı doyum da o oranda yükselir. İş memnuniyeti büyük ölçüde profesyonel özerklik, daha fazla çevre uyumu, sağlık hizmetlerinde devamlılık ve etkililik ile ilişkilidir (Adams ve Bond 2000).

AMAÇ:

Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Anestezi Bölümü'nde öğrenim görmekte olan, aynı zamanda devlet sektörü ve özel sektörde Anestezi Teknisyeni olarak çalışan öğrencilerin iş doyumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

YÖNTEM:

Tanımlayıcı ve kesitsel olan bu araştırma, Şubat 2012'de Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Anestezi Bölümü I.ve II.sınıf, I. ve II. öğretim öğrencileri ile (n=120) yapılmıştır.

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak Türköz (1997) tarafından, geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiş ölçeklerden yararlanılarak geliştirilmiş olan 32 maddelik iş doyum ölçeği kullanılmıştır.

Beşli likert tarzındaki bu ölçek, kurumsal politika ve stratejiler, kendini gerçekleştirme, genel kalite, kişilerarası iletişim, yöneticilik/liderlik, lojistik ve gelişim olanakları, sağlık güvencesi olmak üzere toplam 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışmamızda cronbach alpha değeri .84 olarak saptanmıştır.

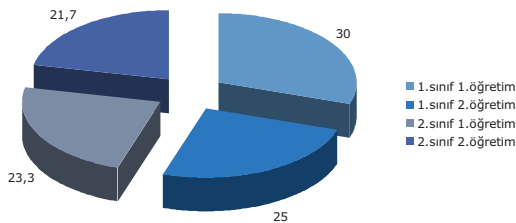
Verilerin analizi SPSS for Windows 17.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde sıklık dağılımları, t- testi, tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Çalışmamızda bağımsız değişkenlere (cinsiyet, yaş, medeni durum, sınıfı, mezun olduğu ortaöğretim kurumu türü, kaç yıldır anestezi teknisyeni olarak çalıştığı, mesleği tercih etme nedeni, görev yapmakta olduğu birimi, birimdeki çalışma süresi, birimdeki çalışma nedeni) göre ölçeğin alt boyutları açısından öğrenciler arasında istatistiksel olarak farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla, t- testi, tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

BULGULAR:

Anestezi Bölümü öğrencilerinin %79,2'sinin kadın,%75'i 18-20 yaş grubunda, %99,2'sinin bekar, %30'unun 1.sınıf 1.öğretim, %25'sinin 1.sınıf 2.öğretim, %29,3'ünün 2.sınıf 1.öğretim, %21,7'sinin 2.sınıf 2.öğretim öğrencisi olduğu, %99,2'sinin sağlık meslek lisesi mezunu, %50,8'i 1 yıldan az süredir anestezi teknisyeni olarak çalışmakta, %45,8'inin mezun olduğunda iş bulma kolaylığı olduğu için %20,8'inin mesleği kendisine yakın hissettiği, %19,2'sinin ailesinin isteği ile Anestezi Bölümü'nü tercih ettiği, %45,8'inin mesleği tekrar seçme isteğinde olduğu, %78,3'ünün ameliyathanede görev aldığı, %56,7'sinin 1 yıldan az süredir aynı birimde çalıştığı, %67,5'inin kendi isteği ile bu birimde çalıştığı, %55,8'inin birim değiştirmek istemediği saptanmıştır.

Öğrenci Sınıf Dağılımı



Tablo 1: Öğrencilerin İş Doyum Ölçeği Alt Boyut Puanları ve Toplam Puanları

İş doyum alt boyutları	X̄	SS	Min	Max
Kendini gerçekleştirme	28,90	8,13	11,00	53,00
Genel kalite	16,34	5,15	7,00	31,00
İletişim	11,17	3,51	5,00	21,00
Görev	6,29	2,12	3,00	13,00
Gelişim	4,60	2,15	2,00	10,00
Özerklik	7,39	2,34	3,00	15,00
Güven	2,42	1,08	1,00	5,00
Toplam	77,14	20,72	37,00	132,00

Öğrencilerin toplam iş doyum puan ortalamaları 77.14±20,72 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin iş doyum ölçek alt boyut puanlarında en düşük iş doyum puanının sağlık güvencesi (2,42±1,08) ile yöneticilik/liderlik (4,60±2,15) alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin iş doyumlarının en yüksek olduğu alt boyutlar, kurumsal politika ve stratejiler (28,90 ±8,13) ile kendini gerçekleştirme (16,34±5,15) alt boyutudur. Öğrencilerin genel kalite (11,17±3,51), lojistik ve gelişim olanakları (7,39±2,34) ve kişilerarası iletişim (6,29± 2,12) alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında orta düzeyde doyumlu oldukları saptanmıştır.

Tablo 2: Meslek tercih nedenine Göre İş Doyumu Ölçeği Alt ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=120)

Karşılaştırılan İş Doyum Ölçeği Alt Boyutu	Meslek tercih nedeni		Ortalama Puan Farkı	p	F
Kendini gerçekleştirme	Ailemin isteği	Mezun olduğunda iş bulma kolaylığı	2,2990	0,246	4,327
		Mesleği kendime yakın hissetmem	4,96870	0,004*	
		Diğer	2,25775	0,887	
		Diğer	2,42451	0,019*	
Genel Kalite	Ailemin isteği	Mezun olduğunda iş bulma kolaylığı	3,98087	0,000*	6,637
		Mesleği kendime yakın hissetmem	1,02258	0,764	
		Diğer	2,21294	0,020*	
		Diğer	0,57033	0,802	
Gelişim ve gelişim olanakları	Diğer	Mezun olduğunda iş bulma kolaylığı	0,89340	0,487	3,930
		Mesleği kendime yakın hissetmem	0,11294	0,920*	
		Ailemin isteği	0,57033	0,802	
		Ailemin isteği	10,37008	0,171	
Toplam	Ailemin isteği	Mezun olduğunda iş bulma kolaylığı	18,10009	0,011*	4,116
		Mesleği kendime yakın hissetmem	1,99079	0,996	
		Diğer	1,99079	0,996	
		Diğer	1,99079	0,996	

*İstatistiksel anlamlılık

Anestezi Bölümü öğrencilerinin iş doyum ölçek alt boyutlarından kendini gerçekleştirme alt boyut puan ortalamaları meslek tercih nedenine göre karşılaştırıldığında, ailemin isteği seçeneği ile mesleği kendime yakın hissetmem seçeneği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p< 0,05). Buna göre mesleği ailesinin isteği ile tercih eden öğrencilerin kendini gerçekleştirme puan ortalamasının mesleği kendine yakın hissederek tercih yapan öğrencilerin kendini gerçekleştirme

SONUÇ ve ÖNERİLER:

İş doyumunun geniş bir konu olduğu unutulmadan, iş doyumunu ile birlikte kuruma bağlılık, rol çatışması ve rol belirsizliği gibi tutumlar da belirli aralıklarla değerlendirilmeli, elde edilen sonuçlara göre gereken düzenlemeler yapılmalıdır (Güneş 2007). Nöbet listesi ve hafta sonu izinleri uygun şekilde düzenlenmeli, mesleki gelişim ve yükselme olanakları ve kararlara katılımları sağlanmalı, yükseltmeler performansa dayalı olmalıdır.

Rol çatışması ve rol belirsizliğinin iş doyumuna olumsuz etkisi olduğundan görev tanımları kesin bir şekilde belirlenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. Kurum içerisinde tanınma, mesleki gelişim ve yükselme olanaklarının uygun şekilde planlanması, bilimsel toplantı ve kongrelere katılımının

REFERANSLAR:

Adams A ve Bond S (2000). Hospital Nurses' Job Satisfaction, Individual and Organization Characteristics, Journal of Advanced Nursing, 32(3): 536- 543.

STANDARDIZATION OF ANESTHETIC PREPERATION AND MANAGEMENT DURING ROBOTIC PROSTATECTOMY OPERATIONS

Ertaş S, Gündoğdu Ö, Aydın A, Şihoğlu H, Akpek E.A

Acıbadem Maslak Hospital,Department of Anesthesia,Istanbul, Turkey

Key words. Robotic surgery. prostatectomy, anesthesia

INDRODUCTION WITH HYPOTHESIS:

The most common procedure utilizing the da Vinci system is robot-assisted prostatectomy. Robotic technique reveals advantages over laparoscopic procedures in terms of ability to provide magnified 3D view of the surgical site, robotic wrist movement with six degrees of freedom and filtering of tremors. The purpose of this study was to investigate the anesthetic set-up and management for patients scheduled to undergo robotic prostatectomy operation.

METHODS:

After obtaining Hospital Ethic Committee approval, patients who underwent robotic prostatectomy operation between January 2011 and December 2011 were retrospectively investigated. Parameters collected were patients' demographics, preoperative anesthetic set-up, intraoperative anesthetic management and postoperative complications. Data were obtained from hospital electronic database, patients' files and anesthetic charts.

RESULTS:

A total of 153 patients with a diagnosis of malignant prostate cancer underwent robotic prostatectomy operation during a period of one year. All of the operations were done by the same surgical team. Patients were ASA I-II group with an age range of 25-70 years, height of 165-185 cm and weight of 70-100 kg. Preoperative anesthetic work-up was standard in all of the patients. After providing standard noninvasive ASA monitoring patients were given propofol and esmeron for induction of anesthesia and O₂/air, sevoflurane, remifentanyl infusion for maintenance. After then, radial artery catheterisation, two peripheral venous lines and nasogastric tube insertion were performed. Patients were given supine position with arms closed at sides, head and shoulders supported with silicon pillows. To reduce the risk of deep vein thrombosis, application of compression stockings to the calves was provided. Operations were performed under steep Trendelenburg positions. Volume- controlled mechanical ventilation was applied, switched to pressure-controlled when required with a standard use of approximately 3000 mL of crystalloid infusion thereafter. Besides, mannitol was given at this time to support urine output and to prevent brain edema secondary to long period of steep head-down position. The urine output and blood loss were in the range of 200-400 mL and 100-200 mL respectively. None of the patients required blood transfusion. The duration of operation was 4.5 to 5 hours. Two patients had transient neuropraxia secondary to position. The range of hospital stay was 4-7 days.

DISCUSSION AND CONCLUSION:

The findings of our retrasperspective investigation revealed that possibility of standardization of anesthetic set-up and management during major surgical procedures like operations may decrease anesthetic morbidity.

REFERENCES:

1. Prevention of complications of general anesthesia linked with laparoscopic access and with robot-assisted prostatectomy. Prog Urol 2011;21:829-39.

ROBOTİK PROSTATEKTOMİ CERRAHİSİNDE ANESTEZİ DENEYİMLERİMİZ

Acıbadem Sağlık Grubu, Acıbadem Maslak Hastanesi Anestezi Bölümü, İstanbul

Ertaş S, Gündoğdu Ö, Akpek E , Aydın A , Şıhoğlu H

Giriş ve Amaç:

Robot cerrahisi son dönemde popüler olan ve yaygınlaşan bir yöntemdir. Bu çalışma ile amaç robotik cerrahi yöntem ile gerçekleştirilen prostatektomi ameliyatlarımızdaki anestezi hazırlığı ve yönetimini gözden geçirmektir..

Yöntem:

Ocak 2011- Aralık 2011 tarihleri arasında Acıbadem Maslak Hastanesinde robotik cerrahi yöntemle prostatektomi yapılan 153 hasta retrospektif düzeyde çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler hasta dosyaları, hastane bilgisayar arşivi ve anestezi kayıtlarından elde edilmiştir.

Bulgular:

Bir yıllık süre içerisinde toplam 153 hastaya malign prostat tümörü tanısı ile aynı cerrahi ekip tarafından robotik prostatektomi uygulandı. Hastalar ASA I- II grubu, yaş aralığı 25- 70 yıl, boy 165- 185 cm ve vücut ağırlığı 70- 100 kg idi. Standart noninvaziv ASA monitorizasyonu sağlandıktan sonra tüm hastalarda propofol ve esmeron indüksiyonunu takiben O2/ hava, sevofluran ve remifentanil ile idame gerçekleştirildi. İndüksiyonu takiben radyal arter kateterizasyonu, iki periferik venöz yol, nazogastrik sonda kateterizasyonu gerçekleştirildi. İdrar sondası cerrahi ekip tarafından steril koşullarda cerrahi saha örtüldükten sonra takıldı. Standart olarak antibiyotik profilaksi ve mide koruyucu uygulandı. Hastalar supin pozisyonda, kollar yanda kapalı, baş altı ve omuz başları desteklendi. Ameliyat maksimum Trendelenburg pozisyonunda yapıldı. Volüm kontrollü mekanik ventilasyon uygulandı, gerektiğinde basınç kontrollüye geçildi, standart olarak 3-5 cmH₂O PEEP uygulandı. Ameliyat ve anestezi idamesi sırasında hastalara anastomoz gerçekleşene kadar 300-500 ml, anastomoz tamamlandıktan sonra cerrahi sonuna kadar yaklaşık 3000 ml olacak şekilde kristalloid uygulandı. Ayrıca, idrar çıkışını desteklemek ve pozisyona bağlı beyin ödemi önlemek için anastomoz sonrasında 150 ml %20 mannitol verildi. Ameliyat sonunda ortalama 100- 200 ml idrar ve 200-400 ml arasında kan kaybı kaydedildi. Hiçbir hastada kan ve kan ürünü transfüzyonuna gerek duyulmadı. Ameliyat süreleri ortalama 4.5 - 5 saat olarak bulundu.

Sonuç:

Elde ettiğimiz veriler ile; robot cerrahisi gibi özellikli cerrahilerde, anestezi uygulamalarını standartlaştırabilmenin komplikasyonları azaltacağı kanaatindeyiz.

ANKARA GÖRÜŞMELERİMİZ

Derneğimizi temsilen 5-4-2012 tarihinde Ankara'dan Sn Yasin Yarsan, İzmir'den Sn Şükran Balkaner, Konya'dan Sn Hasan Uygur Koç ve ben Mustafa Kibar,İstanbul'dan Sn dernek Başkanımız Z.Serpil Ustalar Özgen ve Sn Esin Erkek olmak üzere altı kişilik bir ekip ile sırası ile TBMM'de AKP Şanlıurfa millet vekili Sn Mahmut Kaçar (Sağlık Sen eski başkan yardımcısıdır aynı zamanda),Sağlık bakanlığında Sağlık Eğitimi Şube müdürü Sn Alaattin Dilsiz ve Sağlık SEN genel başkanı Metin Memiş bey ile makamlarında görüşmelerde bulunduk.

Görüşmelerimizin ağırlıklı konuları anestezi teknikerliği bölümünün lisans programı olarak okutulması, mevcut meslek ve görev tanımının tanımlama ve uygulanışı arsasındaki farklılıklar, gelecekte anestezi teknikerleri, teknisyenleri, sertifikalı ve sertifikasız anestezi çalışanları hakkındaki görüşleri idi.

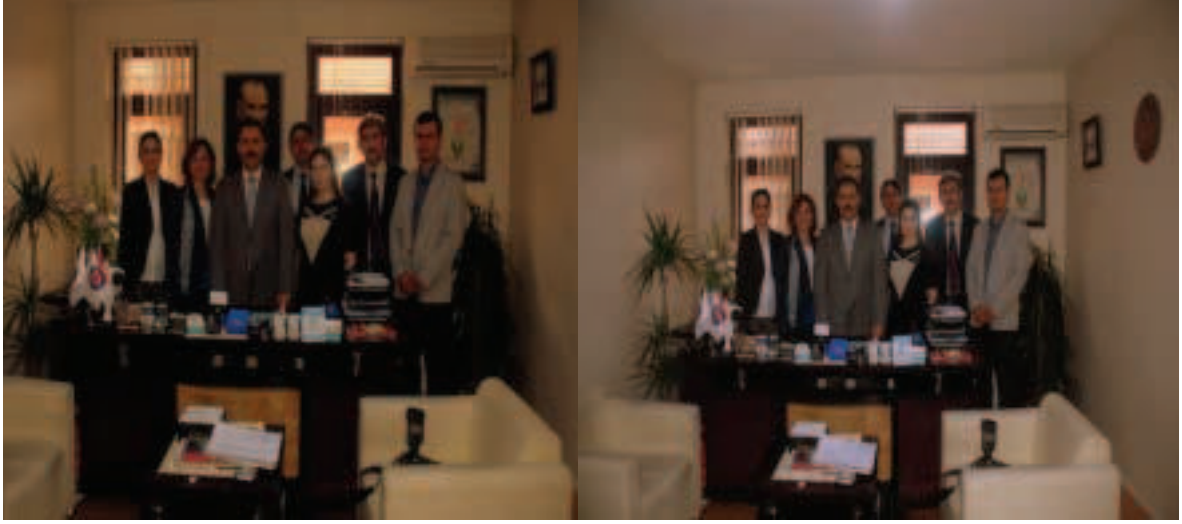
Sn.Vekil Mahmut Kaçar beye Anestezi programının lisans programı olarak okutulması konusunu açtık, kendisinden aldığımız yorum; bir sağlıkçı olarak Amerika ve Avrupa da Anestezi bölümünün homojen bir yapıdan çok her ülkenin kendi ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde örgütlendiği doğrultusunda idi. Gerçekte de Avrupa da bir çok ülkede lisans düzeyinde bir eğitim verilmiyor. Genelde hemşirelik sonrasında yoğun bakım (2yıl çalışmış olmak) tecrübesi sonrası uzmanlık olarak okutuluyor.Bir kısım ülkelerde ise bizimkine benzer iki yada üçer yıllık uygulama ve teorik ağırlıklı yüksek okul düzeyinde okutuluyor.Kendisine ülkemizde neden fakülte düzeyinde okutulması gerektiği ve pek çok ülkede nasıl bir eğitim sistemi ile okutulduğu konusunda bilgiler içeren bir dosya bırakarak ve karşılıklı iyi temennilerle bulunarak ayrıldık.

Sağlık SEN genel başkanı Sn Metin Memiş bey ile de hemen hemen aynı konularda görüşme fırsatımız oldu. Sağlık sen olarak bir çok teknikerlik bölümünün Anestezi teknikerliği bölümünü'de kapsayan ,Tıbbi Labaratuvar ,Diyaliz,Radyoloji Teknikerliği gibi bir çok bölümün lisans tamamlayabilmesi için Sağlık teknolojileri fakültesi gibi bir bölüm açılması konusunda çalışmaları olduğundan bahsetti.Kendilerine derneğimizin faaliyetleri ve çalışmaları konusunda bilgiler verdikten ve karşılıklı fikir alışverişi yaptıktan sonra karşılıklı iyi dileklerle ayrıldık.

Son olarak ise Sağlık Bakanlığın da Sn Alaattin Dilsiz Bey ile meslek tanımları,lisans konusu,sertifikalı çalışan arkadaşlar,mesleğin icrasında sahada karşılaşılan zorluklar konusunda görüşmemiz oldu.Kendisinin söylemleri meslek tanımının gayet net ve belirleyici olduğu yönünde idi.Sahadaki sıkıntıların meslektaşlarımızın görev tanımının dışında çalışmaları ve çalışmak istemelerinden kaynaklı olduğunu savundu. Lisans programı açılması yada lisans tamamlama konusunda ise çalışmaların henüz netleşmediği,ortada okutulacak bir program ve eğitim müfredatı olmadığı için bakanlığa ait bir görüşlerinin bulunmadığı yönünde idi,Yüksek Öğretim Kurumunun bu alanda program açması ve öğrenciler mezun etmesi durumunda Sağlık Bakanlığının denklik ve istihdam konusunda eğitilmiş personelin her zaman destekçisi olduğu yönünde ifadelerde bulundu.Bakanlığın hali hazırda sertifika vermediği ve ileride de böyle bir sertifikalandırma olmayacağını söyledi.Lisans ve diğer konularda tekrar görüşmek üzere randevulaşip iyi dileklerle Sağlık Bakanlığından ayrıldık.

Ve böylece ANKARA ziyaretimizi yorucu, bol tartışmalı ve bir o kadar da verimli tamamladığımızı düşünüyorum. Bu şahsi kanaatim:)

Mustafa Kibar



YARATICI YETENEKLER YARIŞMAMIZ SONUÇLANDI!!

1. ESER VE SAHİBİ : ÖZAL ERKAN DEMİR, Darende Devlet Hastanesi Anestezi Teknikeri



ÜRÜN ADI: Combine oksı-vapor maske (buhar ve oksijenin aynı anda kullanılmasını sağlayacak maske)

ÜRÜN HANGİ AMAÇLA NEREDE VE NEZAMAN KULLANILACAK:

Ürün, ameliyat olmak için anestezi almış hastaların uyandırılma safhasında iken buhar verme endikasyonu doğduğu zaman buharın daha efektif yani daha verimli verilebilmesi için tasarlanmıştır.

ÜRÜN ÖZELLİKLERİ:

1-ürün anestezi cihazındaki devrenin y konnektörü dediğimiz aparatına uyumlu hastanın solutulmasını sağlayacak bir anestezi maskesinin ön kısmında (hastanın alt dudak ve çene arasına denk gelen kısmı)bir buhar makinası hortumunun(buharın çıkışının sağlandığı) girebileceği uyumlu bir delik ile tasarlanmıştır.

2-y konnektöründen oksijen girişi sağlanıyor bizim açtığımız delikten buhar giriyor.yalnız buharın girdiği deliğe bir girişi olupta karşı tarafa (buharın girdiği yöne)dönüşü olmayan bir valf yerleştirildi.sebebi oksijen verildiği zaman veya hastanın kendi expiryum havasıyla buharın girdiği yöne temas etmemesi ve buharın akış hızının bozulmaması için tasarlanmıştır.Aynı zamanda hastanın kendi expiryumu ve içindeki karbondioksit (CO2) bu sayede tekrar oksijenin geldiği sistemden anestezi cihazına giderek oradan atılıyor ve böylece CO2 değeride yükselmemiş oluyor.

ÜRÜNÜN TASARLANMASINDAKİ HEDEFLERİ

1-Kullanılan buharın daha efektif olması

2-İş gücü

3-Konfor



ÜRÜN ADI:Askılı combine oksî-vapor maske(buhar ve oksijenin aynı anda kullanılmasını sağlayacak maske)

ÜRÜN HANGİ AMAÇLA NEREDE VE NEZAMAN KULLANILACAK:
ürün, anestezi almış hastalardan sonra ayılma ünitelerinde, yoğun bakımlarda,acil servis veya müşahadelerinde ve diğer servislerde buhar ve oksijenin bereaber verme endikasyonu görüldüğü zaman buharın daha efektif yani daha verimli verilebilmesi için tasarlanmıştır.

ÜRÜN ÖZELLİKLERİ:

1-Ürün,merkezi sistemden gelen oksijene uyumlu bir hortumun girebileceği ve aynı zamanda maskesinin ön kısmında (hastanın alt dudak ve çene arasına denk gelen kısmı)bir buhar makinası hortumunun(buharın çıkışının sağlandığı) girebileceği uyumlu bir delik ile tasarlanmıştır.

2-Ürünün üstteki delik kısmından oksijen girişi sağlanıyor, bizim açtığımız delikten buhar giriyor.yalnız buharın girdiği deliğe bir girişi olupta karşı tarafa (buharın girdiği yöne)dönüşü olmayan bir valf yerleştirildi.sebebi oksijen verildiği zaman veya hastanın kendi expiryum havasıyla buharın girdiği yöne temas etmemesi ve buharın akış hızının bozulmaması için tasarlanmıştır.

3-Bu ürün ayılma, yoğun bakım ve diğer servislerde kullanılmak üzere tasarlandığı için yani anestezi cihazının olmadığı yerlerde kullanılacak.Bundan dolayı hastanın çıkarttığı expiryum havasındaki karbondioksiti atması için bu Askılı combine oksî-vapor maskesinin sağına ve soluna tam 2cm çapında bir halka oluşturacak şekilde 2mm çapında daireye benzer minik delikler yaptık.Bu delikler sayesinde hastanın expiryumundaki karbondioksiti atılarak, hastanın karbondioksit değeri yükselmemiş olacaktır.

4-Bu ürünün, oturur pozisyonda veya yarı oturur pazisyonda kullanılmasının sağlanması için oksijen girişinin olduğu kısma o deliğin etrafına oturtturulmak üzere bir aparat yerleştirildi ve o aparat sayesinde bir sağ kulağa birde sol kulağa takılmak üzere lastik yerleştirilerek ,maskenin bu sayede iş gücünden tasarruf elde edilmiş olmasını sağlayarak, maske kimsenin yardımı olmadan hastaya takılır pozisyona getirilmiş oldu.

ÜRÜNÜN TASARLANMASINDAKİ HEDEFLERİ

1-Kullanılan buharın daha efektif olması

2-İş gücü

3-Konfor



2. ESER VE SAHİBİ (VEDAT BULCAK)

Üye Adı: Vedat Bulcak

Üye No :2

Görevi: Yedek Yönetim Kurulu Üyesi

Çalıştığı Hastane ve görevi: Acıbadem Kadıköy Hastanesi Sorumlu Anestezi Teknisyeni

Amaç:

Anestezi devresinde sıcaklık ve nem ölçebilecek bir cihaz yapmak

Kullanım alanı:

Çift ya da tek hatlı bütün anestezi devreleri, bütün anestezi cihazları

Günümüzde kullanılan anestezi cihazlarının inspiryum havasını ısıtma özelliği vardır. Bu özellik sayesinde inspiryum havası kurumaktadır. Cihaz tarafından ısıtılan hava, ortalama 150 cm olan inspirasyon hattında ilerlerken tekrar soğumaktadır. Çünkü ameliyat salonu sıcaklığı 20 C civarında olduğu için anestezi devresinin dış duvarı da bu derecelerde bulunur. Isınmış hava ısı kaybederek hastaya ulaşır. Nemlendirici filtre kullanılmadığı durumlarda cihaz tarafından kurutulan hava aynen hastaya iletilmektedir.

Şu an anestezi cihazlarının hastaya giden ve hastadan dönen havanın sıcaklığını ve nemini ölçecek bir bölümü veya bir aparatı bulunmamaktadır.

Çift hat devreler kullanırken, tek hat devrelerin yaygınlaşmaya başladığı ve verimli olup olmadığını sorguladığımız bir dönem yaşıyoruz. Tek hat satan firmalar hastanın ekpiryum havası ile inspiryum havasını ısıttığını ve nemlendirdiğini ileri sürmektedirler.

Bu tezlerini ölçebilecek cihazlar getirmelerini istedik. Labaratuvar ortamında ölçüm yapıldığını pratikte böyle cihaz bulunmadığını, sıcaklık ölçmek sorun değil ama nem ölçmek imkansız diye iletiler.

Bunu ölçmenin bir yolu vardır. Neden olmasın diyerek fikir arayışlarına başladım. Ameliyat salonlarında bulunan sıcaklık ve nemölçer cihazlarında değişiklik yaparak sonuca ulaşabiliriz diye düşündüm.

Sağlıklı sonuca ulaşabilmek için 4 adet ölçüm noktası belirledik.

1. Cihazdan çıkan havanın sıcaklık ve nemi
2. Hastaya ulaşan havanın sıcaklık ve nemi
3. Hastadan çıkan havanın sıcaklık ve nemi
4. Cihaza ulaşan havanın sıcaklık ve nemi

Cihazın ölçümleri yapabilmesi için 4 adet TFA marka sıcaklık ve nemölçer cihazı temin ettim. Bu cihazların sensörlerini dışarıya çıkartıp anestezi devresine bağlantı yapabilmek için aparat tasarladım. Resim 1 de yapılan ilk sensör tasarımları görülmektedir.



Resim 1

Yapılan ölçümlerin anlamlı sonuçlar vermesi üzerine daha da geliştirmek için çalışmalara başladım. Bu tasarımda dört sensörün sonuçlarını görebilmek için dört tanede ekran gerekmekteydi (Resim 1 de iki adet görünüyor).

Tek ekranda dört sensörden hangisinin değerlerini görmek istiyorsak onu gösterecek olan tasarıma son şeklini verdim. Resim 2 de cihazın son şekli görülmektedir.



Resim 2

Sıcaklık ve nemölçer cihazın anestezi cihazına ve anestezi devresine nasıl bağlandığı Resim 3 te gösterilmektedir.



Resim 3

ATTD IV. SEMPOZYUMUNU ANTALYADA GERÇEKLEŞTİRDİ

Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneğinin 4. semineri Antalya’ da Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde 7-8 Nisan 2012 tarihinde düzenlenmiştir. Seminere açık öğretim sınavlarına denk gelmesi sebebi ile 246 Anestezi teknisyen ve teknikerinin yanı sıra, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı öğretim görevlileri ve anestezi teknisyen ve teknikerleri ile, Acıbadem Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı öğretim görevlileri, Kadıköy Şifa Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon bölümü uzman doktorları ve Kosova’dan Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman doktorları ve anestezi teknisyenleri katılmıştır. İki gün süren seminerde açılış konuşmasını ATTD yönetim kurulu başkanı Dr. Serpil Ustalar Özgen tarafından yapılmıştır. Seminerin ilk konusu olan Postoperatif Ağrı / Sayın Prof. Dr. Tülin AYDOĞDU (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı), tarafından anlatılmış, seminere; Ağrıya Bağlı Komplikasyonlar / Doç. Dr. Arzu İRBAN (Acıbadem Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu), Postoperatif Ağrı Kontrol Ekibi ve Anestezi Teknikerlerinin Roller / Anes. Tek. Ayşegül BALÇIK (Kocaeli Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı), Ne Zaman Ekstübasyon Yapılmalı / Dr. Hüban DAYIOĞLU (Kadıköy Şifa Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü), Ekstübasyon Sonrası Solunumsal Sorunlar Tanı ve Tedavileri / Anes. Tek. Sevilay HAMOLAR (Kosova Prim. Dr. Davut MUSTAFA Prizren İl Devlet Hastanesi), Kosova’da Anestezi / Dr. Antigona HASANİ (Prishtina Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı) konuşmaları ile devam edilmiştir. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde yenilen öğlen yemeğinden sonra seminere; Sıvı Tedavisinin Komponentleri (Defisit, İdame, Replasman) / Prof. Dr. Necmiye HADİMİOĞLU (Akdeniz Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı), Özel Durumlarda Sıvı Tedavisi / Anes. Tek. Pınar GÜÇLÜ (Acıbadem Hastanesi Anesteziyoloji Bölümü), Sıvı Çeşitleri ve Özellikleri / Doç. Dr. Gülbin ARICI (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı), Hedef Kontrollü Anestezi / Anes. Tek. Şükran BALKANER (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı), hakkında bilgi edindikten sonra, Anestezi Derinliği İzlemi / Dr. Serpil Ustalar ÖZGEN (Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı) konuşması ile ilk günün oturumları son bulmuştur.

8 Nisan 2012 seminerin ikinci günü Anes. Tek. Tuba SUNGUR tarafından Anestezi Eğitim Teknisyeni Rol Modelliği Kavramı konusu anlatılmıştır. Konuşmalar sonrasında yapılan aile toplantısında meslektaşlarımızın sorunları, beklentileri ve istekleriyle birlikte bir sonraki seminer yerinin belirlenmesi ile ilgili fikir alışverişinde bulunulmuştur. Yapılan kura ile belirlenen Anestezi Bilgi Felek Yarışması’nda 3’er kişiden oluşturulan 5 takım yarışmıştır. Yarışma sonrasında takımlara ödülleri verilmiştir. Kosova’dan katılan misafirlerimizden Dr. Antigona HASANİ, Dr. Adem BYTYQI, Anestezi Teknikeri Sevilay HAMOLAR, Anestezi Teknikeri Semra KASTRATI’ ya katılımları için çok teşekkür ederiz. Ayrıca seminerde emeği geçen tüm arkadaşlarımıza, öğretim görevlileri ve hocalarımıza, uzman doktorlarımıza özellikle fedakarca bizleri Antalya’da ağırlayan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı öğretim görevlileri ve emeği geçen tüm anestezi teknikeri/teknisyeni arkadaşlarımıza çok teşekkür ediyoruz.



Derneğimizin 1. Yılıının kutlaması sırasında....



ATTD Yönetim Kurulu Başkanını dernek faaliyet rapor sunumu



Anestezi-Felek Bilgi Yarışmasında ter döken arkadaşlarımız.



Setifikalarını alan arkadaşlarımızla hatıra fotoğrafımız

ANESTEZİ TEKNİSYEN/TEKNİKERLERİMİZİN BAŞARISI

Uluslararası Anestezi Hemşireleri Birliği (IFNA) tarafından düzenlenen **10th World Congress for**

Nurse Anesthetists 2012 (WCNA) 26-29 Mayıs 2012 tarihlerinde Slovenya'nın başkenti Ljubljana' da yapıldı. Toplam 34 ülkeden 647 kişinin katıldığı bu kongrede, 17 ülkeden konuşmacıların arasında, 5 Sözlü sunum ve 1 posterle yer alan Anestezi Teknisyenleri, Türkiye'yi ve **Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği**'ni, ülkemizin ilk kez katıldığı bu organizasyonda başarı ile temsil ettiler.

Derneğimiz yönetim kurulu ve üyelerinden

- Pınar Güçlü: **Increasing the success in venipuncture with infrared light** başlıklı ingilizce sunum
- Esin Erkek: **The validation of measurement of tissue oxygenation by near infrared spectroscopy** başlıklı ingilizce sunum
- Hasan Uygur Koç: **Anesthesia management in two Arnold - Chiari malformation cases** başlıklı ingilizce sunum
- Selda Ertaş: **Standardization of anesthetic preparation and management during robotic prostatectomy operations** başlıklı ingilizce sunum
- Vedat Bulcak: **Efficiency of Single-limb Breathing Circuits (Limb-O)** başlıklı ingilizce sunum
- Samime Durmaz: **What About The Nurse Anesthetists?** başlıklı poster ile katılarak sunumlarını gerçekleştirdiler. (İsimler sunum sırasına göre yazıldı)

Dört gün süren kongrede, zor havayolu, spinal-epidural blok uygulamaları, ultrasonla damaryolu gibi çalıştayların yanısıra kadavrada periferik ve santral blok gibi ilgi çekici uygulamalar da vardı. Sınırlı sayıda katılımcının bulunduğu zor havayolu çalıştayına bütün ekip katılarak, supraglottik havayolu aletleri ve kullanımları, fiberoptik laringoskopi, domuz larinksinde kriktiroidotomi uygulamaları yapma olanağı buldular.

Amerika, Fransa, İsvec, Almanya, Kambocya, Tunus, Sırbistan, Slovenya, İspanya, Japonya, Belçika, Azerbeycan, Rusya, Norveç'ten anestezi teknisyen ve hemşirelerinin katıldığı kongrede meslektaşları ile tanışıp, mesleğin diğer ülkelerdeki durumu, teknisyenlik ve hemşirelik eğitimi konularında ve bildirileri ile ilgili konularda karşılıklı fikir alışverişinde bulunuldu.

Arkadaşlarımızı tebrik eder. Başarılarının devamını dileriz.

Mayıs 2014'te Tunus' ta yapılacak olan 11. Kongrede sunum yapmak ve bildiri ile katılmak isteyen arkadaşlarımızın çalışmalar yapmaları ve bu konuda her zaman desteklemek gerekmektedir. Ülkemizin bu kongrede de başarı ile yer alması ve derneğimizin gelecek kongrede İFNA üyesi dernekler arasında uluslararası platformda olması en büyük dileğimizdir. Türkiye ve Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği adına bu fırsatı değerlendirmek gerekmektedir.

Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneğinin başlıca amacı anestezi teknisyenlerinin eğitim kalitesini yükseltmek ve uluslararası denkliklerini sağlamaktır . Bununla teknisyenlerin kendilerine olan saygılarının ve güven duygusunun artırmak ve yurt dışındaki meslektaşları ile yarışabilecek düzeye ulaşmaları hedeflenmektedir. Bu doğrultuda derneğimiz ve anestezi teknikerleri bir ilki gerçekleştirerek Uluslararası Anestezi Hemşireleri Birliği (IFNA) tarafından düzenlenen **10th World Congress for Nurse Anesthetists 2012 (WCNA)** katılmış ve burada yaptığı sözlü ve poster bildirileri ile ülkemizi başarıyla temsil etmiştir. Derneğimiz kongrede edindiği deneyim ve görüşmeler neticesinde akreditasyon ve eğitim çalışmalarına hız vermiştir.

Sonuç olarak belirlediğimiz bu amaç ve hedefler doğrultusunda gelişen ve büyüyen ülkemize yakışan bir anestezi ekibi oluşturma gayretimiz devam edecektir.



IFNA Yöneticileri ve ATTD bir arada...



Yurtdışında bilimsel sunum yapan üyelerimiz...



Domuz larinksinde trakeostomi uygulaması yapan arkadaşlarımız



Posterlerimize ilgi büyüktü.



Yabancı meslektaşlarımıza İngilizce olarak sunumunu yapan arkadaşımız Hasan Uygur Koç.

AŞKOLSUN DR. HANIM

Anestezi teknisyeninin görev ve yetkilerini içeren, Yeni TCK 41. Madde a,b ve c bentlerinin ışığında 15 Kasım 2009 tarihli Hürriyet Gazetesi Pazar ekinde Prof. Dr. Hanım'ın yazısına tekzibe yazılmıştır.

Biz anestezi teknisyenleri olarak Dr. Hanım'a bazı hatırlatmalar yapma gereği duyduk. Çünkü Dr. Hanımın Türkiye'nin diğer yarısında yaşamadığını ya da neler yaşandığını bilmediğini düşündük. Aslında yazısının son paragrafına kadar kendisine yürekten katılıyoruz.

Anestezi teknisyenlerinin görev ve yetkilerini anlatan ilgili yasayı belirterek başlama sebebimiz, bunun tamamen devlet politikası olduğu yaklaşık 40-50 yıldır da anestezi ihtiyacının bu şekilde karşılandığını göstermek.

Kendisi üniversitede asistan ve uzmanlarıyla hastasına anestezi verirken, bizler yıllardır Anadolu'da tek başımız anestezi verdik. Patır patır da hastalarımız ölmedi. Bir anestezi uzmanının başına neler geldiyse bizim de başımıza onlar geldi.

Evet,anestezi hekim işidir,doğrudur

Sorun; bizimde emeğimizin görülmezden gelinmesi ve anestezi teknisyenlerinin karalanarak bu işe karşı çıkılması.

Bazı anestezi uzmanların, biz teknisyenlerin neler yaşadığını bilmeden, düşünmeden açıklamalar yapması bizleri derinden yaralıyor.

Devlet Hastanelerinde ve Özel Hastanelerde

-Dr. Hanım bilmez mi ki, anestezi uzmanı ve teknisyen hastayı uyutur ,teknisyen takip eder, uyandırır. "Evet sorumluluk anestezi uzmanınınındır."

-Dr. Hanım bilmez mi ki, bizler ucuz iş gücüyüz; devlet hastanesi ya da özel hastanelerde normal fiyatından % 80 daha ucuza yaptırdı bu işi..

-Dr. Hanım bilmez mi ki, entübasyonlu-ambulu bir hastanın küçük yerden büyük yere ambulansla nakledilmesi işinin yıllarca bir ambulans şoförü ve bir anestezi teknisyeninin omuzlarına kaldığını.

-Dr. Hanım bilmez mi ki,riskli hastaları uyutamayacağımızı söylediğimizde cerrahların;teknisyenlere " sorumluluk ben de uyut" diyerek emrettiklerini.

-Dr. Hanım bilmez mi ki, annelerimiz bize bir tencere yemeği emanet edemezken 18-19 yaşlarında yeterlidir sertifikaları kollarımızın altına tutuşturularak (hem de anestezi hocaları tarafından) devletin yıllarca ölüm-kalım çizgisindeki hastaları emanet ettiğini.

-Dr. Hanım bilmez mi ki, 30-40 bin nüfuslu bir ilin (içinde yaşadığı insanların) canını anestezi ve resüsitasyon açısından bir ya da birkaç teknisyene emanet edildiğini. Yani yıllarca resüsitasyonu bilmeden atanan pratisyen hekimlerin işini bizim yaptığımızı.

Evet biz de biliyoruz yıllardan beri yaptığımız işin bir hekim işi olduğunu, bu nedenle kendimizle gurur duyuyoruz ve ‘‘ iki yıl eğitim alan tekniker veya hemşireler tarafından anestezi verilmesine kesinlikle karşıyım’’ gibi teknisyenlere olan güveni sarsacak bir ifadeden ziyade takdire şayan bir iş yaptığımızın belirtilmesini istiyoruz.

Çünkü biz devlet tarafından bu işi yapmak zorunda bırakılmamıza rağmen bu işi yaparken manevi ve mesleki doyuma ulaşmanın yanı sıra yüksek vicdani sorumluluklarımızla yaptık. ‘‘ Sorumluluk bizde’’ deyip, hastayı bırakmadık. Maddi doyumları hiç dikkate almadık. Ömrümüzden ömürler giderek bu işi yapmaya devam ettik. Çünkü yapacak başka kimse yoktu zaten.

Bu nedenle sizler ne düşünürseniz düşünün biz teknisyenler büyük bir iş başarıyoruz, elimize yüzümüze de bulaştırmadık.

Kendimizi bu ülkede anlatamadığımız gibi belli ki, anestezi otoritelerinden olan Prof. Dr. Hanım’ a da anlatamamışız.

Şişli Etfal Hastanesi Anestezi Teknisyenleri

ATTD YÖNETİM KURULU BAŞKANIMIZIN MEDİHABER RÖPORTAJI

Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği



Sağlık Mesleklerin gelişimi adına dernekleri ve mesleklerini tanıttığımız sayfamızda Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği Başkanı Uzm Dr. Serpil Ustalar Özgen’le ile özel röportajımızı gerçekleştirdik.

Derneğiniz hangi amaçla kurulmuştur?

Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği (ATTD), anestezi teknisyenleri ve teknikerlerinin mesleki gelişimine katkıda bulunmak, akademik çalışmalarda bulunmak, ve toplumun sağlığı açısından menfaatine olacak her türlü faaliyeti destekleyecek çalışmalar yapmak amacıyla kurulmuştur.

Dernek olarak çalışmalarınız ne aşamada, hedeflediğiniz kitleye ve amaçlara ulaşabildiniz mi, kaç üyeniz bulunmaktadır?

Sağlık Bakanlığı ve Yök tarafından hazırlanan ‘Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Ocak 2011 raporuna göre sağlık meslek liselerinin anestezi bölümü 1987-88 de ilk mezunlarını veriyor, 28 kişi. Ancak bu sayı 1999-2000 yılında 811’ lere ulaşıyor. Aynı rapora göre önlisans Mezunları anestezi / anestezi teknikerliği bölümü 1986-87’da ilk mezunları 29 kişi. 2008-09 yılı mezunları ise 352 kişi. Bu rapora göre toplam mezun 2009 sayılarına göre 5173 kişi. Bu hedef kitemize olabildiğince ulaşmaya çalışsak da şu anda üye sayımız 266’larda. Giderek artmasını bekliyoruz, henüz kurulalı 8 ay oldu. Amaçlarımızı olabildiğince hızla gerçekleştirmeye çalışıyoruz.

Dernek olarak bugüne kadar yapmış olduğunuz faaliyetlerden kısaca bahsedermisiniz?

Derneğimiz 05 Nisan 2011 de 7 kurucu üye ile faaliyet göstermeye başlamıştır. Mayıs 2011 de Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Mezuniyet Sonrası II. Eğitim Semineri gerçekleşmiştir. Ağustos 2011 de 85 üyemizin katılımıyla ilk sosyal etkinliğimiz Tekne Turu eşliğinde İftar Yemeği organizasyonu gerçekleşmiştir. Kuruluşundan 6 ay sonra Ekim 2011 de 91 üye ile ilk genel kurulumuzu yaptık ve şu an görevdeki yönetim kurulumuzu seçtik. 25-26 Kasım 2011de ise Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nden üyelerimizin katkılarıyla ve çok özverili çabalarıyla Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri III . Eğitim Seminerini düzenlenmiştir. Ankara , Denizli , Kütahya , Adana , Antalya , Kocaeli , Bolu , İzmir , Trabzon , Samsun , Isparta , Bursa , Afyon illerinden yaklaşık 300 kişilik katılım ile toplantı sonucu katılımcıların istek ve sıkıntılarına yer verilmiş olup 4. eğitim toplantısının Nisan 2012 de yapılması kararlaştırılmıştır.



Dernek faaliyetlerinizde ve projelerinizde meslektaşlarınızdan aldığınız geri bildirimler nelerdir?

Eğitim seminerlerimizde meslektaşlarımızla görüşme ve geri bildirim alma şansımız oldu. Seminerlere giderek artan ilgi ve katılımcı sayısından bu seminerlere çok gereksinim olduğunu görüyoruz. Bu derneğin yıllardır kurulmasını ve böyle bir birlikteliği çok uzun zamandır bekledikleri bilgisini alıyoruz. Herkes o kadar ilgili ve memnun ki katılımcılarımızın enerjisine yetişememekten korkuyoruz.

Mesleğinin sorunları ve dernek olarak bu sorunlara çözüm önerileriniz nelerdir?

Öncelikle mesleki ve mezuniyet sonrası eğitimle ilgili sorunları var, ki bunu yılda en az iki eğitim semineri ve iki yılda bir kongre düzenleyerek telafi etmeyi amaçlıyoruz. Ayrıca belirlenen bazı özellikli konularda kısa süreli çalıştaylar düzenleyerek eğitimi ve kalitesini artırmayı amaçlıyoruz. Sağlık Bakanlığı ile ilgili, destek, kadro, doğru kadroda çalıştırılma, özlük hakları, eğitime uygun görevlendirilme, eğitimin kalitesinin artırılması gibi sorunlarımız hakkında görüşmeler planlanıyor. Ayrıca YÖK ile de lisanslarımızı kendi alanımızda tamamlama, lisanüstü eğitimin önünün açılması ve bu konuda programlar hazırlanarak uygulamaya geçirilmesi konularında görüşmek istiyoruz. Mesleğimizin yurtdışı muadilleri ne durumda ve neler yapıyor, bunları görüp inceleyebilmek için yurtdışı toplantılar katılmayı amaçlıyoruz. Mesleğimizin saygınlığı, tanıtılmasında sorunlar var,öyle ki ve kadroları bile kendi adını değil ‘Sağlık teknikeri’ ünvanını taşıyor, diğer teknikerlerin durumlarına uygun iyileştirmeleri mevcutken Anestezi teknisyen ve teknikerleri ameliyathane gibi koşulları hiçbir yere benzemeyen zor şartlarda çalıştıkları halde herhangi bir mesleki tazminat, iyileştirme veya motivasyon almamaktalar.

Türkiye’de mesleğiniz ile ilgili eğitimi süresi ve müfredatı sizce yeterlimi? Daha ideal bir eğitim için neler yapılabilir?

Yaşları 20-46 arasında değişen 1,5 ay – 28 yıl mesleki deneyime sahip 54 teknisyen ve teknikerle yaptığımız bir çalışmaya göre (ANESTEZİ TEKNİKERLERİ DURUMLARINDAN MEMNUN MU? Z.S. USTALARÖZGEN(1), F. TORAMAN(1), E. AKSOY ERKEK(2), S. DURMAZ(2), A. ÖZŞAHİN (3) N.BAYKAN (1) ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ABD (2) ACIBADEM KADIKÖY HASTANESİ ANESTEZİ TEKNİKERİ (3) MARMARA ÜNİVERSİTESİ MESLEKYÜKSEKOKULU ACİL TIBBİ TEKNİKERLİĞİ BÖLÜMÜ) anestezi teknisyen ve teknikerlerin %68’i okulda aldığı eğitimi meslek yaşamı için yeterli bulmuyor, %77’si meslek yüksekokulu eğitiminin en az 4 yıl olmasını istiyor, %74’ü lisans tamamlayabilmeyi, %81’i lisansüstü eğitim yapabilmeyi istiyor, %72’si yabancı dili ayrıca bir hazırlık sınıfında öğrenmek istiyor, %48’i çalışma koşullarını olumsuz buluyor. Bu meslek grubunun sorunlarını dile getirmek ve olabildiğince çözümler üretmek amacıyla Derneğimiz 05 Nisan 2011’de kurulmuştur. Bu minik anketten de anlaşılacağı gibi anestezi teknisyen ve teknikerleri aldıkları mesleki eğitimi sahada çalışmak için yeterli bulmuyor. Kendini risk altında hissediyor. Önlisans mezunu olmayı yeterli bulmuyor ve ebe/hemşirelik veya başka ilgili olmayan alanlar dışında Anestezi ilie ilgili alanlarda lisans tamamlamayı ve lisans mezunu olmayı hatta lisansüstü eğitim almayı istiyor. Şu anda üniversitemizde ideale yakın

bir eğitim vermeyi amaçlıyoruz ancak lisans eğitimi verebilsek, isteyen öğrencilerimizin eğitimine anestezi alanında bir lisans programı ile devam etme şansımız olsa, bu öğrencilerimizden lisansüstü yapmak isteyenlere imkan tanıyabilsek çok daha ideal bir sistem haline gelebiliriz. Sadece sayıyı artırmak amaçlı kısa süreli kurslarla anestezi teknikeri yetiştirerek hem hastaları riske atıyoruz hem de bu kursu alıp çalışmak zorunda kalan arkadaşlarımızı çok zor ve riskli durumlarda bırakıyoruz.

Meslektaşlarınızın çalışma şartları ile ilgili yaşadığı sıkıntılar nelerdir? Sağlık Bakanlığının alanınızla ilgili politikalarını genel olarak kısaca değerlendirir misiniz?

Eğitimlerini tamamladıktan sonra birden bire çok yoğun ve birikimlerinin üzerinde bir çalışma düzeni içerisine giriyorlar. En büyük yakınmaları, çok severek çalışmalarına karşın ameliyathane gibi şartları oldukça yoğun riski oldukça yüksek, üstelik bazı ameliyatlarda çok yoğun radyasyona maruz kaldıkları, çok stresli, gergin ortamlarda, çoğu kez kendi ihtiyaçlarından fedakarlık yaparak çalışıyorlar. Kendileri gibi çalışan ameliyathane hemşirelerinin çoğu yerde belli tazminatları olsa da anestezi teknisyenleri ve teknikerleri bu konuda hiçbir tazminat ya da iyileştirme almamakta, konusunu da dahi edememekteler. Ayrıca pekçok konuda iyi yetişmiş olduklarından, acil durum deneyimleri ve becerileri fazla olduğundan, bazen ameliyathane dışında acillerde ve ambulanslarda görevlendiriliyorlar ki, bu durum yetiştiriliş amaçları dışında uygun olmayan biçimde kullanılmaları demek ve bu motivasyonlarını ek olarak düşüren bir çalışma biçimi. Anestezi teknisyen ve teknikerleri de çok değerli ve cefakar hemşirelerimiz kadar sayıca azlar, değerliler ve çalışma koşullarına uygun motivasyonlara ve çok daha iyi eğitim programlarına ihtiyaçları var. Ayrıca kadro atamalarında da sıkıntılar yaşanıyor.

Sağlık Meslek Mensupları Birliği Kanun tasarısı hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Sizce meslek odaları kurulmalı mıdır?

Bir tür Sağlık Meslek Meclisi gibi bir şey öngörülüyor. Avrupa Birliği standartları için bir tür akreditasyon amaçlı zaten varolanın yaygınlaştırılıp zenginleştirilmesi ve uygun, haklı ve yerinde amaçlar için kullanılması halinde meslekte kargaşaya bir düzenleme getirebilirse çok iyi olur. Sadece belli grupların idaresinde kalır, adalet ve etik gözetilmezse sıkıntı olabilir.

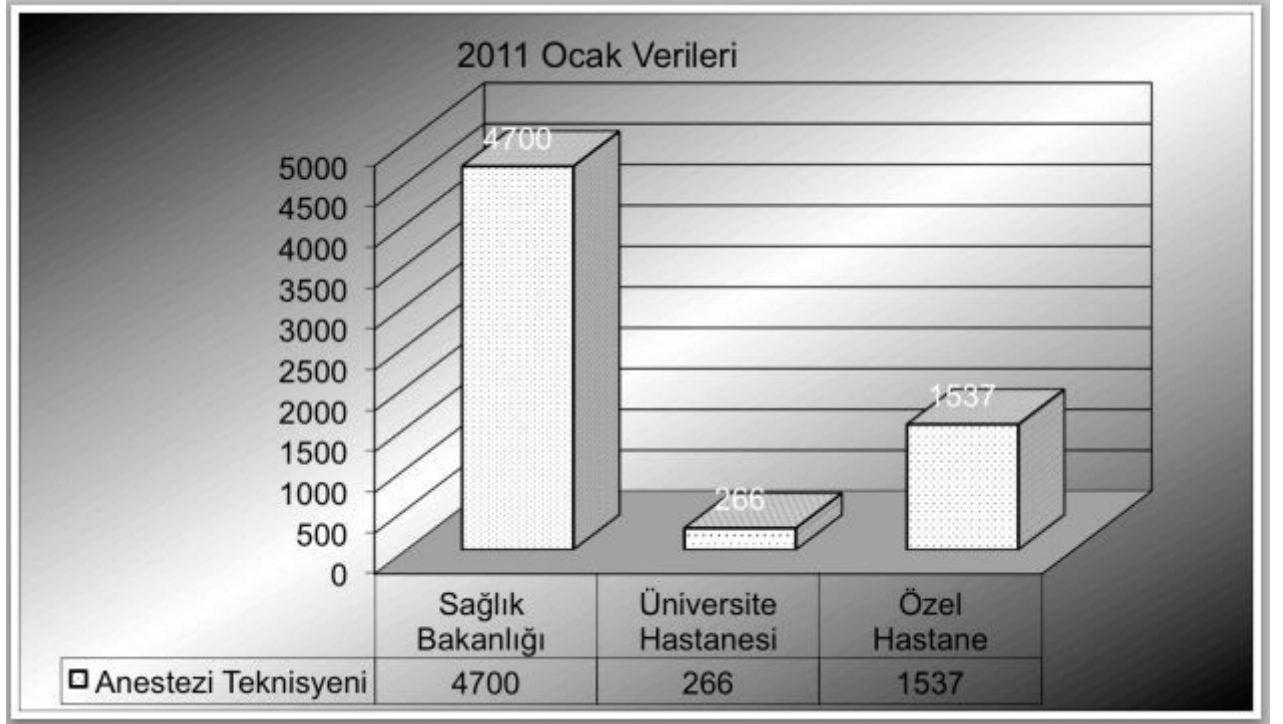
Dernek olarak düzenlediğiniz bilimsel çalışmalar ve sempozyum/kongreler nelerdir?

Derneğimiz 05 Nisan 2011’de kurulmuştur. Kuruluşundan önce Kasım 2010 da çeşitli illerden 200 meslektaşımızın katılımı ile Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Mezuniyet Sonrası Eğitim Semineri I düzenlenmiş olup toplantı sonunda derneğin altyapısını oluşturmak ve

meslektaşlarımızın görüş ve önerilerine yer vermek amacıyla bir aile toplantısı düzenlenmiştir. Derneğin kuruluşunda yer almak isteyen kurucu üyelerimiz bu toplantı ile belirlenmiştir. Derneğimiz 05 Nisan 2011 de 7 kurucu üye ile faaliyet göstermeye başlamıştır. Mayıs 2011 de Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Mezuniyet Sonrası II. Eğitim Semineri gerçekleşmiştir. 25-26 Kasım 2011 de ise Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nden üyelerimizin katkılarıyla ve çok özverili çabalarıyla Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri III . Eğitim Seminerini düzenlenmiştir. Ankara , Denizli , Kütahya , Adana , Antalya , Kocaeli , Bolu , İzmir , Trabzon , Samsun , Isparta , Bursa , Afyon illerinden yaklaşık 300 kişilik katılım ile toplantı sonucu katılımcıların istek ve sıkıntılarına yer verilmiş olup 4. eğitim toplantısının Nisan 2012 de yapılması kararlaştırılmıştır.

Mesleğinizde mezun sayısı kaçtır? Sizce bu sayı yeterlimi, eksik veya fazla ise neler yapılmalıdır?

Sağlık Bakanlığı ve YÖK tarafından hazırlanan 'Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Ocak 2011 raporuna göre sağlık meslek liselerinin anestezi bölümü 1987-88 de ilk mezunlarını veriyor: 28 kişi. Ancak bu sayı 1999-2000 yılında 811' lere ulaşıyor. Aynı rapora göre önlisans Mezunları anestezi / anestezi teknikerliği bölümü 1986-87'da ilk mezunları 29 kişi. 2008-09 yılı mezunları ise 352 kişi. Bu rapora göre toplam mezun 2009 sayılarına göre 5173 kişi. Bu sayı yeterli değil, çünkü 100 000 kişiye 8.96 Anestezi teknisyen ve teknikeri düşüyor. Bu durumda mezun sayısını artırmak için okullar açmak tek çözüm olmamalı, ayrıca bu okullarda eğitim kalitesi de göz önünde bulundurulmalı, sayıları yanında kalifiye Anestezi teknisyen ve teknikerleri yetiştirilmeli. Ayrıca mezunlarımız, hastanelerde 'ihtiyaç olan herhangi bir birimde' değil, yetenek, bilgi, beceri ve eğitimleri gereğince anestezi uygulamalarının yapıldığı alanlarda uygun biçimde değerlendirilip çalıştırılmalı. Bazı durumlarda kısa süreli kurslar ile anestezi teknikeri yetiştirilip kadro veriliyor ki biz iki senelik eğitimi yeterli görmezken bu iyice kaliteyi düşüren bir durum.



Mezunların iş bulma olanakları ve çalışma alanları ve nerelerdir? Sağlık Bakanlığı'nda branşınızdan alım sayıları yeterli mi?

Daha önce de bahsettiğimiz Sağlık Bakanlığı ve YÖK tarafından hazırlanan Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü raporuna (Ocak 2011) göre aşağıdaki sayıları paylaşmak isterim. Bu sayılara bakıldığında Sağlık alanında bu konuda da çok tamamlanması gerekli pekçok görev olduğu görülmektedir. Her yıl giderek artan Anestezi Teknisyeni ve teknikerlerimizin, hem çalışma alanları hem de beceri, istek ve memnuniyetleri göz önüne alındığında meslek kalitesinin, bilgi ve görgü düzeyinin artırılması yanısıra çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve bu farklı donanımlara sahip anestezi teknisyen ve teknikerlerimizin kendi alanlarında etkin görev yapabilmeleri için elimizden gelenleri yapmayı amaçlıyoruz.

Sağlık Alanında Önlisans Eğitimi Veren Kurumlardaki Mezun Sayıları şöyledir: Sağlık Teknikeri, Sağlık Teknisyeni ve Diğer Sağlık Personelinin Kurumlar İtibariyle Sayısal Dağılımı

Kurumlara göre anestezi uzmanı dağılımı

Sağlık bakanlığı	1725
Üniversite	460
Özel	1023
Toplam	3208
100000 kişiye düşen (Avrupa ortalaması 14.9)	4.42

Kurumlara göre anestezi teknisyeni/teknikeri

Sağlık bakanlığı	4700
Üniversite	266
Özel	1537
Toplam	6503
100.000 kişiye düşen	8.9

Sağlık bakanlığının bu konuda alımları artırmakla beraber mezunların tümünün sağlık bakanlığında istihdam edilmeleri mümkün olamayacağına göre özel hastanelerde de çalışma koşulları ve özlük haklarının düzenlenmesi, iyileştirilmesi ve Sağlık Bakanlığında da kadrolarının ‘Anestezi Teknisyen ve teknikeri’ olarak düzenlenmesi gerekmektedir.

Dernek olarak meslektaşlarımızdan beklentileriniz nelerdir?

Dernek çok uzun yıllar sonra kurulabildi, bu yüzden çok değerli, ve ancak üyelerini gayreti, birlikteliği, elele vererek çalışması ile ayakta kalabilir. Bu yüzden tüm seminerlerimize, toplantılarımıza olabildiğince katılımcı olmalarını, yapabiliyorlarsa aktif roller almalarını istiyoruz. İlk seminerler İstanbul’da idi, üçüncüsü Konya’da ve çok keyifle gerçekleşti, dördüncü için Antalya’dan teklif aldık, değerlendiriyoruz. Bu tür talepler bizi çok sevindiriyor, olabildiğinde uzak köşelere ulaşmak istiyoruz ki sorunlardan haberdar olalım. Henüz emekleme aşamasında olsa da dergimizin ilk sayısı çıktı, ikincisinin hazırlıkları devam ediyor. Şu anda henüz tam istediğimiz düzeyde olmasa da dergimizin bilimsel içeriğini gün geçtikçe artırmayı planlıyoruz. Bu dergimize tüm üyelerimizin katılımını, yazılarını bekliyoruz. Dergimize yavaş yavaş yazılar yollamaya başladılar. Kocaeli ekibi bu konuda çok hevesli ve fedakarca işi yürütüyorlar <http://www.anestezitek.org.tr/> olarak web sayfamızı düzenledik ve verilerimizi girmeye başladık, duyuru ve faaliyetlerimizi, eğitim seminerlerimizde yer alan bildirimlere üyelerimiz web sitesinden ulaşabiliyorlar. Bu siteyi takip etmelerini ve faaliyetlere katılmalarını bekliyoruz.

Beklenen sayılara bir iki yıla dek ulaşabileceğimizi düşünüyorum. Dernek üyelerimiz gerçekten çok hevesli ve çalışmaya istekliler. Eğitim seminerlerimizden çok yarar gördüklerini belirtiyorlar . Yönetim kurulu olarak bazı çekirdek komisyonlar oluşturduk, üyelerimizin kendilerine uygun komisyonlara katılarak çalışmalarını ve komisyonları ve bizi çalıştırmalarını bekliyoruz.

Dernek olarak kısa ve uzun vadeli hedeflerinizden bahsedermisiniz?

Her yıl giderek artan Anestezi Teknisyeni ve teknikerlerimizin, hem çalışma alanları hem de beceri, istek ve memnuniyetleri göz önüne alındığında meslek kalitesinin, bilgi ve görgü düzeyinin artırılması yanısıra çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve bu farklı donanımlara sahip anestezi teknisyen ve teknikerlerimizin kendi alanlarında etkin görev yapabilmeleri için elimizden gelenleri yapmayı amaçlıyoruz. Mesleki sorunlar arasında ilk sırada lisans tamamlama ile ilgili sorunlar ve eğitimlerinin yeterli olmayışı, tam olarak yetişmeden çok yoğun çalışmaya başlama ve pekçok yerde bu çalışmanın manevi veya maddi karşılığını alamama gibi sorunlarımız var. Eğitim seminerleri ve seneye yapmayı planladığımız kongre gibi etkinliklerle bu eksiklikleri biraz olsun kapatmayı hedefliyoruz. Ancak bu konuda Dernek'in de maalesef 20TL üyelik aidatı dışında bir geliri veya başka merkezlerden desteği olamıyor , karşımıza hep Sağlık Bakanlığı ile ilgili engeller çıkıyor. Anestezi Teknisyen ve teknikerlerinin yaralanabileceği çok fazla kaynak olmaması nedeniyle bu konudaki açığı kapatmak üzere devam etmekte olan bir kitap projemiz var. Sağlık bakanlığı ve YÖK ile eğitim ve lisans tamamlama ile ilgili sorunlar ile ayrıca derneğimizin tanıtılması ve destek alınabilmesi konusunda görüşmeler planlandı. Yurtdışındaki muadillerimizin çalışmalarını izleyerek bilgi, görgümüzü artırmaya, eksikliklerimizi tamamlamaya çalışıyoruz. Yurtiçinde üye sayımız belli oranalra ulaştığında şubelerimizi açmayı planlıyoruz. Ayrıca yurtdışı kongre ve toplantılarda da derneğimizi temsil edeceğiz. Ayrıca yurtiçinde ve yurtdışında bazı yardım kuruluşların(TİKA, AKUT gibi) faaliyetlerine dernek olarak katılabilmek için girişimlerde bulunacağız.

Medihaber olarak sizlere, derneğimize göstermiş olduğunuz ilgi ve destekten ötürü çok teşekkür ediyoruz, iyi çalışmalar diliyoruz.

Uzm Dr. Serpil Ustalar Özgen

Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği

Genel Başkanı

PRON POZİİYONDA VİDEOLARINGOSKOP İLE ENDOTRAKEAL ENTÜBASYON

Anes.Tek. Önder TOPBAŞ, Anes. Tek. Sema ERDOĞAN, Anes.Tek. Tülay AYDIN,

Yard. Doç Dr Alparslan KUŞ, Prof Dr Kamil TOKER

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş:

Genel anestezi indüksiyonunda hastanın pron (yüzüstü) pozisyonunda olması zor maske ventilasyonu ve neredeyse imkansız direkt laringoskopi nedeniyle tercih edilmemektedir. Genellikle pron pozisyonunda ameliyat olması gereken hastaların supin pozisyonunda (sırt üstü) anestezi indüksiyonları ve endotrakeal entübasyonları yapıp havayolu güvenliği sağlandıktan sonra yüz üstü çevrilerek ameliyatları gerçekleştirilmektedir. Ancak sırt bölgesi yaralanmaları nedeni ile supin pozisyonunda sağlık kuruluşlarına başvuran ve/veya nörolojik yaralanmalara sebep olmamak amacıyla hasta pozisyonunun korunması gereken durumlarda pron pozisyonunda hava yolu güvenliğinin sağlanması gerekebilmektedir.

Sağda Lomber 4 vertebra korpusu düzeyinde paraspinal alandan spinöz proçes komşuluğundan giren yabancı cisim (Ekmek bıçağı ile bıçaklanma) ile hastanemize başvuran hastada anestezi indüksiyonu ve endotrakeal entübasyon uygulamak zorunda kaldığımız olgumuzu paylaşmak istedik.



Olgu



39 yaşında, erkek ve 90 kg olan hasta 18. 04.2012 tarihinde, Lomber 4 vertebra korpusu düzeyinde paraspinal alandan spinöz proçes seviyesinden kesici delici alet (Ekmek bıçağı) yaralanması nedeni ile hastanemiz acil servisine baş vurmuştur. Hastada nörolojik yaralanma olabileceği düşünülerek alet yara yerinden çıkarılmamıştır. Şiddetli ağrı şikayeti olan hastanın radyolojik değerlendirilmesi yapılmıştır.

Yüzüstü pozisyonunda acilen ameliyathaneye alınan hastanın nörolojik yaralanmaya sebebiyet verebilmesi nedeni ile hastanın pozisyonunun değiştirilmemesi gerektiği cerrahi ekip tarafından bildirilmiştir. Yüz üstü pozisyonunda yatan hastada, anestezi uygulaması öncesi video

laringoskop ile entübasyon için gerekli hazırlıklar yapıldı. Bilinci açık hastanın kan basıncı 130/70 mmHg, kalp hızı 103 atım (bpm), oksijen saturasyonu % 100 di. Hastanın nörolojik muayenesinde bir problem yoktu. Yüz üstü yatan hastanın başı yana çevrilerek ventilasyonu değerlendirilmesi ve ağız açıklığı kontrolleri yapılmıştır. Hasta 3 dakika süre ile 100% oksijen solutarak preoksijenisasyonu sağlanmıştır. Hastanın indüksiyonu, 6 mg/kg thiopental yapıldıktan sonra hastanın video laringoskop ağız açıklığı, uvula ve epiglot gözlemlendi. 0,8 mg/kg esmeron ile kas gevşemesi sağlandı. Baş yan pozisyonunda ventile edildi. Hastanın alt çenesi aşağıya çekilerek video laringoskop kaşığı ağız içersine yerleştirildi. Video laringoskop monitörü yardımı ile endotrakeal entübasyon tüpü izlenerek hasta entübe edildi. Anestezi idamesi % 2 sevofluran ve % 66 azot protoksit ile sağlandı. Lomber 4 laminasındaki fascia açılıp bıçak çıkarılarak. Paravertebral künt adale disseksiyonu yapıldı. Fascia kapatıldı. Ameliyat sonunda hasta 0.025 mg/kg neostigmine ve 0,0125 mg/kg atropin yapılarak. Ekstübe edildi. Hastada ameliyat sonrası bir problem yaşanmadı. Post-op 2. günde taburcu edildi.

Tartışma

Pron pozisyonunda anestezi indüksiyonu standart hasta pozisyonu olmamakla birlikte, zor maske ventilasyonu ve zor endotrakeal entübasyon ile ilişkili olabilmektedir.

Fiberoptik entubasyon ve supraglotik hava yolu gerec kullanımı tanımlanmış ve uygulanmıştır

Tercih edilecek yöntemler, Fiberoptik bronkoskop ile uyanık entübasyon, direk laringoskopi, video laringoskopi olarak sıralana bilir. Uyanık Fiberoptik entübasyon özel ekipman ve trakeal sinir blokları gerektirmesi nedenleriyle ilk seçenek olarak düşünülmemiştir. Uygulayıcının görüş açısının uygun olmaması nedeni ile direk laringoskopi düşünülmemiştir. Video laringoskopi ile entübe etmenin daha kolay ve daha az riski olacağı düşüncesi ile video laringoskop kullanılan olgu sunumudur.





Sonuç:

Zor hava yolu yönetimi için birçok farklı gereçler vardır. Bunlardan bir tanesi de Videolaringoskop kullanımıdır. Yüzüstü yatan ve hareket ettirilmemesi gereken hastalarda hava yolu güvenliğinin sağlamak için video laringoskop kullanılarak entübasyon yapılması etkin bir yöntem olarak değerlendirilebilir.

POSTOPERATİF AĞRI KONTROL EKİBİ

Postoperatif ağrı, cerrahi travmaya bağlı olarak ortaya çıkan, doku iyileşmesiyle giderek azalan, tedavi edilmezse kronikleşme potansiyeli taşıyan akut bir ağrıdır.

Gelişen Tıp ve Anestezi dünyasında, postoperatif ağrının kontrol altında tutulması zorunlu hale gelmiştir. Birçok teknik ve yöntem geliştirilmiş (bloklar, kateterizasyon, çeşitli analjezikler), özel cihazlar (hasta kontrollu analjezi cihazlar) kullanıma sunulmuştur. Bütün bu gelişmeleri bir düzen içerisinde takip edecek, gerekli bilgi ve deneyime sahip personel gereksinimi ortaya çıkmıştır. Bu talebi karşılamak için 1976 yılında akut ağrı servisi kurulması önerilmiştir. İlk akut ağrı servisi 1985 yılında kurulmuştur. Günümüzde bu ekip Postoperatif Ağrı Kontrol Ekibi (PAKE) olarak adlandırılmaktadır.

Bu ekip; anestezi hekimi, cerrahi hekim ve anestezi teknikerinden oluşmaktadır. Ekip liderliğini, gerek anesteziğin farmakolojisi, ağrının patofizyolojisi hakkında bilgi birikimi gerekse ağrı tedavisinde kullanılan epidural analjezi, periferik sinir blokları uygulanmasındaki deneyimleri nedeniyle anestezi hekiminin yapması uygun görülmüştür. Bu ekibin başarısında ekip elemanlarının bilgi ve deneyimi çok önemlidir.

Postoperatif ağrı kontrol ekibi elemanları, 24 saat ulaşılabilir durumda olmalıdır. Ekibin işbirliği içinde koordineli çalışması gerekir. Cerrah ve hemşirelerle işbirliği mutlaka sağlanmalıdır.

PAKE

Amaçları :

- Etkili ve güvenli bir ağrı yöntemi sağlamak
- Etkin postoperatif analjezi sağlamak
- Hastaların korkularını ve endişelerini azaltmak
- Postoperatif komplikasyonları minimuma indirmek
- Erken mobilizasyon sağlamak
- Hasta konfor ve memnuniyetini arttırmaktır.

Görevleri :

- Hasta ve yakınlarını bilgilendirmek
- Postoperatif analjezi etkinliğini takip etmek
- Yapılan tüm işlemleri kayıt altına almak
- Hasta geri bildirimlerini kayıt etmek
- Cihaz ve ekipmanları kullanıma hazır bulundurmak
- Ekip içerisindeki koordinasyonu sağlamak
- Eğitim programlarını güncellemektir.

Yapılan çalışma sonuçları ;PAKE nin kurulması ve kurallarının uygulanması bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini arttırdığını ortaya koymuştur.

Werner MU, Soholm L, Rotboll-Nielsen P: Anesth Analg 2002;95:1361-137

Kişisel ağrı şiddetini ve analjezik ihtiyacını önceden tahmin etmek imkansızdır. Ağrı şiddeti, ameliyatın büyüklüğüne göre değil, hastanın algıladığı biçimde değerlendirilmelidir. Hastayı sorgulayan sorular basit ve kısa olmalıdır. Sözel ve görsel ağrı skalalarından yararlanılmalıdır.

Genel olarak, erken postoperatif dönemde 2 saatte bir, ilk 24 saatte 4 saatte bir, ikinci 24 saatte 6 saatte bir değerlendirme önerilmektedir. Ağrı değerlendirmesi; hem yatar pozisyonda, hem de hareket halinde ve sık aralıklarla yapılmalıdır. Yapılan bu değerlendirmeler takip formuna eksiksiz kayıt edilmelidir.

Takip formu; çabuk ve kolay değerlendirme yapılmasını sağlayan bir araçtır. Formlarda; hasta bilgileri, ilacın veriliş saati, ağrı şiddeti, tedavi planı, yapılan girişimler, tedavinin etkileri ve öneriler bölümü mutlaka bulunmalıdır.



PAKE nin Temel Uygulamaları

Postoperatif ağrı kontrol ekibi kurulan hastanelerde;İ.V ve epidural hasta kontrollu analjezi (HKA) uygulaması etkin rol oynamaktadır.

HKA;Hastanın bir infüzör pompa aracılığı ile kendine istediği zaman belirli bir kilitli kalma aralığında,önceden belirlenen miktarda analjezik enjekte etmesidir.

Postoperatif ağrı tedavisinde HKA yöntemlerinin en etkin analjeziyi sağladığı ve morbidite üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir.

Ekibin Karşılaşabileceği Problemler

- İlaçların yanlış yolla verilmesi
 - Cihazların yanlış ayarlanması veya arızalanması
 - Hasta veya yakınının cihaz ayarlarına müdahale etmesi
- Bu problemler,

- Düzenli aralıklarla takip
- Hasta ile iletişim ve bilgilendirme
- Maksimum dikkat ile minimuma indirilebilir.



PAKE Takibinin Olumlu Etkileri

- Hastalara daha karmaşık yöntemler uygulanmasına rağmen hastanede kalış sürelerinin kısaldığı
- Tedaviye bağlı bağlı komplikasyonların en aza indirildiği
- Postoperatif kaşıntı, bulantı ve kusmada belirgin azalma olduğu gözlenmiştir.

Sonuç olarak;

1. Postoperatif ağrı kontrolü her hastanın hakkı, her hekimin görevidir.
2. Anestezi hekimi, Cerrahi hekim ve Anestezi Teknikeri işbirliği sağlanmalıdır.
3. Yapılan her işlem kayıt altına alınmalıdır.
4. Her kurum kendi protokollerini geliştirmelidir.

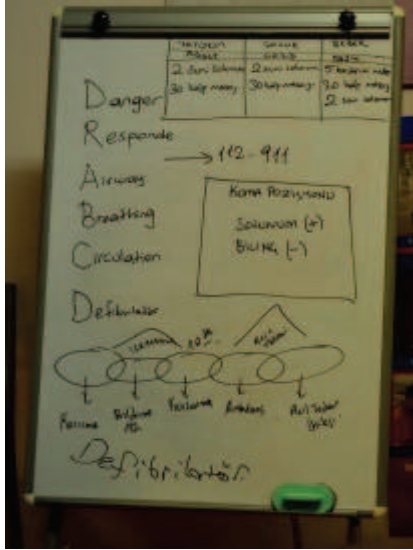
Postoperatif ağrı tedavisine en ideal yaklaşım POSTOPERATİF AĞRI KONTROL EKİBİ nin kurulmasıdır.

Ayşegül Balçık

Kocaeli Üniversitesi Anestezi Teknikeri

HAYAT KURTARMA SANATI ÜZERİNE

Uluslararası Kızıllaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu ; küresel plan hedeflerinde *her bir kişinin hayat kurtarma potansiyeline sahip* olduğundan bahseder . İlk Yardım uygulama becerileri kazandırmak sadece bir ödev değil daha güvenli ve sağlıklı toplumlar sağlamak adına her bireyin sahiplenmesi gereken bir sorumluluktur .



Ülkemizde temel yaşam desteği uygulamaları 1999 depreminden sonra Kızılay'ın " İlk Yardım Eğitimlerinin Standardizasyonu Projesi " adıyla başlattığı çalışmalar sonucunda 2002 yılında hazırlanan "İlk Yardım Yönetmeliği" ile tüm kurum ve kuruluşlarda istihdam edilen her yirmi personel için bir, ilgili mevzuata göre ağır ve tehlikeli işler kapsamında bulunan işyerlerinde, her on personel için bir olmak üzere, en az 16 saat süreli "Temel İlkYardım Eğitimi" sertifikası almış "İlk yardımcı" bulundurulması zorunluluğu getirilerek, ilk yardım eğitimlerinin yasal boyutta ülke genelinde yaygınlaştırılması hedeflenmiştir.



Yasal sınırlar çerçevesinde ilk yardım uygulama yetkisi sadece sertifikalı ilk yardımcıları tarafından yapılabilmekeidir . Ancak her zaman her yerde ve belki de en yakınlarımızın bu uygulamalara ihtiyaç duyabileceği düşünüldüğünde bu durum ilk yardım öğrenme içgüdüsünden alıkoymamalıdır .



Hem bir YAŞÖM gönüllüsü hem de 6 yıldır kurumsal-sertifikalı ilkyardım eğitimleri veren birİ olarak bu eğitimlerin sivil toplumda da yaygınlaştırılması görüşündeyim . Bu bağlamda 10 katılımcı ile ilk atölyemizi 7 ekim de gerçekleştirdik . Temel yaşam desteği uygulamalarını da içine alan tüm ilkyardım konularının konuşulduğu atölye aktif katılımı dolu dolu geçti .



7 saat süren atölyemiz boyunca düşen enerjimizi ”gangnam style” dansıyla zirveye çıkarıp kah eğlendik kah hayat kurtarmak için dakikalarla yarıştık . Atölye sonunda katılımcıların acil yardım durumunda yapılacaklar ile ilgili soru ve geçmiş tecrübeleri konusunda yaptığımız tartışmanın ardından doğru bildiğimiz yanlışları hep birlikte düzelttik .



Artık kafalarda soru işareti ve endişe yoktu . Hayat kurtarmayı bilmenin gururu ve iç huzuru ile donanan bilinçli bireylerin özgüveni ise tarif edilemez.

Sağlıkla Kalın

Samime Durmaz

Anestezî
Bir
Sanattır

Kazım
Karaman

MAVİ KOD

Bir anonsla koşmaya başlarsın. Durmuş bir kalp, dokulara ulaşamayan oksijen, oksijensiz kalan bir beyin sana mecburdur. Elinden geleni yaparsın o kalp atsın diye, o oksijen dokulara ulaşsın diye dakikalarca, saatlerce uğraşırsın. Bir anesteziistin inatçı yapısı belki de bundan kaynaklanır. İnat etmezsen başarıyı yakalayamazsın. Anestezi sanatında biraz da inat gizlidir. İnadın sonu başarı olduğunda huzurla dönersin ameliyathaneye. Başarısızlık da kaçınılmazdır bazen, yine de kurtaracağın başka hastaların umuduyla sanatına devam edersin. Anestezi sanattır...

Anestezi Teknikeri Mert
Barut

Marmara Üniversitesi

ANESTEZİ SANATTIR...

Bir insanın vücudunda belli fonksiyonları durdurup tekrar çalıştırmak ne demektir bilir misiniz ? Alınan nefesi durdurmak, tüm fonksiyonlarını geçici bir kayba uğratmak ve bu esnada herşeye rağmen onu hayatta tutmak. Anestezi budur esasında. Kalbe, beyne, akciğere kafa tutarsın. Olumsuz olan her ne varsa yok edip olumlu hale getirirsin. Yeri gelir duran bir kalbi çalıştırırsın, yeri gelir bozulan vücut dengesini oluşturursun. Cerrahi ekip tek bir noktaya adapte olmuşken, sen tüm vücuda, tüm organlara hükmedersin. Maskeli bir sihirbaz gibisindir. Dışardakilerden tek farkın seyircilerinin olmamasıdır. Buna rağmen sen bir sanatçısındır, anestezi ise bir sanattır.

Anestezi Teknikeri Mert Barut

Marmara Üniversitesi

GEBELERDE ANESTEZİ YÖNETİMİ (NON-OBSTETRİK)

Gebelerde meydana gelen fizyolojik değişimler ve anesteziklerin fetus ile uterusu etkileri, bu dönem içinde uygulanacak olan anestezinin yönetimindeki ciddiyeti açıklamaktadır. Temel amacımız mevcut fizyolojik değişimleri kontrol altında tutan, uterus ve fetus üzerine minimal etki oluşturan bir anestezi ile mortalite ve morbiditeyi azaltmak olmalıdır. Özellikle gebelere anestezi verilmesini gerektiren en sık durumlar akut batin ve travmadır. (1) Bunların dışında da pek çok sebeple anestezi gereksinimi duyan hastalar karşımıza gelebilmektedir.

Gebelerde anestezinin direk etkilediği iki sistem olan kardiyovasküler ve pulmoner sistemde meydana gelen fizyolojik değişimler anestezi yönetiminde de direk etki oluşturmaktadır. Özellikle yatar pozisyonunda azalan fonksiyonel rezidüel kapasite, artan tidal volüm, artan kalp atım hızı (10-15 atım/dk), azalan sistolik ve diastolik kan basıncı öneme sahiptir.

Anestezi yönetiminde diğer üzerinde durmamız gereken konu ise kullandığımız ajanların plasental geçişleridir. Ajanlar incelendiğinde tiyopental'ın plasental geçişinin son derece hızlı olduğu; narkotik, sedatif ve trankilizanların da geçişinin bu orana yakın olduğu göze çarpmaktadır. Diğer yandan ketamin 1 mg/kg dozda neonatal depresyona neden olmamaktadır. Etki oranı barbitüratlardan azdır. Kas gevşeticilerin plasental geçişleri az ve çok yavaştır. Ancak pankuronyum, atrakuryum ve vekuronyumun yenidoğanda kas zayıflığına sebep olabileceğine dair bilgi veren kaynaklar vardır.

Bu temel bilgileri göz önünde tutarak gebelikteki anestezi yönetiminden maddeler halinde bahsetmek istiyorum:

1. Gebelerde her dönem mevcut bir aspirasyon tehlikesi vardır. Premedikasyonda H₂ reseptör blokerleri ve metoklopramid proflaktik olarak tercih edilmelidir. Ayrıca hızlı indüksiyon ve krikoid bası, aspirasyon için hazır teçhizat önemlidir.

2. Gebelerdeki anestezi yönetiminde en önemli kural fetal etkilerden de dolayı hipoksi ve hipotansiyona izin vermemektir. Ayrıca normogliseminin de sağlanması önemlidir. Özellikle supin hipotansiyon sendromuna karşı önlem alınması, rejyonel uygulamalarda bolus kristalloid uygulaması gibi basit önlemler ciddi sonuçları ekarte edecektir.

3. Eğer mümkünse gebeliğin 15 ila 56. günlerinde (organogenez) anesteziden kaçınılmalıdır. Santral sinir sisteminin miyelinizasyonunu kapsayan 7 ila 9. aylar arasında da anesteziden kaçınmak yararlı görünmektedir. Mümkünse cerrahi ertelenmelidir. (2)

4. Azotprotoksit kullanımı ilk 4 haftalık dönemde önerilmemekle birlikte, diğer dönemlerde de kullanımı 2 saatle sınırlanmalıdır. (3)

5. İnhalasyon anesteziklerinin 1 ila 1.5 konsantrasyonda kullanımları gerekli ve yeterlidir. (4)

(1) Lange Anesteziyoloji, G.Edward Morgan, Maged S.Mikhail, Michael J.Murray, 2008

(2) Klinik Anestezi, Dr Z Kayhan, 2004

(3) , (4) Klinik Anestezi Esasları, Dr Tuğrul Denker, 2000

Ahmet Emre AZAKLI

Anestezi Teknikeri,
www.aeazakli.com

TIBBİ MALZEMEDE YERLİ ÜRETİM

Tıbbi Malzeme Sektörü , son yıllardaki stratejik atılımlar ve planların hayata geçirilmesi ile sağlık hizmetlerinin bel kemiği konumuna gelmiştir. Son veriler itibari ile (Ocak 2012) sektördeki ithalat oranı %85 iken ihtiyacın %15'ine ise yerli tıbbi malzeme üreticileri cevap vermektedir.

Tıbbi malzeme sektörü tamamen ithal mallara dayalı iken sağlık alanındaki atılımlar, teşvikler ve cesur girişimciler sayesinde yerli tıbbi malzeme sektörü atağa geçip dev ülkeler tarafından üretilen malzemeler ile gerek ülkemizde gerekse ihracat sahasında rekabet ortamının gelişmesini sağlamış ve ithal malzemeler kalitesindeki ürünler sayesinde sağlık çalışanlarına sunulan seçenek arttırılarak tasarruf sağlanmıştır.

Ülkemizde faaliyet gösteren yerli tıbbi malzeme üreticilerinden biri ise tek kullanımlık solunum ekipmanları (Anestezi-Ventilasyon Devreleri,Filtreler,Deve Boynu..)üretiminde uzmanlaşmış 2003 yılında Ecz.Atilla Sevinçli tarafından %100 yerli sermaye ile kurulan Altera Tıbbi Malzeme San.veTic.A.Ş'dir. İzmir Tire Organize Sanayi Bölgesinde 40.000 metrekarelik alana sahip tesis 10.000 Class Temiz Oda ortamında sağlık çalışanlarının ihtiyaç,talep ve isteklerine uygun ‘’butik üretim’’ sistemi ve CE,ISO 13485 (Tıbbi Malzeme Üretim Standartı) kalite sertifikasyonlarına sahip olup ‘’Altech ‘’ markası ile başta ülkemizde ve A.B.D,Almanya,İtalya,Avustralya,Yeni Zelanda,Hindistan dahil olmak üzere 69 ülkeye solunum ekipmanları ihraç etmektedir. Elde edilen kazanımlar yeni üretim tesislerinin inşası için kullanılmaktadır. 2013 yılında tıbbi solüsyon ve yara bakım ürünlerinin üretiminin gerçekleştirileceği Mertsal Üretim Tesisleri faaliyete geçirilecektir.

altech

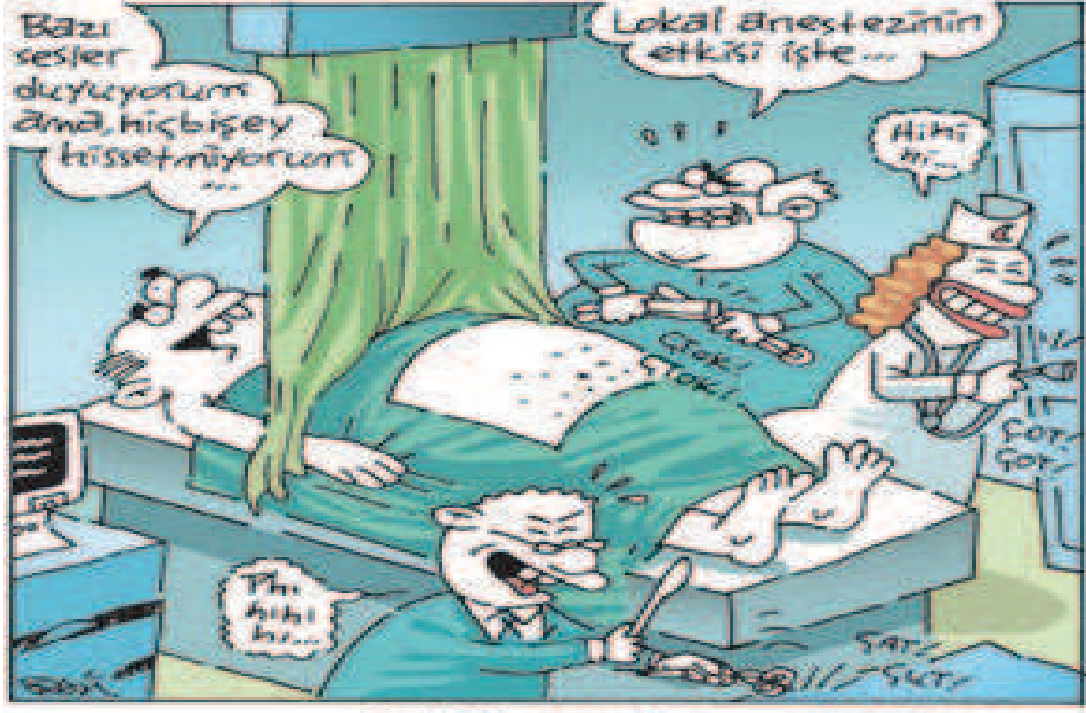


Her geçen gün ilerlemekte olan sağlık sektörüne ve ülke ekonomisine katkılar sağlayan, kaliteli iř bilinciyle gelişmiş ülke standartlarını tutturmuş ALTERA Tıbbi Malzeme San. Ve Tic.

A.ř. Yönetim Kurulu Başkanı **Ecz. Atilla Sevinçli Bey'e**

gelişime açık her alanda desteklerini esirgemedikleri ve bu çerçevede başta Anestezi Tek Bülten basımı olmak üzere vermiş olduğu tüm destekler için şahsına ve Yönetim Kurulu Başkanı olduğu ALTERA Tıbbi Malzeme San. Ve Tic. A.ř.'ye ATTD olarak sonsuz şükranlarımızı sunuyor, teşekkür ediyoruz.

MİZAH/KARİKATÜR



Erdil Yaşaroğlu © www.komikaze.net

Her zaman iş değil kısa bir mola zamanı

Çok eskiden ameliyathanenin 4. salonunda kasık fıtığı olacak bir hastanın hazırlığını bitirdik ve uyutmaya başlayacağız. Anestezi doktorumuz Ali Kıvanç başlayalım dedi. Pentotal vermeye başladım. Ali Bey hastalara ilaç verilirken her zaman SOLU der.

O sırada da asistansa gelen cerrah geç kalınca ameliyat salonunda hangi taraf diye sormuş. Biz işimize devam ederken etrafta olanlardan çok haberdar olmadık. Ali Bey tekrar gür sesiyle hastaya “solu” deyince yardımcı personel gelip “sağı hocam sağı” dedi.

Kafamızı kaldırıp etrafla ilgilenince hastanın sağ taraftan fıtık ameliyatı olacağını için ekibin bu konuyu konuştuğunu anlamış olduk.

Vedat Bulcak

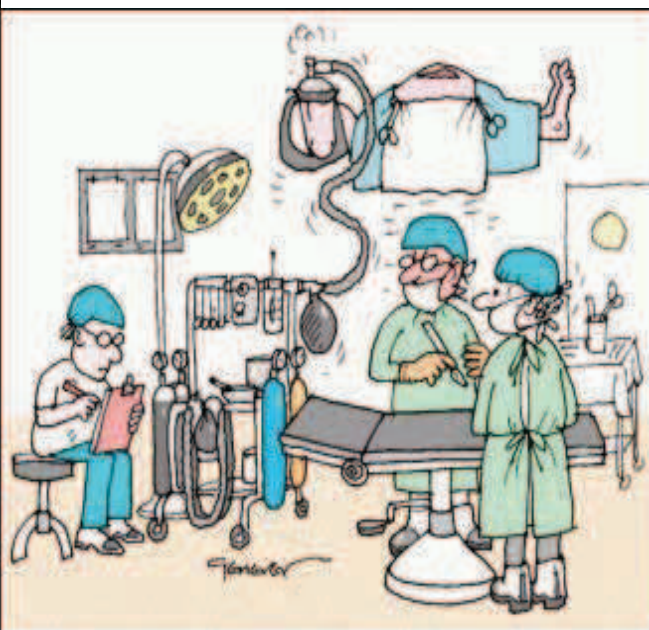
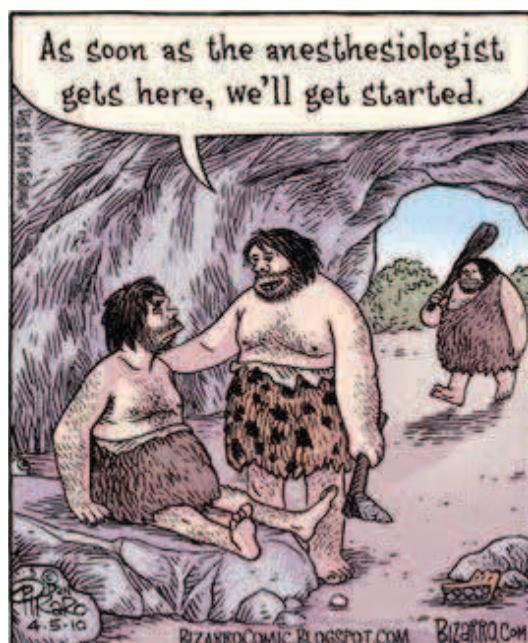
Acıbadem Kadıköy Hastanesi





Konu içerik: Önder Topbaş Çizen: Pınar BATMAZ

Kocaeli Üniversitesi Anestezi Teknikerleri





Rapid Sequence Induction in Paediatric Anaesthesia

Peter Stoddart, Bristol, United Kingdom - SGKA-APA-Meeting 2004

SOLUNUM SİSTEMLERİ



altech®

SOLUNUM DEVRELERİ | FİLTRELER | KATETER MOUNT



ALTERA

ALTERA Tıbbi Aletler Sanayi ve Ticaret A.Ş.

Fabrika | Tunan Mahallesi, Tire Organize Sanayi Bölgesi Tire 35900 (İZMİR)

Tel: (232) 513 51 10 (Pbx) | Fax: (232) 513 51 14

Merkez | 5758 Sokak No: 4/C Kat: 2/3 Karabağlar - (İZMİR)

Tel: (232) 237 59 49 (Pbx) | Fax: (232) 253 94 04

bir **medline** group şirkettir

CE 0197


TÜVRheinland
EN ISO 13485
EN ISO 9001:2000

www.altech.com.tr

www.altera.com.tr