



ANESTEZİ TEK BÜLTEN

ISSN: 2147 – 4311

NİSAN 2013 SAYI: 2

Çalışma ortamlarımız
ne kadar güvenli? ...

Nefes kesici bir dünya...
Sualtında Narkoz

Anestezi Teknikerinin
neden adı yok? ...

Ege Üniversitesi ev sahipliğinde
2012 güz sempozyumu...

www.anestezitek.org.tr

ANESTEZİ TEK BÜLTEN

Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği

(ATTĐ)'nin yayın organıdır.

ISSN: 2147-4311

Yayın Sahibi :

Yrd. Doç. Dr. Serpil Ustalar Özgen

(ATTĐ Başkanı)

Yazı İşleri Müdürü:

Sema Erođan

(Kocaeli Üniversitesi Anestezi Teknikeri)

Kapak Grafik/Tasarım:

Önder Topbağ

(Kocaeli Üniversitesi Anestezi Teknikeri)

Adres/Yönetim Yeri:

Gümeç Tekin Sok.Başkanlar

Sitesi.4R Blok.Daire:5

Koşuyolu/ KADIKÖY/İSTANBUL

WEB Adresi:

www.anestezitek.org.tr

ATTD BÜLTENİ YAZIM KURALLARI

a)Yazı, standart A4 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 floppy 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 yazılım karakterleri yazılmalıdır.

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

c) İlk başlık sayfasında; başlık, başlığın altında yazarların unvan kullanmaksızın isim ve soyadları küçük harflerle yazılmalıdır ve soldan sağa bir çizgi çizilmelidir.Çizginin altına dip not şeklinde yazarların isim-soyadları, 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. Özetle kaynak kullanılmamalıdır.

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

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

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

Birimler Uluslararası Sisteme (SI) göre kullanılmalı, birimler yazılırken (.) veya (/) kullanılmamalıdır. Örnek: mg kg⁻¹, µg kg⁻¹, mL, mL kg⁻¹, mL kg⁻¹ sa⁻¹, mLkg⁻¹ dk⁻¹,Ldk⁻¹ m⁻², mmHg vb.

Gereç ve Yöntem

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

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

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

Resimler:

130x180 mm boyutlarında siyah-beyaz olmalı, arkasına yumuşak kurşun kalem ile makale başlığı, sıra numarası yazılmalı ve üste gelecek kısım ok ile belirtilmelidir.

Resimler ayrı bir zarf içerisine konulmalıdır. Resimlerin renkli olması istendiğinde yazardan ayrıca ücret talep edilir.

Şekiller:

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

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

Tartışma:

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

Kaynaklar:

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

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.

İÇİNDEKİLER

Editörden-Serpil Ustalar Özgen	3
İç Anadolu Bölgesinde Anesteziyoloji ve Algoloji Çalışanlarında	
Tükenmişlik Durumu	5
Anestezi Cihazında Atık Gaz Sistemi Egzoz Ünitesi Arızası	14
Lateks Allerjisi Olan Hastada Preoperatif Hazırlık ve Anestezi Yönetimi	15
Akondroplazılı Gebede Spinal Nöroaksiyal Anestezi Uygulaması.....	16
Türkiye de Anestezi Teknikerliği Eğitiminin Tarihsel Süreci.....	17
Anestezi cihazının Anatomisindeki Canavarlıklar	18
Marmara Üniversitesi SHMYO Anestezi Eğitim Programı	19
Marmara Üniversitesi Anestezi Programı Öğrencilerinin Organ Bağışı	
Hakkındaki Bilgi ve Tutumları.....	20
İzmit Seka Devlet Hastanesi Anestezi Kliniği: Klinik Deneyimlerimiz	21
Anestezi Uzmanları ve Anestezi Çalışanları-Ahmet Emre Azaklı	22
Düşlerini Ertelemeyin- Sema Erdoğan	23
Anestezi Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Çalıştayı-Hasan Uygur Koç	25
2012 Güz Sempozyumu Ege’ nin İncisi İzmir ‘de gerçekleştirildi-Şükran Balkaner	28
Sualtında Narkoz-Önder Topbaş	32
Anestezi Teknikerinin Adı Yok- Tuba Usseli	35
Hasta ve Çalışan Güvenliği-Abdurrahman Çiçek	38
Karikatürler-Mert Barut	41
Sam’ın Keşif Rehberi-Samime Durmaz	43
Bulmaca-Mustafa Kibar	47

EDİTÖRDEN

Merhabalar ,

Bir kez daha merhaba diyebilmenin keyfiyle...

Bu kez Samsun'dayız VI. Mezuniyet Sonrası Eğitim Seminerimizde.. Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesindeki arkadaşlarımız, gerek tekniker/teknisyen gerekse öğretim elemanları çok yardımcı oldular, oldukça emek harcadılar, uykusuz gecelerin sonunda başarılı bir seminer olduğunu düşünüyoruz. Tabii Derneğimizin faaliyetlerinden sadece biri bu seminerler.. Hem medikal olarak donanımlarımızı artırmak için bir vesile, ancak daha çok sorunlarımızı konuşmak biraraya gelmek, planlar yapmak için önemli bir toplanma yolu.. Bu yüzden katılımların giderek artması gerekir diye düşünüyoruz.. Üyelerimizin sayısı artıkça hem derneğimiz hem de seminerlerimiz gün geçtikçe çok daha verimli hale gelecek.. Yapacaklarımız, yapmayı planladıklarımız öyle çok ki, sizlerin desteğine, maddi manevi ve işgücü olarak, giderek daha çok gereksinim duyuyoruz. Ulaşamadığımız pek çok meslektaşımız olduğunu biliyoruz, bu yüzden olabildiğince basın, internet, sosyal medya, hangi iletişim aracını bulursak ulaşmaya çalışıyoruz, sizlerden bu konuda da destek bekliyoruz.. Lütfen Derneğimize sahip çıkalım, mesleğimize duyulan saygının artırılması için önce bizlerin mesleğimize saygı duyması ve meslek derneğimizi güçlü kılması gerektiğini hep hatırlayalım..

Anestezitek Bülten bu sayısında sizlere geçtiğimiz seminerden bu yana yapılanlardan kısa bir özet sunmaya çalışıyor. Sevgili Anes.Tek. Şükran Balkaner'in ve arkadaşlarının hakkı ödenmez emekleri ile düzenledikleri İzmir Seminerimizin kısa bir özeti ve bu seminerde yer alan poster ve bildirilerin özetlerine yer verildi. Bu bildiri/posterleri hazırlayan arkadaşlarımıza teşekkürlerimizi iletiyoruz..

Sevgili Anes. Tek. Ahmet Emre Azaklı'nın kendi web sitesini ilgiyle izliyoruz. Bu sayımıza da 'Anestezi Uzmanları ve Anestezi Çalışanları' başlıklı yazısı ile katkıda bulunuyor.

Sevgili Anes. Tek. Sema Erdoğan, 'Düşlerinizi Ertelemeyin' diyor..

Sevgili Anes. Tek. Önder Topbaş'ın 'Sualtında Narkoz' başlıklı ilginç yazısının ilgiyle okunacağını umuyoruz.

Her seminerimizde ve pek çok kez web sitemizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili soruların varlığından bu konunun üzerinde durulması gerektiğini düşünerek, Şubat 2013'de İş sağlığı ve Güvenliği Çalıştayı düzenledik. Katılımın biraz daha çok olmasını arzu ederdik.. Sevgili Anes.

Tek. Hasan Uygur Koç, ‘Anestezi Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Çalıştayı’ ile ilgili izlenimlerini aktarıyor.

Sevgili Kurucu Üyelerimizden, yeni gezginimiz Sayın Samime Durmaz’ın ‘Sam’inKeşif Rehberi’ ve fotoğrafları oldukça ilgi çekici. Keşke hepimiz onun kadar cesur, atak ve imkansızlıklardan olağanüstü yaratıcı çabaları çıkartabilecek kadar çalışkan ve pozitif olabilsek..

Sevgili Anes.Tek. Abdurrahman Çiçek’in ‘Hasta ve Çalışan Güvenliği’ yazısı da sağlık sektörü çalışanlarının sorunlarının bir kısmına dikkat çekiyor. Sayın D.T. Akçalı, H.Dayanır, M. N. İlhan, A. Babacan’ın ‘İç Anadolu Bölgesinde Anesteziyoloji ve Algoloji Çalışanlarında tükenmişlik durumu’ başlıklı ilginç makalesi mutlaka okunmalı ve üzerinde düşünülmeli.

Sayın Anes. Tek. Tuba Usseli ise ‘Anestezi Teknisyeninin adı yok’ başlıklı yazısı ile sektördeki yerimizin azımsanmasına sitem ediyor..

Bulmacamız, bilmece bildirmecemiz bu sayımızdaki yeniliklerimizden. Yanıtlarınızı ve geri dönüşlerinizi bekliyoruz.

Fotoğraflarımız, anılarımızın bir bölümünü unutulmaz kılıyor.

Anes. Tek. Mert Barut’un derlediği karikatürlerimiz bu sayımızda da var.

Her sayımızda, her seminerimizde artarak, güçlenerek ve zenginleşerek yola devam edebilmek dileğiyle yeniden merhaba...

Z. Serpil Ustalar Özgen

İÇ ANADOLU BÖLGESİNDE ANESTEZİYOLOJİ VE ALGOLOJİ ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK DURUMU

Burnout in healthcare workers in the Anesthesiology and Algology Departments in the Middle Anatolian region of Turkey

Didem T. AKÇALI,¹ Hakan DAYANIR,¹ Mustafa N. İLHAN,² Avni BABACAN¹

Özet

Amaç: Sağlık çalışanları içinde anesteziyoloji ve algoloji kliniklerinde çalışanlar çoğu zaman zor koşullarda görev yapmakta olup çalışma koşullarının iyileştirilmesi için mevcut fiziksel ve ruhsal durumlarının belirlenmesi gerekmektedir. Çalışmada, İç Anadolu Bölgesindeki anesteziyoloji ve algoloji kliniklerinde görev yapan sağlık çalışanlarının mesleki tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Mart-Nisan 2008 tarihleri arasında e-posta yoluyla İç Anadolu bölgesinde algoloji kliniği bulunan hastanelerdeki anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarına mevcut anket formu iletilerek doldurulan formlar e-posta ile geri alınmıştır. Ankette betimleyici özellikleri ve Türkçe geçerlilik güvenilirliği olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ile tükenmişlik durumu araştırılmıştır. MTÖ, tükenmişliği, duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (DY) ve kişisel başarı (KB) olmak üzere üç boyutta değerlendirmektedir. Anketler araştırmacılar tarafından SPSS 11.5 programına girilerek analiz edilmiştir.

Bulgular: Ankete katılan 113 kişiden %18.8'i (n=21) uzman doktor, %41.1'i (n=46) araştırma görevlisi doktor idi. Doktorlarda ortalama günlük çalışma süresi 10.3±2.3 saat ve haftalık çalışma süresi 61.3±19 saat idi. Doktorlardan %9.6'sı mesailerinin tamamını, %9.7'si mesailerinin %75'ini ve %61.5'i mesailerinin %25'ini algolojide geçiriyordu. Çalışma ortamının değerlendirilmesinde, sağlık çalışanlarının %20.9'u fiziksel koşullardan, %19.3'ü çalışma süresinden ve %52.5'i aldıkları ücretten hiç memnun olmadıklarını ifade ettiler. Doktorlarda MTÖ'ye göre DT 14.7±5.5 DY 5.7±3.5, KB 21.6±4.2 puan olarak hesaplandı.

Sonuç: Bu çalışmada, Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarla benzer şekilde anesteziyoloji ve algolojide sağlık çalışanlarının ciddi tükenmişlik yaşadığını gösteren en yüksek DT ve DY puanları saptanmıştır. Anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarının, çalışma koşullarından memnuniyetinin az olması tükenmişliklerini etkileyebilir. Tükenmişlikte etkili etmenlere yönelik olarak yapısal düzenlemelerin yapılması, ruhsal destek sağlayacak birimlerin kurulması gibi yöntemler ile çalışanların sağlığına katkı yapılması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Algoloji; anesteziyoloji; doktor; Maslach tükenmişlik ölçeği; sağlık çalışanı; tükenmişlik sendromu.

Summary

Objectives: Anesthesiology and Algology healthcare workers work under difficult conditions a majority of the time, and their physical and mental status must be determined in order to improve working conditions. In this study, the main goal was to evaluate the burnout level of Anesthesiology and Algology healthcare workers in the Middle Anatolian region of Turkey.

Methods: A questionnaire was sent to Anesthesiology and Algology healthcare workers of hospitals with an Algology clinic in the Middle Anatolian region and were returned by e-mail in March and April 2008. In the questionnaire, descriptive features and the Turkish validated Maslach burnout inventory (MBI) were evaluated. The MBI has 3 aspects: emotional exhaustion

(EE), depersonalization (D) and personal accomplishment (PA). All questionnaires were evaluated by SPSS 11.5 program.

Results: 113 people were enrolled, of whom 18.8% (21) were specialist doctors and 41.1% (46) were residents. Among the doctors, the mean daily and weekly working periods were 10.3 ± 2.3 and 61.3 ± 19 hours, respectively. The period spent by doctors in Algology was 100% in 9.6%, 75% in 9.7% and 25% in 61.5%. Working conditions were evaluated, and 20.9% of healthcare workers were unsatisfied with the physical conditions, 19.3% with the working period and 52.5% with wages. MBIs in doctors were calculated as EE 14.7 ± 5 , D 5.7 ± 3.5 , and PA 21.6 ± 4.2 .

Conclusion: This study revealed similar high burnout scores among healthcare workers, which reflect a serious burnout in the Anesthesiology and Algology group in Turkey. Burnout may be affected by dissatisfaction with working conditions. Improvement in physical conditions and reorganization to achieve psychological support might be helpful towards improving the health of healthcare workers.

Key words: Algology; anesthesiology; doctor; Maslach burnout inventory; healthcare worker; burnout syndrome.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, 2Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Departments of 1Anesthesiology and Reanimation, 2Public Health, Gazi University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey

Başvuru tarihi - 4 Haziran 2009 (Submitted - June 4, 2009) Düzeltme sonrası kabul tarihi - 2 Kasım 2009 (Accepted after revision - November 2, 2009)

İletişim (Correspondence): Dr. Didem T. Akçalı. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara, Turkey.

Tel: +90 - 312 - 202 42 74 **e-posta (e-mail):** didemakcali@yahoo.com

Giriş

Günümüzde sağlık çalışanlarının iş yükü giderek artmaktadır. Hastalar ile sürekli yüz yüze olmak ek duygusal ve fiziksel beceriler gerektirmekte; bu durum da çeşitli zorlanmalara eden olabilmektedir. Sağlık çalışanları içinde anesteziyoloji ve algoloji kliniklerinde çalışanlar çoğu zaman daha zor koşullarda görev yapmakta olup çalışma koşullarının iyileştirilmesi için mevcut fiziksel ve ruhsal durumlarının belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışmada, İç Anadolu Bölgesinde Anesteziyoloji ve Algoloji kliniklerinde görev yapan sağlık çalışanlarının mesleki tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Tükenmişlik, hastalarla yoğun ilişki içinde olan kişilerde görülen duygusal yıpranma, yabancılaşma ve kişisel başarının azalmasıyla giden bir sendromdur. İleri tükenmişlik durumunda kişilerde “verecek hiç bir şeyi kalmamış” hissi, hastalara karşı olumsuz tavırlar gözlenir.[1] Duygusal tükenme, enerji eksikliği, depresif duygulanım, güvensiz hissetme, pozitif duygulanımda azalmayı ve işle aşırı yüklenmiş olmayı anlatır. Duyarsızlaşma, insanla ilişkide olan kişilerin insana nesne gibi davranmasını, aşağılayıcı ve umursamaz tavır takınmalarını ifade eder. Kişisel başarı eksikliği ise yetersizlik, başarısızlık duygusu, özgüven eksikliği ve üretkenliğin azalmasını getirir; sorunların başarıyla üstesinden gelinememesini tanımlar.[2]

Tükenmişlikle sonuçlanan süreçte kişi önce “şevk ve coşku evresi” denen olumsuz çalışma koşullarına karşı uyum sağlama dönemini geçirir. Bunu giderek artan zorluklardan rahatsız olunan “durağanlaşma evresi” izler. Olumsuz koşulları değiştirmenin güçlüğü nedeniyle “engellenme evresi” ve sadece ekonomik kazanç için meslek yaşantısının sürdürülmesiyle umutsuzluk ve

inançsızlık içinde “umursamazlık evresini” yaşar.[3] Tükenmişlik, kişide fonksiyon bozukluğuna, üreticiliğin azalmasına, hasta bakımında kalitenin düşmesine neden olabilir.

Genç yaş ve tecrübenin az olması da tükenmişliği artıran faktörlerdir. En önemli faktörler arasında kişisel ve profesyonel yaşantı arasında denge kuramamak, kendini etkin bulmamak, yetersiz eğitim ve araştırma zamanı, eşinin desteğinden mahrum olmak sayılabilir.[4] Anesteziyoloji, hastanın hayatını doktorun eline teslim ettiği, yaşamla ölümün sınırında giden bir branştır. İyi bir hazırlığa rağmen her hastada her tür operasyonda görülebilecek hayati risklere hızla müdahale edilmesi gerekir.

Anestezistin çalışma alanı olan ameliyathaneler genellikle hastanelerin alt katlarında, kişisel dinlenme alanlarının az olduğu ve görev sırasında dış ortama girip çıkmanın zor olduğu çalışma birimleridir. Süregiden ameliyathaneler nedeniyle belirli dinlenme ve yemek yeme zamanı olmayabilir ve yoğun ameliyathanelerde çıkış saatine genellikle uyulamayabilir. Acil durumlar nedeniyle sıklıkla mesai saatleri aşılabılır. Ameliyathanede karşılaşılan anestezi gazları ve radyasyonun zararlı etkilerinin giderilmesi olanaklı değildir.[5,6] Anesteziyologlar yoğun bir manyetik alanda ve hepatit riskiyle çalışırlar. [7,8] Tüm bunlara rağmen hastalar genellikle anesteziyologların yaptıkları hakkında fikir sahibi değildirler.

Algoloji ise akut ve daha çok kronik ağrılı hastalarla ilgilenen, bir kısım girişimsel tedavilerin floroskopi eşliğinde yapıldığı bir bölümdür. Floroskopi eşliğinde uygulanan girişimler, sağlık çalışanları için ek bir risk oluşturur.[9] Uygulanan tedavilerin ciddi yan etki ve komplikasyonları olması doktorların sorumluluk yükünü artırır. Kabul edilen hasta sayısına bağlı olarak yoğun çalışma saatleri ya da aynı zamanda anesteziyolojide görevli olanlarda görev karmaşası ve zaman sıkışıklığı yaşanabilir. İzlemdeki hastalarla ilgili sorumluluk çoğu zaman 7 gün 24 saat devam eder. Kanser hastalarının ruhsal yükü, kronik ağrının tedavi başarısının düşük olması çalışanları zorlayan konulardır. Tükenmişlik sendromuna neden olan etmenlerin belirlenmesi ve bunların engellenmesi sağlık çalışanlarının iş verimini, topluma ve kendilerine katkılarını artıracaktır.

Gereç ve Yöntem

Algoloji kliniği bulunan hastanelerde sağlık çalışanlarının bir kısmı her iki birimde de görev almaktadır. Bu çalışmada İç Anadolu Bölgesinde Algoloji kliniği olan hastanelerde anesteziyoloji ve algoloji bölümlerinde görev alan sağlık çalışanlarında tükenmişlik durumunun araştırılması amaçlanmıştır. Mart-Nisan 2008 tarihleri arasında e-posta yoluyla İç Anadolu Bölgesinde algoloji kliniği bulunan hastanelerdeki anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarına bölümdeki öğretim görevlilerinden birisi aracılığıyla hazırlanan anket iletilmiş, doldurulan anketler e-posta ile geri alınmıştır.

Anket çalışması gönüllülük usulüyle yapıldığından katılımcılara baskı uygulanmamıştır. Ankette tanımlayıcı özellikler, çalışanların mesleki durumlarını ve çalışma ortamından memnuniyetlerini araştıran birinci bölüm ve Türkçe geçerlilik güvenilirliği olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) bölümü bulunmaktadır.[10,11] Çeşitli iş kollarında tükenmişliğin değerlendirilmesi için MTÖ, Maslach isimli araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.[12] Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Çam tarafından[11,13] hemşirelerde yapılmıştır. MTÖ psikiyatri bölümünün de görüşleri doğrultusunda tercih edilmiştir. MTÖ, tükenmişliği, kişinin işle aşırı yüklenmesini gösteren duygusal tükenme (DT), hizmet verilen kişilere duygudan yoksun ve umursamaz davranmasıyla tanımlanan duyarsızlaşma (DY) ile yeterlilik ve sorun çözmede başarıyı değerlendiren kişisel başarı (KB) olmak üzere üç boyutta değerlendirmektedir. MTÖ 22 sorudan oluşmaktadır. Sorulara verilecek yanıtlar: hiç bir zaman, nadiren, bazen, çoğu zaman ve her zamandır. Ölçek Likert tipidir ve yanıtlar 0-4 arasında değerlendirilmektedir. Bu yanıtların puanları toplanarak DT, duyarsızlaşma DY ve KB alanında 3 farklı puan elde edilir. DT ve DY puanları yükseldikçe, KB puanı ise düştükçe tükenmişlik artmaktadır.[14]

Anketler araştırmacılar tarafından SPSS 11.5 programına girilerek analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama ve standart sapma ile gösterilmiştir. Gruplar arasındaki farklar

varyans analizi ile, gruplara göre MTÖ bileşenlerinin değişkenlerle korelasyonu Pearson korelasyon testiyle yapılmıştır.

Bulgular

Anket gönderilen hastaneler Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Onkoloji Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Bayındır Hastanesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Askeri Mevki Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ydi.

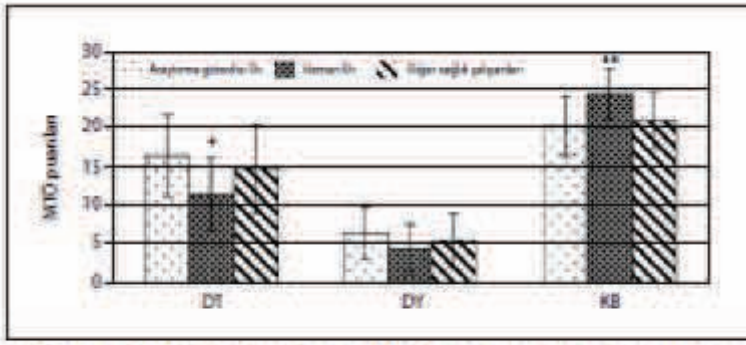
Anketi yanıtlayanların bir kısmı çalıştığı birimi ankette belirtmediğinden hastanelere göre katılım oranları bilinmemektedir. Ankete katılan 113 kişiden %18.8'i (n=21) uzman doktor, %41.1'i (n=46) araştırma görevlisi doktor idi. Erkekler %40.8 (n=45), kadınlar %59.2 (n=68) oranındaydı. Yaş ortalamaları 33.7 ± 6.7 idi. Katılımcıların %67.3'ü (n=76) evli, %2.7'si (n=3) boşanmıştı. Tüm katılımcıların %29.2'si (n=33) özel yaşamlarında sorunları mevcuttu. Doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve mesleki özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Katılımcıların %18.6'sı (n=21) uzman, %40.7'si (n=46) araştırma görevlisi, %23'ü (n=26) anestezi teknisyeni %11.5'i (n=13) hemşire, %4.4'ü (n=5) sekreterdi. Mezuniyetten sonra işe başlama zamanı 8.5 ± 15.5 ay, çalıştıkları yıl sayısı 10.8 ± 2 idi. Katılımcıların %81.4'ü (n=92) mesleğini isteyerek seçmişti ve %79.15'i (n=91) mesleğini kendine uygun buluyordu. Yine de, %53.1 (n=60) sağlık çalışanının gelecek kaygısı vardı. Mesleğine devam etmek isteyenlerin oranı %73.7 (n=81) iken, %84.1 (n=95) oranında mesleğinin toplumda hak ettiği yeri almadığını düşünüyordu. Katılımcıların %69.1'i (n=78) iş yükünü ağır buluyor ve %43.2'si (n=35) günde 20, %25.9'u (n=21) 15, %23.9 (n=19) 10 hasta bakmanın tatmin edici olduğunu düşünüyordu. Sağlık yönünden değerlendirildiğinde, katılımcıların %41.6'sı (n=47) sigara içiyor, %4.4'ü (n=5) sağlığının kötü olduğunu ifade ediyor ve %25.3'ü (n=32) sağlık sorunu bildiriyordu. Bu sağlık sorunları spastik kolon, depresyon, ülseratif kolit, psöriyazis, hipertansiyon, varis, disk hernisi, obezite, baş ağrısı gibi psikosomatik hastalıklar olarak belirtilmişti.

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve mesleki özellikleri

Yaş	Doktor		Diğer sağlık çalışanı	
	34.5±5.6		32.2±7.8	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet				
Kadın	32	47.8	35	76.1
Erkek	34	52.2	11	23.9
Medeni durum				
Bekar	17	25.4	16	34.8
Evli	47	70.1	29	63
Boşanmış	2	3	1	2.2
Mesleğini kendine uygun bulma	58	86.6	33	71.7
Fiziksel koşullardan memnuniyet	25	37.3	24	52.1
Üstlerle ilişkilerle memnuniyet	44	65.7	28	60.8
Çalışma arkadaşlarıyla ilişkilerden memnuniyet	53	79.1	39	84.8
Çalışma süresinden memnuniyet	22	32.9	28	60.9
Ücretten memnuniyet	11	16.4	10	21.8
Ekonomik sıkıntı	33	49.3	30	65.2
Sağlık durumu iyi olanlar	43	62.7	15	32.6
Sigara	27	40.3	20	43.5

Sağlık çalışanlarının %55.8 (n=63) ekonomik sıkıntı çekiyor ve %14.2'si (n=16) antidepresan ilaç kullanıyordu. Doktorlarda ortalama günlük çalışma süresi 10.3±2.3 saat ve haftalık çalışma süresi 61.6±19 saat idi. Doktorlardan %9.6'sı mesailerinin tamamını, %9.7'si mesailerinin %75'ini ve %61.5'i mesailerinin %25'ini algolojide geçiriyorlardı. Sağlık çalışanlarının MTÖ puanları ile günlük ve haftalık çalışma saatleri Şekil 1'de görülmektedir. Doktorlarda MTÖ'ye göre DT 14.7±5, DY 5.7±3.5, KB 21.6±4.2 puan olarak hesaplandı (Şekil 1). Tablo 2'te bu çalışmanın ve Türkiye'de doktorlarda yapılmış farklı çalışmaların MTÖ puanları verilmiştir.[15] DT, çalışanların yaşı, hizmet süresi ve haftalık çalışma süresiyle korele iken günlük çalışma saatiyle korele bulunmadı. DY, haftalık çalışma süresiyle korele iken yaş, hizmet süresi ve günlük çalışma saatiyle korele bulunmadı. KB, yaş ve hizmet süresiyle korele olmasına karşın günlük ve haftalık çalışma saatleriyle korele değildi. Sadece algolojide çalışan 5 katılımcının MTÖ de tükenmişlikleri incelendiğinde DT 21±6.0, DY 10.4±1.1, KB 34±3.4 bulunmuştur.



Şekil 1. Sağlık çalışanlarının MTÖ puanlarının karşılaştırılması (ortalama±SD) (*p<0.05; **p<0.01).

Tablo 2. Türkiye’de doktorlarda yapılmış farklı çalışmalarda MTÖ puanlarıyla bu çalışmada doktorlarda MTÖ puanları (ortalama±SD)

Doktorlarda MTÖ	DT	DY	KB
Kendi çalışmamız	14.7±5.5	5.7±3.5	21.6±4.2
Pratisyen Dr.	15.2±5.8	4.5±3.3	3.4±4.3
Uzman Dr.	12.7±6.1	4.1±3.3	22.8±4.1
Yan dal uzmanı	10.8±6.2	4.4±3.4	23.0±3.5

Tartışma

Anesteziyoloji ve algoloji sağlık çalışanları için yıpratıcı bölümler olmalarına rağmen anesteziyoloji ve algolojide doktorlar mesleklerini isteyerek seçtiklerinden genellikle işlerini severek yapmaktadırlar, bu da kişisel başarı puanını olumlu etkilemektedir (Tablo 2).

Doktorların %30-40’ı kişisel ve mesleki verimi etkileyecek düzeylerde tükenmişlik yaşamaktadır.[1] Meslek grupları incelendiğinde en yüksek tükenmişlik doktor ve hemşirelerde bulunmuştur.[14] Tükenmişlik, aile ve evlilik sorunları, alkol ve madde bağımlılığı ile strese bağlı çeşitli psikosomatik hastalıkları davet edebilir. İşyerinde verimin azalması, üretkenliği kısıtlayan bir süreçtir.[14,16] Avustralya’da onkologlarla yapılan bir çalışmada onkologların %56’sının hayatlarının bir döneminde tükenmişlik yaşadığı bildirilmiştir. Tükenmişliğin en önemli sebebi yetersiz kişisel zaman, kısa tatil zamanı ve kurumla ilgili sorunlardır.[17] Özyurt ve ark.,[15] kullanılan izin sayısının tükenmişliği azalttığını bildirmiştir.

Zor hastalarla başa çıkma konusunda devamlı hizmet içi eğitim faydalı bulunmuştur.[18] Asistan doktorlar uzun çalışma saatleri, öğrenilmesi gereken bilgi yükü ve iş-ev dengesini kurmakta zorlandıklarından tükenmişliğe meyillidirler.[19] Uzun çalışma saatleri tatminsizlik duygusu, fiziksel stres ve yorgunluğa sebep olur.[20] Araştırma görevlisi doktorların sık nöbetler nedeniyle çalışma saatlerinin çok uzun olması, deneyim eksikliği ile uykusuzluk ve yorgunluk depresyonu arttırabilir.[21] Sağlık çalışanlarında sık görülen hastalıklar yorgunluk, moral bozukluğu, alkol ve madde kullanımıdır. [14,16] Ayrıca spastik kolon, depresyon, ülseratif kolit, psöriyazis, disk hernisi, obezite, baş ağrısı gibi psikosomatik hastalıklar ve sorunlar da

belirtilmiştir. Çalışmaya katılanların küçük bir kısmı sağlık durumunun kötü olduğunu ifade etmekte iken sağlık sorunu bildiren grupta genelde psikosomatik bozuklukların ön plana çıkması dikkate değer bir durumdur. Mevcut bulgularda insanlarla birebir ilişkide bulunan bu meslekte hipertansiyon, depresyon ve migren gibi stresten kaynaklanabilecek durumlar ile sürekli ayakta çalışmaya bağlı varis ve bel fıtığı rahatsızlıklarının bildirilmesi bu hastalıkların meslek hastalığı olabileceğini düşündürmektedir. Söz konusu grubun büyük bölümünde sağlık sorunu bulunmamasının yaş ortalamalarının 33.7 ± 6.7 olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Tükenmişlikte etkili bu etmenlere yönelik olarak yapısal düzenlemelerin yapılması, ruhsal destek sağlayacak birimlerin kurulması gibi yöntemler ile çalışanların sağlığına katkı yapılması önerilmektedir.

Farklı hastanelerin sonuçlarının teke tek ele alınması ile birimlere özgü sorunlar elde edilebilirse de, ortaya çıkan toplu sonuç da şartların iyileştirilmesi ve çalışma saatlerinin düzenlenmesinin düzeltici faaliyetlerin başlangıcı olabileceğini doğrulamaktadır. DT değerlerini etkileyen en önemli faktör olarak çalışanların yaşı ve hizmet süreleri bulunurken DY'nin bunlarla korele olmaması meslekte artan sürenin kişiyi yıpratıldığını ancak duyarsızlaşmada başka faktörlerin ön planda olduğunu düşündürmektedir. Kıdemli personelin tükenmişliğinde özellikle DT'yi azaltacak önlemlere ağırlık verilmesi fayda sağlayabilir. Bu grupta deneyime bağlı olarak KB'nın yüksek olması avantajdır. Bu çalışmada Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara göre doktorlarda benzer hatta daha yüksek DT ve DY puanları saptanmıştır. Bu sonuçlar, söz konusu grubun ciddi tükenmişlik yaşadığını göstermektedir. Bununla beraber kendilerini başarılı algılamaları, mesleği isteyerek yapmaları ve duyarsızlaşmanın daha az olması çalışmada tespit edilen nispeten olumlu bulgular iken duygusal tükenmişlik için aynısını söylemek oldukça güçtür. Mevcut grubun mesleklerine göre MTÖ puanlarının dağılımında DT ve DY yönünden belirli bir fark yoktur. Fark uzman hekimlerden kaynaklanmaktadır; daha önce yapılan Doğan ve ark.'nın[22] çalışmasındaki skorların aksine, söz konusu grubun uzman düzeyinde DT ve DY skorları daha düşük iken KB boyutundaki belirgin yükseklik iş yaşamındaki deneyim, bilgi birikimi ve becerilerin artışıyla ortaya çıkan doğal bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Bunun yanında anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarının, çalışma koşullarından memnuniyetin az olması tükenmişlikleri etkileyebilmektedir. Gruptakilerin kendilerini yorgun, duygusal olarak tükenmiş hissettikleri, fakat bunların kişisel başarıyı etkileyecek seviyede olmadığı tespiti yapılabilir.

Doktor grubunu oluşturan araştırma görevlisi ve uzman doktorlar arasında DT ve DY puanlarının araştırma görevlerinde daha yüksek olması ortalamayı yükseltmektedir. Bu grupta deneyim ve bilgi eksikliği ile çalışma saatinin uzunluğu etkindir. Mevcut bulgular arasında ağır gündelik iş yüküne karşı çalışanların çoğunlukla ekonomik sıkıntı içinde bulunduklarını ifade etmeleri duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmayı arttıran temel nedenler olarak değerlendirilebilir. Anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarını ayırarak incelemek çalışmanın değeri açısından önemlidir. Algoloji ile ilgilenen doktorlar, çoğunlukla mesailerinin bir bölümünde anesteziyolojide çalışmaktadır. Ankete katılanlardan sadece 5 kişi tam gün algolojide çalışıyordu. Bu grup anestezi ve algolojide çalışanlarla karşılaştırıldığında DT ve DY puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu da algoloji grubunda daha yoğun bir tükenmişliği göstermektedir. Ancak KB puanı sadece algolojide çalışanlarda kalan gruba göre daha yüksektir. Bu da tükenmişlik derecesini azaltan bir faktördür. Bu sonuçlar algolojide alınan yoğun risk ve stresle artan tükenmişliğe rağmen çalışanların deneyime bağlı yüksek KB puanının düşürmediğini göstermektedir. Tükenmişlik yaşayan kişinin yakınları bu durumu farketse bile tükenmişlik yaşayan kişi bunu kabul etmeyebilir. Kişinin yakınları yardım edemez ve ümitsizliğe kapılırsa ilişki bitebilir. Stres kaynağı azaltılarak, kişinin strese yanıtı iyileştirilerek, stres devam ediyorsa tedavi edilerek başa çıkılmalıdır. [23]

Tükenmişlikle başa çıkmak için kişinin kendine ayıracağı, eş ve aileyle geçirilen zamanın artırılması, sağlıklı beslenme, işyerinde doktor hasta ilişkilerine değer vermek ve devamlı eğitimin içinde olmak önerilmektedir.[1,18,23] Tükenmişliğin önlenmesinde stresle başa çıkma ve

organizasyon teknikleri de önerilmektedir. Bunlar, iş koşulları ve yük dağılımının dengelenmesi, danışmanlık hizmetleri, kurumun sorun çözme programlarını kapsar.[24] Yardım hatları kurulması, zor durumdaki çalışanların desteklenmesi gerekir. Her çalışanın tükenmişlikle ilgili bilgilendirilmesi ve alınacak önlemlerle çalışma coşkusunu koruması topluma da katkıda bulunur.[16] Yapılan bu çalışmada aynı hastanelerde farklı tıp dallarında çalışanlar çalışmaya dahil edilmemiş ve anesteziyoloji-algoloji çalışanlarıyla karşılaştırılmamıştır. Her hastanede bu tip karşılaştırmalı çalışmalar hem branşa özgü, hem de kuruma ait tükenmişliği artırabilecek faktörlerin belirlenmesinde yardımcı olacaktır. Yine yoğun tükenmişlik yaşayan çalışanların belirlenerek psikiyatri yardımıyla çalıştığı bölümde tükenmişliği azaltıcı önlemler açısından değerlendirilmesi gereklidir.

Sonuç

Anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarında yüksek DT ve DY puanları saptanmıştır. Bu sonuçlar, söz konusu grubun ciddi tükenmişlik yaşadığını göstermektedir. Bu grubun çalışma koşullarından memnuniyetin az olması tükenmişliği etkileyebilmektedir. Tükenmişlikte etkili bu etmenlere yönelik yapısal düzenlemelerin yapılması, ruhsal destek sağlayacak birimlerin kurulması ve her birimde bildirilen sorunlara çözüm aranması ile çalışanların sağlığına katkı yapılması önerilmektedir. Tükenmişlikle başa çıkmak için kurumsal desteğin artırılması, sağlık personelinin ücret doyumuna ulaştırılarak ekonomik sıkıntıdan kurtarılması, profesyonel gelişme için fırsatlar, stres ve tükenmişlikle başa çıkma stratejilerinin öğrenilmesi yararlı olabilir.

Kaynaklar

1. Bertges Yost W, Eshelman A, Raoufi M, Abouljoud MS. A national study of burnout among American transplant surgeons. Transplant Proc 2005;37(2):1399-401.
2. İlhan MN, Durukan E, Taner E, Maral I, Bumin MA. Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. J Adv Nurs 2008;61(1):100-6.
3. Kaçmaz N. Tükenmişlik (burnout) sendromu. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2005;68:29-32.
4. Golub JS, Johns MM 3rd, Weiss PS, Ramesh AK, Ossoff RH. Burnout in academic faculty of otolaryngology-head and neck surgery. Laryngoscope 2008;118(11):1951-6.
5. Suruda A. Health effects of anesthetic gases. Occup Med 1997;12(4):627-34.
6. Mehlman CT, DiPasquale TG. Radiation exposure to the orthopaedic surgical team during fluoroscopy: "how far away is far enough?". J Orthop Trauma 1997;11(6):392-8.
7. Jackson SH, Cheung EC. Hepatitis B and hepatitis C: occupational considerations for the anesthesiologist. Anesthesiol Clin North America 2004;22(3):357-77.
8. Lee JH, Lee HC, Kim HD, Kim JY, Kim DW, Nam YT, Kim KJ. How much are anesthesiologists exposed to electromagnetic fields in operating rooms? Yonsei Med J 2003;44(1):133-7.
9. Harstall R, Heini PF, Mini RL, Orlor R. Radiation exposure to the surgeon during fluoroscopically assisted percutaneous vertebroplasty: a prospective study. Spine (Phila Pa 1976) 2005;30(16):1893-8.
10. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. Editör: Bayraktar R, Dağ İ. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Türk Psikologlar Derneği 1992. s. 143-54.

11. Çam O. Tükenmişlik envanterinin geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. Editör: Bayraktar R, Dağ İ. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Türk Psikologlar Derneği 1992. s. 155-60.
12. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981; 2:99-113.
13. Cam O. The burnout in nursing academicians in Turkey. *Int J Nurs Stud* 2001;38(2):201-7.
14. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Devrimci Özgüven H. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi* 1997;5(2):71-7.
15. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM* 2006;99(3):161-9.
16. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Kunzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005;135(7-8):101-8.
17. Girgis A, Hansen V, Goldstein D. Are Australian oncology health professionals burning out? A view from the trenches. *Eur J Cancer* 2009;45(3):393-9.
18. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician* 2008;54(2):234-5.
19. McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, Neill RA. Resident physician burnout: is there hope? *Fam Med* 2008;40(9):626-32 .
20. Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino AP. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Support Care Cancer* 2009;17(1):75-81.
21. İlhan MN, Tüzün H, Ceyhan MN, Maral I, Aygün R. Aynayı kendine doğrultmak: Bir tıp fakültesi araştırma görevlilerinde kişisel özellikler ve çalışma koşullarına ilişkin değişkenlerin tükenmişlik sendromu ile ilişkisi. *Toplum ve Hekim Dergisi* 2005;20(6): 455-462.
22. Doğan K, İlhan MN, Aygün R. Üçüncü basamak çalışanlarında tükenmişlik: Etkili kişisel ve mesleki etmenler. *MN Dahili Tıp Bilimleri* 2006;1(3-4):178-84.
23. Saleh KJ, Quick JC, Sime WE, Novicoff WM, Einhorn TA. Recognizing and preventing burnout among orthopaedic leaders. *Clin Orthop Relat Res* 2009;467(2):558-65.
24. İlhan MN. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu. İçinde: Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar. Ankara: 2009. s. 217-22.



ANESTEZİ CİHAZINDA ATIK GAZ SİSTEMİ EGZOS ÜNİTESİ ARIZASI (OLGU SUNUMU)



B.Bang GÜVEN, Bulent ATIK, Hakan AKIN, Sezai ÖZKAN

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Servisi, Üsküdar / İSTANBUL

GİRİŞ

Atık gaz alma sistemleri (AGAS) basınç-düşürücü valf aracıyla ile solunum devresinden gelen gazları ortamdaki uzaklaştırır. Ameliyat odası havasının anestezik gazlar ile kirliliği ameliyathane personelinin sağlığı için tehlike oluşturabilmektedir. AGAS içerisindeki basınç düzensizlikleri de hastalar için risk oluşturabilmektedir. Bu kirliliğin eser düzeyine indirilmesi ve hastaların vakum sisteminin negatif basıncından olumsuz etkilenmemeleri için etkin çalışan bir AGAS gerekmektedir (1).

ÖLÇÜ

70 kg. ağırlığında erkek hastaya akut apandisit ön tanısıyla acil operasyon planlandı. Hastaya genel anestezi verilmenden önce anestezi cihazında (ANS 200V model) APL valfi tam kapatılarak sistemde kaçak olmadığı manuel olarak test edildi. Ardından hasta indüksiyonu takiben sorunsuz bir şekilde entübe edildi. 70 dk süren operasyon süresince 8 L /dk. taze gaz akışı sağlandı ve herhangi bir sorun yaşanmadı. Operasyon sonunda hasta ekstübe edilmenden önce spontan solunumunu kontrol etmek için APL valfi tam açıldığında 6 L /dk. taze gaz akışına rağmen balonun dolmadığı ve hasta balonun negatif bir basınç ile boşaldığı fark edildi. Hemen anestezi makinesi ve solunum devresi kontrol edildi ve herhangi bir kaçak tespit



Example 11: Use the Factor Theorem

	Hazard ratio estimate			
	Dose group		Time axis	
	0.0001 100%	0.0101 100%	0.0001 100%	0.0101 100%
Hazard ratio	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%
Hazard ratio	4.40%	0.00%	4.40%	0.00%
Hazard ratio	3.00%	1.00%	3.00%	1.00%

Table 1. Summary of gas system energy characteristics

edilmedi. Ardından taze gaz akımı kontrol edildi ve burada da herhangi bir soruna rastlanmadı. Bu arada hastanın spontan solunumu %100 oksijen ve ambu ile desteklendi ve hasta yeterli tidal volumu spontan olarak sağladıktan sonra solunumuz bir şekilde ekstübe edildi. Daha sonra anestezî cihazındaki sorunu tespit etmek için ilgili firmanın teknik servisi arandı. Ameliyat sonrasında teknik servisin ilk değerlendirmesi, anestezî cihazı ile ilgili sorunun AGAS ile ilgili olabileceği yönündeydi. İlk önce merkezi (duvardaki) atık gaz tahliye sisteminin vakum (hepatif) basıncı ölçüldü ve basınç 20 mbar, yani 2 kPa (ISO OIS 7394-2:2005

standartlarına göre minimum: 2 kPa , maximum: 1 kPa olarak olduğu tespit edildi. Bunun üzerine anestezî cihazı üzerinde bulunan atık gaz sistemi egzoz ünitesindeki negatif basıncı düşüren valfle sorun çözülebileceği düşünülerek valf yenisiyle değiştirildi ve egzoz ünitesindeki rezervuar balon tamamen doldurulduğunda negatif basınç <10 cmH₂O olacak şekilde valf ayarlandı. Cihaz tekrar kontrolden geçirildiğinde ise AGAS' dan solunum devresine yansıyan negatif basıncın ortadan kalktığı görüldü.

SONUÇ

Operasyon öncesinde anestezî cihazı kontrolü yapılırken, APL valfi tamamen kapatılarak yapılan devre kaçağı kontrolü ile yetinmeyip, aynı zamanda devrenin Y parçası kapatılarak APL valfi tamamen açılmalı ve atk gaz tahliye sistemindeki negatif basınç solunum devresine yansımadağı mutlaka kontrol edilmelidir (7).



Keywords: child sexual abuse, child sexual exploitation, child sexual abuse, child sexual exploitation, child sexual abuse, child sexual exploitation

References

Large Time Insurance, Ltd. 2000-2001

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110



LATEKS ALERJİSİ OLAN HASTADA PREOPERATİF HAZIRLIK VE ANESTEZİ YÖNETİMİ (OLGU SUNUMU)



B.Barış GÜVEN, Mensur BULUT, Hüseyin ŞEN, Sezai ÖZKAN

GATA Haydarpasa Eğitim Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Servisi, Üsküdar / İSTANBUL

GİRİŞ

Lateks kauçuktan yapılmış ürünlerin içinde bulunan ve alerjide bulunduğu olan bir maddedir. Lateks gündelik hayatta kullanılan birçok malzemenin yapısında bulunmakta ve tıbbi malzeme yapısında yaygın olarak kullanılmaktadır. Lateks alerjisi önemli bir tıbbi sorun olarak ön alınması lateks spesifik IgE antijen anafilaktik reaksiyonların gelişmesiyle gerçekleşmektedir. Özellikle atopik bünyeli bireyler doğal kauçuk lateksle karşı duyarlanmada risk grubu olmaktadır. Son yıllarda lateks duyarlılığı saptanan kişilerde büyük artış görülmüştür (1).

OLGU

64 yaşında, bayan hastaya umbikal herni ile cerrahi operasyon planlandı. Hastanın preoperatif hazırlığı sırasında anamnezinde alerjik rinit ve lateks içeren maddelere karşı ten derisinde duyarlılığı olduğu ve lateksle bacağı kontakt ettikten, nefes darlığı nedeniyle 2 kere acil servise başvurulduğu öğrenildi. Hastanın lateks spesifik IgE (+) ve lateks prick testi (+) bulundu. Hastanın geçmiş öyküsünde lateks alerjisi hikayesine dayanarak, ilgili hastalığı ve buna bağlı ameliyatta gelişebilecek olumsuzluklar ameliyat öncesinde hasta ve yakınlarına anlatıldı ve yalıtım ünitesi bildirildi. Hasta operasyon salonuna ilk sıra olarak planlandı. Ameliyathanesini bir çocuk gibi salona tutan duvarları, ameliyat masası, lambalar, anestezik cihazı, malzeme dolapları dezenfektan ile iyice silindi. Salondaki hepa filtresi klimadan 24 saat önceden operasyon salonuna kadar geçirildi. Salın lateks içeren malzemelerden (Resim-1) arındırıldı ve lateks içermeyen diğer olan sedye, ameliyat masası, monitör kabloları gibi yüzeyler pamuk iperki bezlerle örtülerek hasta ile teması önendi (Resim-2). Ameliyat salonu grüne "Lateks Alerjik Hasta" bannerı yerleştirilerek salona giriş ve çıkışlar sınırlandırıldı. Anestezik cihazına lateks içermeyen drone, air ve hemiflex tüpleri takılarak intubasyon ile lateks parçalarının alımı engellendi. Hasta operasyon salonuna yitil maskesi ile transport edildi. Hastaya 60 mg iv prednisolon, 50 mg iv ranitidin (acutan) ve 45.5 mg iv fentanyl ile premedikasyon yapıldı. Rutin monitorizasyon uygulanırken hastaya 5mg / kg iv fentanyl, 0.1 mg / kg iv vekturyum ve 1 mg/kg iv fentanyl ile anestezik intoksikasyonu uygulanırken 3 dk sonra, hasta orotrakeal entübe edildi. 60 dk sonra operasyon salonunda hasta entübe edildi ve herhangi bir komplikasyon görülmeli.



Resim-1 Lateks içeren malzemelerin silinmesi için kullanılan dezenfektan spreyi



Resim-2 Lateks içeren malzemelerin arındırıldığı operasyon salonu

SONUÇ

Malzemenin düşük olması, evrensel ve yaygın lateks içeren maddelerin üretiminde varlığını göstermektedir. Özellikle atopik bünyeli alerjik rinit olan kişiler lateksle karşı alerjik duyarlılık reaksiyonu açısından risk olmaktadır (2). Bu bireylerde cerrahi müdahale öncesi operasyon salonu 24 saat önceden lateks içeren ürünlerden arındırılması, ameliyathanesini ziyaret eden lateks alerjisi ve lateks içeren malzemeler hakkında bilgilendirilmesi, bu tür durumlarda preoperatif hazırlık için bir protokol ve check list (lateks içeren ve içermeyen ürünler) oluşturulması ve olan anafilaktik reaksiyona karşı hazırlıklı olunmasıdır.

Kaynaklar

1. J Allergy Clin Immunol. 2012;125:15-18
2. Allergy Asthma. 2012 Aug;17:885-75



AKONDROPLAZILI GEBEDE SPİNAL NÖROAKSİYAL ANESTEZİ UYGULAMASI

B. ÇANKAYA¹, T. ET², H. BORAZAN², Ş.OTELCİOĞLU²

¹İ.Ş.Atasagun Devlet Hastanesi, Nevşehir

²NEÜ, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Konya

GİRİŞ

Cücelik ergenlikte 148 cm boy uzunluğuna erişememe olarak tanımlanan, kadınları erkeklere göre daha sıklıkla tutan otozomal dominant hastalıktır.Yüz çoşitten fazla cücelik tanımlanmıştır ve en sık olanı akondroplazik cüceliktir. Baş ,burun, ekstremiteler, vertebra anomalileri eşlik etmektedir (1).

OLGU

25 yaşında, 53 kg, boyu 1,30 m., ameliyat öyküsü olmayan primigravide gebeler 37. Hft'ken sefalopelvik uyumsuzluk, fetal distres nedeniyle acil c/s için ameliyathaneye kabul edildi. Hıl per os tam olan hastanın havayolu değerlendirmesinde Mallampati skoru 2, tiromental mesafe 2 cm.,vertikal tiromental 5,8 cm., horizontal tiromental 9,6 cm, sternomental 9,7 cm. idi. Mandibula protrüzyonu (üst dudak ısırtma) sınıf B : alt kesiciler vermilion çizgisinin altında, boyun hareketliliği kısıtlı, dil büyük, hafif kifoskolyoz ve lumbardoz vardı. TA: 110/64 mmHg., vuruş:82/dk., EKG: NSR idi. Laboratuvar değerlendirmesinde tüm değerler normal sınırlardaydı. Damar yolu açılıp zor entübasyon hazırlığı yapıldı. 1 mg. midazolam ile sedatize edilip özenle pozisyon verilerek intratekal yolla bupivakain (heavymarcaine 10 mg.) + fentanyl 12,5 µg. (2,25 ml. vollen) L 3-4 aralığından 25 G Quincke iğne kullanılarak uygulandı. T4-S4 aralığında blok sağlandı. İntraop. giriş tansiyonu %30 düşüş göstermesi üzerine tek doz efedrin uygulanması dışında perop. sorunsuzdu. Hemodinamisi stabil seyreden hasta PACU ünitesinde izlenerek servise transfer edildi. Yenidoğanın muayenesinde özetlik yoktu.

TARTIŞMA

Akondroplazik cücel hastaların ameliyatlari öncesinde anestezi ekibinin bilgilendirilmesi, zor havayolu, zor nöroaksiyal girişim ve eşlik etmesi olası kardiyovasküler ve solunumsal sorunlar için hazırlık yapılması yaşamsal önem taşımaktadır (2).Gerek genel anestezi (apnı anksiyete, zor iv. giriş, zor maske ventilasyonu, zor entübasyon, spinal kord iskemisi, normale oranla 8 kat fazla olan obezite sıklığı ve buna bağlı riskler, obstrüktif ve/veya santral uyku apnesi, sekonder pulmoner hipertansiyon, restriktif akciğer hastalığı, kronik respiratuvar infeksiyonlar, hipersalivasyon, gastroözefagiyal reflü) uygulaması, gerekse nöroaksiyal teknik (spinal dar kanal, azalmış epidural boşluk, kifoskolyoz, vertebral kemik deformiteleri, bloğun düzensiz yayılımı, yüksek spinal anestezi) riskler taşımaktadır (3,4).

KAYNAKLAR

1. Morone M.J., Balck I.H. Epidural anaesthesia for caesarean section in an achondroplastic dwarf . BA 1998 ;81:619-621.
2. Mitra S., Dey N., Gumber K.K. Emergency Cesarean Section in a Patient with Achondroplasia: An Anesthetic Dilemma / Anesth Clin Pharmacology 2007; 23(3): 315-318.
3. Raghoe P., Singh K., Lal J., Kad R., Ghai A. Anaesthetic Management of Emergency Caesarean Section in an Achondroplastic Dwarf The Indian Anaesthetists' Forum January 2012(1).
4. Sawana E.N., Kapoor D., Tanaja B., Maini L., Hora S. Anaesthetic management of caesarean section in an achondroplastic dwarf Indian Journal of Anaesthesia 2008;52(6): 844-848.



TÜRKİYE'DE ANESTEZİ TEKNİKERLİĞİ EĞİTİMİNİN TARİHSEL SÜRECİ

Öğr. Gör. Yasemin KESKİN

Kastamonu Üniversitesi Tıbbi Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknisyen Bölümü Tıbbi



Anestezî uygulamalarında, anestezî uzmanlarının yardımcı teknik elemanı olarak rolüne katılmak amacıyla 1985 yılında 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kurumu Kanunu 7. maddesinin 8 fıkrası üzerine çeşitli üniversitelere bağlı Sağlık Meslek Yüksekokullarında lisans programı olarak açılmıştır. Kaynaklar incelendiğinde, bu alanda açılan ilk lisans programının, 1984 yılında Ankara Hacettepe Üniversitesi'ne bağlı Sağlık Meslek Yüksekokulu'nda olduğu görülmüştür.



Modern anestezinin 1846 yılında başlamasından bu yana, sağlık alanında önemli ilerlemeler kaydedilmiş ve anestezî gerek cerrahi alanda gerekse (anestezî uygulanmaz) diğer alanların temel yapı taşı haline gelmiştir. Ameliyathanelerde yapılan cerrahi girişimlerin hayata geçirilmesi, sürdürülmesi ve sonlandırılmasında anestezî kritik bir rolüne sahiptir. Yapılan müdahalelerin başarıyla sonuçlanması, ekibin eğitimi ve bilinçli olması bağlıdır. Buna bağlı olarak da, anesteziden sorumlu sağlık çalışanlarının kamu gelişen bilim ve teknolojiyi yakından takip etmeleri, bu alanda kendilerini en iyi şekilde yetiştirmeleri gerekmektedir. Ülkemizde bu alanda geçen yıllarda anestezî teknikerliği eğitiminin, 28 yıllık kısa bir süreçte bulunmaktadır.



Sağlık Bakanlığı ve YÖK tarafından hazırlanan 'Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İhtiyaçları Ocak 2013 raporu'na göre, 1988'de sağlık meslek liselerinde anestezî bölümü ilk mezunlarını 28 kişi olarak vermişti ancak bu sayı 2000 yılında 811' lere ulaştığı görülmüştür. Bu bilgi doğrultusunda, sağlık meslek lisesi anestezî bölümlerinde 1984 yılında eğitime başlandığı görülmektedir. Aynı rapora göre, lisans anestezî/anestezî teknikerliği bölümü ilk mezunlarını 1987'de, 28 kişi olarak vermiştir. 2009 yılı mezunları ise 352 kişi iken, rapora göre toplam mezun sayılarına 2009 yılında 5173 kişi olduğu belirtilmiştir. Bu lisans programının yanı sıra anestezî teknisyenliği ve teknikerler ile mesleki gelişimine katkıda bulunmak, akademik çalışmalarında bulunmak ve toplum sağlığı açısından yararına olacak, her türlü faaliyetleri destekleyecek çalışmalar yapmak amacıyla 2011'de Anestezî Teknisyenleri ve Teknisyenleri Derneği (ATTD) kurulmuştur.

ANAHTAR KELİMELER: Anestezî, tarihi gelişim, anestezî teknikerliği.

İZMİT SEKA DEVLET HASTANESİ ANESTEZİ KLİNİĞİ: KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

Turan M.* , Kuzu T.* , Şahin E.* , Akdemir C.**

AMAÇ :

İzmit Seka Devlet Hastanesi ameliyathane çalışanları olarak 2011 yılı ilk 6 ayında hastanemiz ameliyathanesinde yapılan işlemler ve klinik deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

MATERYAL- METOD :

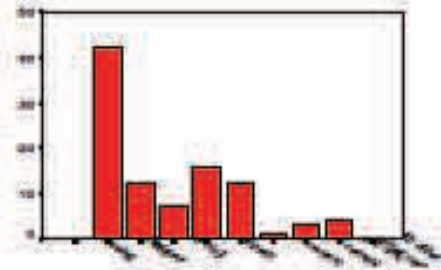
İzmit Seka Devlet Hastanesi arşivinde mevcut olan ameliyathane kayıt defterlerinden geriye dönük olarak Ocak 2011- Mayıs 2011 tarihleri arasında hastanemiz ameliyathanesinde yapılan girişimlerin kayıtlarına ulaşıldı.Hastalara ait veriler cinsiyet , yaş , ASA sınıflandırılması , geçirilen cerrahi tipi ve anestezi türü olarak belirlendi.Hastanemizde çalışma tarihleri içerisinde faal olan cerrahi klinikler genel cerrahi, KBB, Üroloji, ortopedi, beyin cerrahi, göğüs cerrahi, kalp damar cerrahi, göz ve plastik cerrahi ve odontoloji idi. Anestezi işlemleri ; genel , spinal,epidural, kombine spino epidural,genel LMA, sedasyon, periferik sinir bloğu olarak sınıflandırıldı. Yaptığımız bu geriye dönük , tanımlayıcı çalışmanın istatistikleri SPSS 13 paket programı kullanılarak gerçekleştirildi.

BULGULAR :

Ocak 2011- Mayıs 2011 tarihleri arasında ameliyathanemizde toplam 1963 hastaya cerrahi işlem uygulandı . Hastaların % 50.6 sı kadın, % 49.4 erkek idi. Hastaların en küçüğü 0 , en büyüğü 99 yaşında idi, yaş ortalaması 46 (ortalanca değer) olarak bulundu,

ASA skoru 1 ve 2 olan hastaların toplam görülme sıklığı % 84.3 iken ASA 3 % 14 ,ASA 4 %1.8 idi

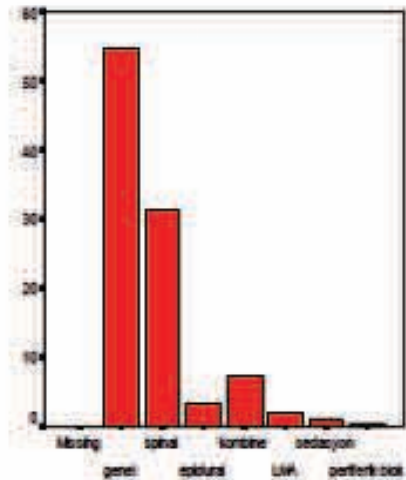
Yapılan cerrahi işlemlerin dağılımı aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.



Grafik 1 : Cerrahi

Hastaların 1075 inde genel anestezi ,619 unda spinal, 61 inde epidural , 145 inde kombine, 42 sinde LMA ,16 sinda sedoanaljezi, 5 inde periferik blok uygulaması yapıldı.

Yapılan anestezi işlemlerin dağılımı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.



Grafik 2 : Anestezi işlemlerin dağılımı

SONUÇ :

Hastanemizde 2011 yılının ilk 5 ayına ait istatistiki bilgiler Türkiye’ de benzer büyüklükteki diğer hastanelerden yapılan bildirilerle örtüşmektedir.

* Anestezi Teknisyeni

**Anesteziyoloji Uzman Doktoru

ANESTEZİ UZMANLARI VE ANESTEZİ ÇALIŞANLARI

Anestezi uygulamalarının en güvenli şekilde sürdürülmesinin temel koşulu, anestezi uzman ve teknikerlerinin üzerlerine düşen görevleri tam olarak yerine getirmeleridir. Çalışmadan alınan verimin artmasının da en güzel yolu, karşılıklı hoşgörü ortamının sağlanmasıdır.

Bugün mobbing oranlarına bakıldığında, büyük oranda payın sağlık sektörüne ait olduğu göze batmaktadır. Ve yine kendi klinik ortamımıza dönersek, mobbingin akademik hiyerarşi çerçevesinde üstün alta bir yaptırımı olduğu görülmektedir. Bu noktada, anestezi uzman hekimlerine ve anestezi birimlerindeki sorumlu teknikerlere büyük görevler düşmektedir.

Anestezi uzman hekimleri, büyük bir sorumluluk altındadır. Anesteziye bağlı tıbbi anlamdaki tüm yükler sırtlarına binmiştir. Bariz bir hata yer almadıkça, yasalar karşısında esas muhataplar anestezi uzmanlarıdır. Bunun yanında; çalışma ortamının yarattığı stres, çalışma saatlerinin yoruculuğu gibi faktörler de üstüste geldiğinde büyük bir esaret yaşadıklarını anlamamız zor değildir. Fakat bilinmesi gereken odur ki, anestezi teknisyen ve teknikerleri de aynı ortamda çalışmaktadır. İşin de büyük kısmını üstlendikleri için aynı sorunlara sahiptir. Ve akademik hiyerarşi neticesinde, esas mobbinge maruz kalan taraflar onlardır.

Bu bağlamda düşündüğümüzde, anestezi uzmanlarından da beklentiler olması çok olağandır. İş ortamında hoşgörü ve dostluk çerçevesinde bir takım işi yapıldığı, anestezi teknisyen ve teknikerlerinin de belli birikimlere sahip olduğu kabul edilmelidir. Uzmanların teknisyen ve teknikerlerin teorik anlamda gelişimine, sahip oldukları akademik donanım ile katkıda bulunmaları; kendi sırtlarındaki yükten de bir nebze arınmalarına yarar sağlayacaktır. Anestezi teknisyen ve teknikerlerini yetiştiremedikleri işlere koşturdukları insanlar olarak değil, yaptıkları işin diğer yarısı olarak görmeleri en olumlu tutum olacaktır. Uzmanlardan beklenen; bilimsel katkı, hoşgörü ve mesleğe biraz daha saygıdır.

Anestezi teknisyen ve teknikerlerine düşen görev ise; gerek teorik gerek de pratik anlamda gelişimi sürekli hale getirmek ve ülkedeki anestezi eğitiminin yetersizliğini bireysel çabalarla kapatarak, hekimlerin de ihtiyacı olan daha yararlı teknik profesyoneller olmaya çalışmaktır. Lisans eğitiminin gerçekten de gerekli olduğu noktasında hemfikir uzman hekim sayısı bu sayede eminim ki büyük artış gösterecektir.

Bir takım işi yapıldığının bilincinde olarak karşılıklı hoşgörünün egemen olduğu bir ekipte, eminim ki ilişkiler daima olumlu yönde gelişecektir.

Ahmet Emre AZAKLI

Anestezi Teknikeri

www.aeazakli.com

DÜŞLERİNİZİ ERTELEMİYİN

Yıllarca evlerinde ölümü bekleyen hastalara bakan Avustralyalı hemşire Bronnie Ware, emekli olduktan sonra kitap yazmaya karar verdi.

Hemşire Ware, hastalara “En büyük pişmanlığınız nedir?” diye sordu. Bronnie Ware yanıtlara kitabında yer verdi.

1."Keşke başkalarının benden beklediği hayatı sürmek yerine düşlerimi gerçekleştirme cesaretim olsaydı."

Ware'e göre insanlar, yaşamlarının sona erdiğinin farkına varıp geriye döndüklerinde düşledikleri şeylerin çok büyük bir kısmını gerçekleştirmediklerini görüyor ve pişman oluyor.

2."Keşke bu kadar çok çalışmasaydım."

Ware'e göre erkek hastaların büyük bir kısmı, işleri nedeniyle ailelerine ve dostlarına yeterince vakit ayıramadıkları için pişman oluyor. Ware, erkek hastaların büyük bir kısmının eğer bir şansları daha olsa dönüp çocuklarının kaçırdıkları anlarını yaşamak istediklerini gözlemledi.



3."Keşke duygularımı dile getirmeye cesaretim olsaydı."

Birçok insanın diğerleri ile ilişkilerini belirli bir düzeyde tutmak için duygularını bastırdığını söyleyen Ware, bastırılan duyguların insan sağlığı üzerinde son derece olumsuz etkileri olduğunu ileri sürdü.

4."Keşke arkadaşlarımla ilişkiyi sürdürseydim."

İnsanların kendi yaşamlarına çok fazla odaklanıp arkadaşlarıyla ilişkilerini yitirdiğini ancak ölüm yatağında fark ettiğini söyleyen Ware, ölmekte olan insanların en çok eski arkadaşlarını özlediğini söyledi.

5. "Keşke kendime daha çok mutlu olmak için izin verseydim."

Çoğu insanın mutluluğun aslında bir seçim olduğunu ölüm anı gelene dek fark etmediğini söyleyen Ware, insanların rahat yaşamak uğruna eski alışkanlıklarına sıkı sıkıya bağlı kaldığını belirtti.

Alışkanlıklarından vazgeçmek istemeyen insanların değişme korkusu yaşadığını ve daha fazla mutlu olma şansını kendi kendilerine yok ettiğini belirten Ware, ölüm yatağındaki hastalarının "Keşke daha çok gülseydim, keşke aptalca şeyler yapmaktan bu kadar korkmasaydım" diyerek pişmanlıklarını dile getirdiğini sözlerine ekledi.

Sema ERDOĞAN
KOÜ Tıp Fakültesi Hastanesi
Anestezi Teknikeri

ANESTEZİ ÇALIŞANLARINDA İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ ÇALIŞTAYI

Ülkemizde, Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile son 10 yılda sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin ve bunun doğal yansıması olarak sağlık hizmetlerine olan talebin fazlasıyla arttığını görüyoruz. Bu süreçte, vatandaşlarımız sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanır hale gelmiş ve memnuniyet yüzdeleri belirgin bir şekilde yükselmiştir. Ancak hızla artan bu talep ve memnuniyet yüzdelerine, maalesef sağlık çalışan sayısı olarak cevap verilememiştir. Bunun karşılığında çalışan memnuniyeti hızla düşmüştür. Hatta bir çok sağlık personelini farklı sektörlere imrenerek bakar ve yeni iş fırsatlarını arar duruma gelmiştir. Gerek performans sisteminden kaynaklanan yanlışlar gerekse yanlış istihdam politikaları ve ağır iş yükü karşısında ezilen sağlık çalışanları, artık kendi sağlıklarından da endişe eder hale gelmiştir.

Bilindiği üzere, Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği olarak yurdun birçok yerinde eğitim seminerleri düzenlemekteyiz. Kısa bir mazimiz olmasına rağmen bugüne kadar 5 eğitim seminerini başarı ile gerçekleştirdik. Bu seminerlerde meslektaşlarımızla kucaklaşma imkanı bulmakla beraber; çalışma ortamında karşılaştıkları zorluklar hakkında bilgi, dilek ve şikayetlerde toplama imkanı buluyoruz. Bu toplantılar esnasında; ameliyathane çalışma koşulları, iş güvenliği ve çalışan sağlığı konuları en dikkat çeken hususlar olarak karşımıza çıkıyor.

Meslektaşlarımızın çalıştığı ortamın güvenliği ve çalışan sağlığı üzerine etkileri hakkında endişe duyduğu, bilgi kirliliği yada eksikliği yaşadığı aşikardır. İşte duyulan bu endişelere ışık tutmak ve bilgi eksikliğini ortadan kaldırmak amacıyla yönetimimiz **"İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı"** üzerine bir çalıştay düzenleme kararı aldı.

Elbette ameliyathaneler çalışılması kolay yerler değildir. Tabii ki ameliyathanelerin kendine has şartları ve özellikleri olacaktır. Ancak ameliyathane çalışanları, stresli ve riskli bir işin parçası olmanın yanında ; radyasyon , enfeksiyon hastalıkları, atık gazlar, suni atmosfer ve suni ışık koşulları gibi birçok olumsuzluğa da her gün maruz kalmaktadır. Buna rağmen bu kutsal görevi yerine getirmekteyiz. Ancak hastalarımıza şifa dağıtırken kendi sağlığımıza da dikkat etmek mecburiyetindeyiz?

Peki bu kutsal görevi yerine getirirken sağlığımıza ne kadar dikkat ediyoruz? Ameliyathanelerde ve anestezi uygulamalarında kendi güvenliğimiz için neleryapmalıyız? Radyasyon, Atık Gazlar, Enfeksiyonlar, Lazer ve benzeri tıbbi cihazların üzerimizde ki etkileri nelerdir? Anestezi çalışanlarının karşılaştığı risk faktörleri nelerdir? İş güvenliği yönünden ameliyathanelerde nelere dikkat edilmelidir?

Bu benzeri birçok soruya cevap aramak ve çözüm üretmek amacıyla, **16 Şubat da İstanbul'da "Anestezi Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Çalıştayı"** gerçekleştirdik. **Saat 9:00 da** yönetimimizin açılış konuşması ile başlayan toplantımız **bir gün** sürdü.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İş ve Meslek Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Mustafa N. İlhan'ın değerli katkılarıyla gerçekleştirilen toplantıda, yine Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Yusuf Ünal "**Atık Gazların etkilerini**" konu alan sunumuyla aramızda bulundu. Ayrıca Gazi Üniversitesinde Sayın Arzu Fırlarer "**İş Güvenliği Açısından Ameliyathaneleri**" temalı konuyu anlattı. Daha sonra Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği başkanı Sayın Nezaket Özgür; "**Anestezi Ve Radyasyon Güvenliği**" konulu oturumda bizlerle radyasyonun içerdiği tehlikeleri, doğru kullanımı ve korunma yollarını paylaştı.

"**Ameliyathanelerde Lazer Uygulamaları ve Çalışanlara Etkisi**" üzerine sunum yapan Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden, meslektaşımız Sayın Sema Erdoğan böylece fazla bilinmeyen bir konuyu bizlere aktarmış oldu.

"**Kesici delici alet yaralanmalarına** sağlık çalışanları arasında en çok biz anestezi çalışanları maruz kalmaktayız. Birçok enfeksiyonun kaynağı olan bu olguyu Acıbadem Üniversitesi Kadıköy Hastanesi den, yine bir meslektaşımız Sayın Esin Erkek sunmuştur.

Aynı iğne batmaları gibi anestezi çalışanlarında sıklıkla görülen bir diğer vakada narkotik bağımlılığı ve anestezikler ile gerçekleştirilen suisit (intihar) girişimleridir. Madde bağımlılığı üzerine birçok çalışmaya imza atmış olan Sayın Doç. Dr. Mustafa N. İlhan bu hassas konuyu masaya yatırmış ve bu durumdan nasıl korunulması gerektiğini o güzel anlatımıyla bizlerle paylaşmıştır.

Sunumların arkasında ise risk etmenleri belirlenmesi aşamasına geçildi. Oluşturulan farklı gruplar ile iş yerindeki riskler yine çalışanlar tarafından belirlenmeye çalışıldı. Daha sonra her grubun sözcüsü karşılaştıkları risk faktörleri ve derecelerini sıralayarak, bunlarla ilgili çözüm önerilerini sıraladılar. Grup çalışmalarının ardından; risk etmenleri belirlenerek bir yol haritası oluşturmaya çalıştık. Çıkan bu sonuçları ileride yine bu sayfalardan sizlerle paylaşacağız.

Türkiye'de anestezi branşı ile ilgili olarak ilk defa gerçekleştirilen çalıştayımızın sonuçları tatmin edici ve geleceğe ışık tutar mahiyetde idi. İlerleyen dönemlerde tekrarını planladığımız bu çalıştayla ilgili olarak anestezi işinin paydaşı tüm grupların geniş katılımını ve katkısını bekliyoruz. .Sizlerinde bildiği üzere biz anestezi çalışanları zor ve fedakarlık isteyen bir işin parçasız. Bu şerefli ve kutsal görevi yerine getiren bizler en az hastalarımızın sağlığı kadar kendi sağlığımızda dikkat etmeliyiz. Zira insanların hayatlarına dokunan ve onlara şifa vermeye çalışan eller kolay yetişmemektedir. Tekrar görüşene dek sağlık ve mutlulukla kalın.

Anestezi Teknisyenleri Ve Teknikerleri Derneği Yönetim Kurulu Üyesi
Anestezi Teknikeri Hasan Uygur Koç
N.E.Ü . Meram Tıp Fakültesi Hastanesi



2012 GÜZ SEMİNERİ EGE' NİN İNCİSİ İZMİR' DE GERÇEKLEŞTİRİLDİ

Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği' nin 5. Mezuniyet Sonrası Eğitim Semineri İzmir' de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi' nde Muhittin Erel Anfi' sinde 24 – 25 Kasım 2012 tarihinde gerçekleştirmiştir. Seminere Türkiye genelinde ilgi gösterilmesi ve katılımın yüksek olması bizleri memnun etmiştir. 2 gün süren seminerin açılış konuşmasını ATTD Yönetim Kurulu Başkanı Yrd. Doç. Dr. Zehra Serpil Ustalar ÖZGEN yapmıştır.

Seminere ilk gün Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Kamil KUMANLIOĞLU, Ege Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D Başkanı Prof. Dr. Fatma Zekiye AŞKAR, Öğretim Üyeleri Prof Dr. Sezgin ULUKAYA, Doç. Dr. Abdürrahim DERBENT, Doç. Dr. Semra KARAMAN, Doç. Dr. Işık ALPER, Acıbadem Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D. Başkanı Prof. Dr. Nigar BAYKAN, Öğretim Üyeleri Prof. Dr. Fevzi TORAMAN, Yrd. Doç. Dr. Zehra Serpil Ustalar ÖZGEN, Yrd. Doç. Dr. Meltem AÇIL ve Kocaeli Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D. Öğretim Üyesi Doç. Dr. Tülay HOŞTEN katılarak destek vermiştir.

24 Kasım tarihinde gerçekleştirilen oturumlarda her gün kullandığımız anestezi makineleri ile ilgili çok önemli bilgiler edindik. Anestezi makinelerinin nasıl çalıştığından, parçalarına, tehlikeli durumlarda nasıl davranmamız gerektiğine, kendimizi atık gazlardan nasıl koruyacağımıza kadar pek çok konuda güncel bilgilerde donatıldık. Ayrıca Türk Silahlı Kuvvetlerinden misafirimiz olan meslektaşlarımız katılımları ile bizleri sevindirdiler Bizlerle tecrübe ve deneyimlerini paylaşarak farklı bakış açıları kazanmamızı sağladılar. Daha sonra destek verdiğimiz bir sosyal proje olan YAŞÖM hakkında da bilgilerimizi misafirlerimizle paylaşmaktan gurur duyduk. Seminere 6 poster ile katkıda bulunan arkadaşlarımıza teşekkür ederiz. Paylaştıkları bilgiler bizler için aydınlatıcı ve çok yararlı olmuştur.

Güzel bir İzmir gününde yapılan seminerin öğle arasında misafirlerimize İzmir' e has olan sıcak kumru ikram edilmiş ve lokma dökülmüştür. Çay ve kahve ikramlarımız ile misafirlerimize layık bir karşılama yapmış olmaktan memnuniyet duymaktayız. Gün sonunda düzenlediğimiz Aile Toplantısı ile meslektaşlarımızla kaynaşma imkanı bulduk ve onların sorun ve isteklerini dinleyerek çözüm yollarını konuştuk. Sorunların çözülmesi için hiç zaman kaybetmeden çalışmaya başladığımızı ve çözüm için gerekli girişimlerde bulunduğumuzu buradan üyelerimizle de paylaşmak isteriz. Ayrıca bugüne kadar yaptıklarımızı üyelerimizle paylaşarak, hep beraber bu kısa zamanda ne kadar yol aldığımızı da görme fırsatı bulduk.

25 Kasımda ise geleneksel bir hal alan ve meslektaşlarımızın kaynaşmasını sağlayarak; biraz da olsa stresten uzaklaşmalarına katkıda bulunduğunu düşündüğümüz Ödüllü Anestezi Bilgi

Yarışması düzenlenmiştir. Çok eğlenceli ve bir o kadar yararlı geçen bilgi yarışması sonucu katılımcılara ödülleri dağıtılmıştır. Seminerde yaptığımız anketleri toplayarak hazırladığımız raporları Sağlık Bakanlığı, YÖK, Milli Eğitim Bakanlığı ve sağlıkla ilgili diğer sivil toplum kuruluşları ile en kısa sürede paylaşarak taleplerimizin halklılığını, kanıtlar ve çözüm yolları ile paylaşacağız. Bunların kazanımlarımız için gerekli olan adımları atmamızda önemli olduğunu bu seminerler yardımı ile daha da iyi görmüş bulunmaktayız. Seminere katkıda bulunan Ege Üniversitesi, Acıbadem Üniversitesi, Kocaeli Üniversitesi Öğretim Üyeleri ve teknisyen/teknikerlerine, ATTD Yönetim Kuruluna, sunumları ile bize katkıda bulunan Anestezi Tekniker'lerine teşekkür ederiz.

Yeni bir Mezuniyet Sonrası Eğitim Seminerinde buluşmak dileği ile!

A.T.T.D. Yönetim Kurulu Üyesi

Anestezi Teknikeri Şükran BALKANER







SUALTINDA NARKOZ

Değerli meslektaşlarım, Kocaeli Üniversitesi Sualtı Topluluğu üyesi olarak 1998 yılından beri scuba yapmaktayım. SCUBA (Self Continent Underwater Breathing Apparatus) yani sualtında nefes alıp vermeyi sağlayan donanım anlamına gelmektedir.

Sualtının güzelliklerini keşfetmek çoğu zaman keyif verici olsa da asıl keyif veren bu keşfin bir organizasyon ve ekip işi olmasıdır. Bu açıdan bakıldığında Anestezi uygulaması ile ortak bir yönü olduğunu düşünüyorum. Bir farkla dalışta risk altında olan kendi hayatımız...

Dalış sporu ile tanışmam mesleğimdeki ilk yıllara karşılık gelmektedir. Sualtı merakım, edindiğim disiplin açısından gelişimime önemli katkılar sağlamıştır. Bunun mesleğime de katkı sağladığını düşünmekteyim. Bu nedenle de halen hem mesleğimi hem de dalışı birlikte devam ettirmekteyim.

Sualtı tarih boyunca merak konusu olmuştur. Merak su altına ilgiyi arttırmış ve bu alanda gelişimi sağlamıştır. Bugün çok derinlerde uzun süreler kalmak suretiyle büyük işler yapılmaktadır. Buna en güncel örnek ise Marmaray Projesi gösterilebilir. Biz keyif dalıcıları çok derinlere inmesek de belgesellerde izleyerek hayrete kapıldığımız durumların içerisinde kendimizi bulmaktayız. Pek yorucu bir uğraş sayılmasa da insanı ruhsal anlamda rahatlatmakta ve enerji vermekte olduğunu iddia ediyorum. Tüm meslektaşlarımın hayatları boyunca en az iki kez denemelerini tavsiye ediyorum. Neden iki demem merak uyandırmasın deneyin ve görün. Unutulmaması gereken ise, gerekli kuralları mutlaka yüksek disiplin sahibi eğitmenlerden almak diyebilirim. Sanıldığının aksine pek pahalı olmayan dalış farklı bir his aynı hisse ne televizyon başında ne de dev akvaryumlarda alabilirsiniz.

Dalış sporu ya da hobisi disiplinden uzaklaşıldığında önemli sorunlar oluştura bilmektedir. Çünkü su altında uzun süre kalmak insan fizyolojisine aykırıdır. Pek çoğumuzun çekinme nedenlerimizden biride budur. Sualtında dalıcıların karşılaşılabilecekleri sorunlardan biride yazımın başlığı ile paralel diyebilirim. NARKOZ.

Narkoz, Azot narkozu su altında da dalıcılar anestezi etkisine benzer bir etki ile karşı karşıya kalmalarıdır. Halk arasında dalıcıların sadece vurgun yediğinden söz edilse de aslında karşılaşılan önemli sorunlardan biri de narkozdur. Dalıcıların su altında oksijen solumaları da yine yanlış bilinen bilgilerdendir. Dalıcılar normal yaşamımız için gerekli olan, yaklaşık % 21 oksijen ve % 78 azot bulunan havayı solumaktalar yani şuan bizlerin soluduğu gibi. Tabii bu yazıyı farklı bir ortamda okumuyorsanız.

Azot Narkozu, dalıcılar belirli derinliğe ulaştığında artan basınç ile fazla miktarda çözünen azotun merkezi sinir sistemini etkilemesi ile başlamaktadır. Başlangıç da sedasyona benzer bir etki gösteren durum dalıcının derinleşmeye devam etmesi durumunda tam ve kontrolsüz bir anesteziye daha doğrusu bilinç kaybına dönüşebilmektedir. Oluşan bu duruma da dalıcılar Azot Narkozu demektedir. Dalıcılar bu durumu engellemek için birçok kurala uymaktadırlar. Dalıcılar özel işaretlerini kullanarak dalış sırasında durumlarını sık sık sorgularlar, haberleşirler ve asla tek başlarına dalış yapmazlar. Bu önlemlerden bazılarıdır. Nitrojen narkozunu

hisseden dalıcılar, derhal birkaç metre yükseldiğinde durumun etkisinden kurtulacağı konusunda bilinçli ve eğitilidirler. Nitrojen narkozu ile her dalıcı mutlaka karşılaşır diye bir durum söz konusu değildir. Keyif verici olduğunu söyleyenler bile var. Ancak kesinlikle dikkat edilmesi ve karşılaşıldığında yapılması gerekenlere uyulmalıdır.

Derneğimizin önemli yayın organı olan dergimizde sizlerle paylaşmak istediğim bu sporu mutlaka denemenizi önermekteyim. Dilerim bir gün hep birlikte dalışlar yaparız. Kim bilir belki su altında karşılaşırız. Denemeyi düşünen arkadaşlara şiddetle tavsiye ederken, bu sporu ya da hobiye yapan ve denemekte olan arkadaşlara iyi dalışlar diliyorum. Saygılarımla...

Narkozsuz Dalışlar...

Önder TOPBAŞ

KOÜ Tıp Fakültesi Hastanesi

Anestezi Teknikeri

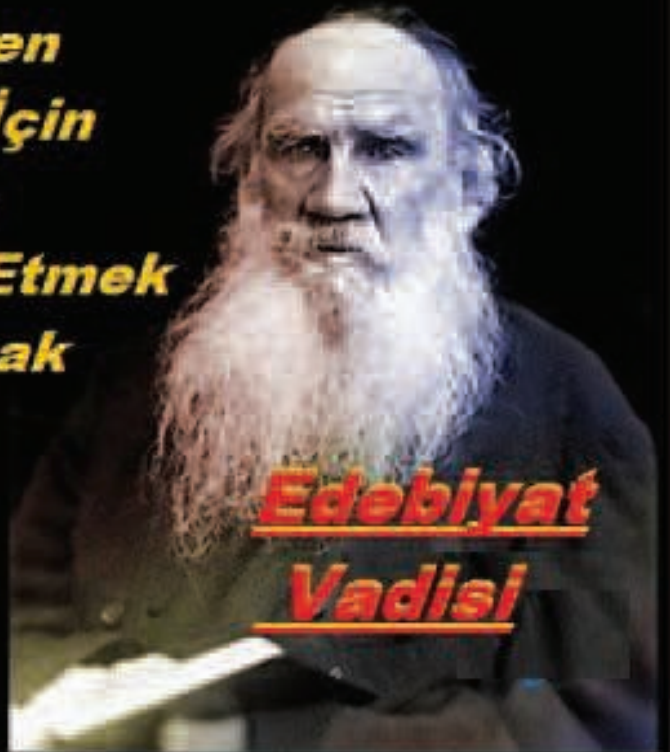


İTERNET DÜNYASINDAN



***İnsanı Bedenen
Ameliyat Etmek İçin
Uyutmak...
Ruhen Ameliyat Etmek
İçin Uyandırmak
Gerekir.!***

Lev Nikolayeviç
Tolstoy
1828-1910



ANESTEZİ TEKNİKERİNİN ADI YOK

Bazı meslekler vardır insan hayatına dokunur. Sağlık çalışanlarının her biri yaptıkları iş ne olursa olsun insan hayatına bir noktadan mutlaka değerler. Öğrenciliğimin başlarında, ilk defa bir ambuyu elime verdiklerinde ‘’ bu, hastanın akciğerleri, sıkmayı sakın bırakma’’ demişlerdi. O anda hayata dokunduğumu anladım ve bu duygu çalıştığım süre boyunca da sonrasında da beni hiç bırakmadı.



Her birimizin hissettiği bir duygudur bu. Bir kez bir başkasının hayatına dokununca sizin de hayatınız değişir. Başka biri olursunuz. Kaygılar daha derin, mutluluklar daha basit, yaşam hem daha aydınlık, hem daha karanlık olur. Her gün yaşam ile ölüm arasındaki o görünmez çizgiye elinizi sürersiniz. Çoğu zaman sürdüğümüzün bile farkına varmadan. Görünmeyen sadece o çizgi midir? Bizler de görünmez oluruz çoğu zaman ameliyathanede. Ne zor vakalara eşlik ederiz, bazılarında tamamen yalnız kalırız hatta. Bazı vakalar vardır insanın ömründen günleri çeker alır; hem ruhen, hem bedenen. Bilirsiniz... Sonra bir teşekkür yazısı yayınlanır gazetelerde. Bir bakarsınız o hastaya yemek getiren personelin bile adı vardır da, sizinki yoktur. Pek çoğunuzun burukça gülümsediğini görüyorum. Çoğumuzun başına gelmiştir değil mi? Anestezi Teknikerlerinin adı yoktur. Çoğumuz da umursamaz bu durumu, alışmıştır zaten. Görevini yapmış olmanın vicdani rahatlığı vardır sadece her birimizde.

Birinin hayatına dokunmak böyle bir şeydir. Orada adımız olsa da, olmasa da bir şeyleri değiştirdiğinizi biliriz. Biz de değişiriz.

Anestezi Teknikerlerinin adı olmasa da değişimlerinin hep iyi, hep güzel olması dileği ile...

Tuba USSELİ

FOTOĞRFLARLA BİZ



Sapanca'nın doğal güzellikleri arasında yapılan Yönetim Kurulu Toplantımız



Bilgi Yarışmasından görüntüler



İzmir Sempozyumu öncesi görüntüler



Sunularımız büyük bir ilgiyle dinlendi

HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin korunması ve arttırılmasında özel bir öneme sahiptir. Öyle ki başka hiçbir unsur ile karşılaştırılamayacak kadar... “Cana geleceğine, mala gelsin.” lafı da bunun algısal anlamdaki yerini bize tarif etmektedir.

Teknolojik ve bilimsel gelişmelerin yanında insan unsurunun medeniyet anlamında geri planda bırakıldığını yeni fark etmeye başlamış olan dünya, bu zaafiyetini gidermek anlamında bir bütün olarak insan sağlığını, fiziksel ve ruhsal anlamda, korumak için yaygın faaliyetler yürütmekte ve yasal düzenlemelerle de bunu garanti altına almaya çalışmaktadır.



Sağlık hizmetleri, bütün ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte hizmet sunumu sırasında yaşanabilen olumsuzlukları mümkün olduğunca en aza indirmek de bir o kadar önem arz etmektedir. Bu konuda yasal düzenlemelerin yapılması, fiziki altyapı ve çalışma koşullarının iyileştirmesi de aynı zamanda hasta ve çalışan güvenliği kültürünün oluşturulması kadar gereklidir. Bir bütün olarak yaygın iletişim imkânlarının kullanılması, eğitim sürekliliğiyle sürdürülebilir kaliteli ve güvenli hizmet sunumu ile bu konuda dünyadaki gelişmeleri takip edebilmek ve ülkemizde de bu uygulamaları yaygınlaştırmak büyük önem taşımaktadır.

Hasta güvenliği yoksul-zengin tüm ülkelerin önemli bir sorunudur ve karşı karşıya olunan risk, sağlık hizmetlerinin pek çok yönü ile ilişkilidir. Hastaların daha güvenli bakım alabilmeleri için pek çok ülkede giderek artan çalışmalar yapılmakta, bu çalışmalar yapıldıkça da hasta güvenliğinin yanına çalışan güvenliğinin de konulması gereğini ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmaların başarıya ulaşabilmesi, öncelikle sorunun boyutuna ilişkin farkındalığı artırmak, daha sonra da hatalardan öğrenmeyi kolaylaştıracak, suçlayıcı ve cezalandırıcı olmayan bir kültür geliştirmekle mümkün olabilecektir.

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen baş döndürücü gelişmeler, beraberinde yeni bazı konuları da gündeme getirdi. Gündeme alınan hususlar, sağlıkta dönüşüm programı ile beraber insan odaklı politikaların geliştirilmesi gerekliliği anlamında “hasta ve çalışan güvenliği” konusu da önemli başlıklardan biri oldu. Sağlık işletmelerinin bu kapsamda yapmış oldukları faaliyet ve oluşturdukları birim ve komiteler, hasta ve çalışan güvenliğine yönelik farkındalıklar oluşturmaya amaçlıyor.

“Hasta ve Çalışan Güvenliği”nin maksimum düzeyde uygulanabilirliğini sağlamak için bunu yasal güvence altına almak gerekiyordu ve bu konuda yönetmelikler yayınlandı; ilgili

kurumlara iletildi ve uygulamalar için yönlendirmeler yapıldı; birim ve komiteler oluşturuldu; eğitimlerle desteklendi. Teorik anlamda uygulama başarısı kolay gibi görünse de gerçekte böyle olmadığı bilinmelidir. Öncelikle kurumsal aksaklıklar olarak adlandırabileceğimiz fiziki altyapılar, sistem hataları, mevcut yanlış alışkanlıklar ve bilinçli bir güvenlik kültürü anlayışının olmaması önümüzdeki temel sorunlardır. Bütün bu olumsuzluklar, hastanelerde hem hasta, hem de çalışan güvenliğini tehdit eden kuralsızlıklar ve hatalar zinciri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bir sistem içerisine dâhil edilmemiş olan her etkenin insan unsurunun hatalar inisiyatifine bırakılmış olduğunu unutmamalıyız. Her yanlış veya eksik uygulama, hasta güvenliğini ciddi anlamda telafisi zor ve belki de imkânsız bir şekilde tehlikeye sokabilir. Bunlar yanlış ilaç uygulamaları, cerrahi hatalar ve en çok da hastane enfeksiyonlarının bulaşığı olarak karşımıza çıkar. Önceliği “hastaya zarar vermemek”, daha sonra faydalı olmak olan sağlık çalışanlarının iyi işleyen kurumsal bir sistem içerisinde daha verimli olacaklarını bilmek gerekir. Zira şöyle bir sistem yaklaşımı vardır: Başarı= %15 insan+ % 85 sistem

Sağlık hizmeti sunumunda kalitenin ve güvenliğin, bilinçli çalışan ve bilinçli hasta oranının artırılması ile başarı oranı daha yukarılara taşınabilir. Bu güvenlik kültürünün iyileştirilmesi ile daha mümkün hale getirilebilir. Sağlık hizmeti sunan ile alan arasında sağlıklı bir iletişimin oluşturulması ve empati kabiliyetinin artırılması ile her iki tarafın da güvenliği açısından önemlidir. Zira sağlık sektöründe, çalışanlar açısından iş ortamının fiziki zorlukları, çalışma saatleri, ortamın hava kirliliği, psikolojik etkenler gibi birçok faktör verimliliği düşürürken buna bir de “zor hasta” olarak tanımlayabileceğimiz bilinçsiz hasta eklendiğinde başarı oranını istenilen seviyeye taşımak oldukça zorlaşacaktır.

Sağlık çalışanı, -Türkiye’de her ne kadar son yıllarda iyi mesafeler kat edilmiş olsa bile- ısı, ışık ve havalandırmanın iyi olmadığı fiziksel çalışma ortam ve koşullarında çalışmak zorundadır. Çoğu zaman kuru kalabalık ve gürültünün istila ettiği, radyoaktif kirlilikten arındırılmamış, kimyasal ve biyolojik enfekte bulaşıkların olması gereken standart oranların çok üstünde olduğu, solunan havanın tıbbi anlamda kirli olması gibi birçok etkenden dolayı hem fiziksel hem de ruhsal anlamda birçok hastalığa maruz kalmaktadır.

Çalışma koşulları itibariyle sağlık çalışanlarını tehdit eden unsurlardan biri olan meslek hastalıklarını asla küçümsememek gerekir. Örneğin; sağlık çalışanlarında diğer meslek guruplarına kıyasla Hepatit hastalığına yakalanma oranı 3–6 kat daha fazladır. Örneğin; ameliyathane çalışanları, penceresi olmayan, çoğu zaman havalandırma sistemi de iyi çalışmayan loş, mahzen gibi bir ortamda çalışırken onların motivasyonunu ne ile sağlayabiliriz. Ayrıca sağlık çalışanlarında kan ve solunum yoluyla bulaşan enfeksiyona bağlı hastalıklar, fiziksel etkenlere

bağlı hastalıklar, çokça kimyasal ve radyasyona bağlı hastalıklar, varis ve iskelet-kas yapılarında ciddi şikâyet ve rahatsızlıklar, deri irritasyonu, egzama ve alerjik reaksiyonlar gibi cilt problemleri ve strese bağlı meslek hastalıkları oldukça fazladır. Bu olumsuz tablonun mümkün olduğu kadar azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılırken sağlık işletmelerinin hasta odaklı olduğu kadar, çalışan odaklı olmasına da özen gösterilmeli, bu denge titizlikle korunmalıdır. Bu anlamda fiziki şartların iyileştirilmesi, kıyafet, maske ve bağışıklık aşılı gibi koruyucu önlemlerin arttırılması, özellikle enfeksiyon konusunda farkındalıkların oluşturulması, eğitimler aracılığıyla kurumsal bir güvenlik kültürünün oluşturulması şarttır.

Sağlık sektörünün ana maddesi, kutsal kabul edebileceğimiz kadar değerli olan insan sağlığıdır yani “insan”dır. Dolayısıyla hata kabul etmez bir meslek gurubu olarak sağlık çalışanları, sosyal haklarının iyileştirilmesini beklerken, zaman zaman sağlık durumu ağır veya dram yönü ağır basan hastalara hizmet vermektedirler. Bu açıdan bakıldığında büyük oranda sosyo-psişik bir gerilim yüklenen ve ruhsal anlamda yıpranan çalışan, zamanla kendini “tükenmişlik sendromu” olarak tanımlanan bir tablo içinde bulmaktadır.

Son dönemlerde sağlık çalışanlarına yönelik fiziki şiddetin arttığını biliyoruz. Bu konuda toplumsal bilinç ve değerlerimizi tekrar gözden geçirmek, oluşmuşsa eğer bu konudaki olumsuz algıyı kırmak adına yeni ve temiz bir kültür inşasının gerekliliği de kaçınılmaz ve acil bir gerekliliktir.

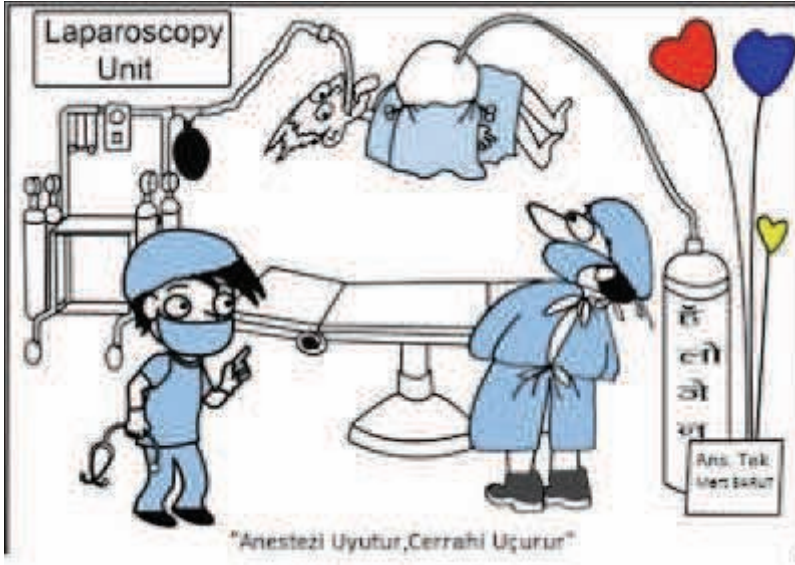
İş motivasyonunu kaybetmemiş ve kendini güvende hisseden sağlık çalışanı hastalarına daha olumlu yaklaşacak ve daha kaliteli bir hizmet verebilecektir. Güvenli çalışan demek, daha sağlıklı bir toplum demektir.

Abdurrahman ÇİÇEK

NEÜ Meram Tıp Fakültesi Hastanesi

Anestezi Teknikeri





Hazırlayan: MERT BARUT

Marmara Bölge Hastanesi

Anestezi Teknikeri

SAM'IN KEŞİF REHBERİ

Bu köşede dünyayı keşfetme yolculuğumdaki izlenimlerimi ve deneyimlerimi paylaşıp sizlere yol gösterme niyetindeyim. Maceramın bu seferki durağı olan Avrupa'nın en başarılı kaşifi Vasco Da Gama'nın ülkesi Portekiz den bildiriyorum.

Her mesleğin zorlukları var elbette ancak özellikle sağlık sektöründeyseniz, çoğunlukla ayakta çalışmak, nöbetler sayesinde bir yaşam tarzı haline alan uyku düzensizliğinin yanı sıra sürekli hasta insanlar için çalışmaktan kaynaklanan kesintisiz bir stres ortamında çalışmanın yol açtığı gerilim uzun vadede sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuzlukları en aza indirmenin en etkili yolu ise “iş dışında” bir uğraş, hobi edinmektir. Sağlık sektöründen çokça müzisyen, sanatçı, ressam çıkması da bu nedenle olsa gerek. Gerek profesyonel gerekse amatör ilgileneceğiniz - çocukluk hayaliniz bile olabilir - bir hobi sizi hem iş stresinden uzaklaştıracak hem de sosyal çevrenizde kendinizi ifade biçiminize dönüşecektir.

Fotoğraf çekmek, bir enstrüman çalmak, koleksiyon yapmak ; kartpostal, magnet, bozuk para bunlardan sadece birkaçı. Ben de bu uğurda 4 yıl önce fotoğraf çekmekle işe başladım. Zaman içinde fotoğraf hobiden küçük işlere dönüştü ve bu yolla çocuklara fotoğraf eğitmenliği yaptığım bir yaz kampında buldum kendimi. Hem sevdiğim bir uğraşı yapıyor olmanın hem çocuklarla çalışmanın keyfinin yanında o yaz uluslararası bir ortamda ilk kez bulunuyordum. Yaz kampında dünyanın her yerinden gönüllü gençler çocuklara dans, İngilizce, resim, spor gibi konularda yardım ediyor karşılığında konaklama, yol, yemek masrafları karşılanıyor böylece sosyal dezavantajlı dediğimiz ekonomik olarak imkanları yetersiz olan çocuklara fayda sağlanıp hem de para ödmeden yurtdışında tatil yapma imkanı buluyorlardı.

Keşif yolculuğunun ilk adımı kendimi tanımakla başladı. Çoğumuzun aynı dertten muzdarip olduğu “İngilizce anlıyorum ama konuşamıyorum” tabusunu orada yıkmış oldum. Zor da olsa iletişim kurmak gerekiyordu ve bu tabuyu kırmanın ilk şartı pratik yapmaktı. Kamp sonunda 7 ülkeden arkadaşlarım olmuştu ve evlerimize döndüğümüzde hala haberleşiyorduk.

Hepimizi başka ülkelere gitme isteğinden alıkoyan engeller başlıca *dil yetersizliği, maddi nedenler* (teknisyen maaşıyla nereye gidelim dediğinizi duyar gibiyim) biraz da *cesaret edememek* gelir. Bu engellerin aslında engel olmadığına temin ederim. Zira ülkemize gelip 1 kelime Türkçe bilmeden karış karış gezen turistleri bir düşünün. Ülkemizde nüfusun sadece %1.95 inini yeterli düzeyde İngilizce bildiği düşünüldüğünde ve turistlerin üstün zekaya sahip olmadıklarına göre dil

konusu seyahat etmek için bir engel teşkil etmiyor. Misafirperverlik sadece bizim ülkemize has bir durum değil. Dünyanın neresine giderseniz gidin ister az ister çok insanlar yardımcı olmaya hazırlar. Maddi nedenlere gelince ; Antalya, Bodrum, Fethiye, Kapadokya ... buralara 1 hafta için harcadığınız rakamlara yurtdışına çıkmak çok basit. Yapmanız gereken tek şey seyahatinizi 2-3 ay önceden planlayıp uçak bileti kampanyalarını kaçırmamak. Böylece 10 da 1 daha ucuza uçak biletinizi alabilirsiniz. Konaklamaya gelince çoğunuzun bildiği [booking.com](https://www.booking.com) adresinden bütçenize uygun, güvenilir otel bulmanız mümkün. Teknolojinin belki de işimizi en çok kolaylaştırdığı maps özelliği ile gideceğiniz sokağa kadar görebiliyorsunuz.

Başlangıç olarak yurtdışı turları da deneyebilirsiniz ama kendi organize ettiğiniz tatilinizle tarihlerini belirleyebildiğiniz için hem daha özgür hem de yarı yarıya ekonomik hale getirebilirsiniz. En çok bilinen tur şirketlerinden birinde satılan turların fiyatının sadece 5 te 1 ine, aynı sürede daha çok yer gezerek, önceden planlayarak istediğiniz destinasyona gidebilirsiniz. Seyahatinizi daha ekonomik hale getirmek için vize istemeyen ülkelerden başlayabilirsiniz.

Tabi bunların hepsi tek kişilik bir bütçeyle daha kolay. Kaba tabirle "bekara karı boşamak kolay gelir" denir. Aynı tatil imkanlarını evli ve çocuklu meslektaşlarım için de" **uluslararası gönüllü çalışma kampları**" ile mümkün olduğunu söylemeliyim. Çevremde bu yolla her yıl başka ülkede gülünç rakamlara tatil yapan pekçok aile var. Ortak kanı ise bu kampların çocuklarına kattıkları en önemli şeyin ; emek harcayarak karşılığında aldıkları hazzın bir maaşınızı ödeyerek ve tatil bittikten 6 ay sonra ödemeye devam ettiğiniz ve tatil süresince havuz kenarında yatıp, herşey dahil (!) yiyecek yapılan tatilden kat be kat değerli olduğu yönünde.

Son olarak birkaç uyarıda bulunmak isterim. İki gün önce Lizbon'da mahkemeye çıkmış bir kapkaç mağduru olarak yanınızda taşıdığınız eşya, para ve değerli eşyalarınıza dikkat edin. Gizli cüzdan edinmek, az nakit taşımak, pasaportunuzu yanınızdan ayırmamak ve turist olduğunuzu çok belli etmeyecek şekilde davranmanızda fayda var. Tabi bunlar gözünüzü korkutmasın.

Kosova'nın yemeklerine, Makedonya'nın Osmanlı havasına, Slovenya'nın uçsuz bucaksız yeşiline, İtalya'nın daracık sokaklarına, Gürcistan'ın keşfedilmemiş sahillerine, Fransa'nın dekorasyon harikası vitrinlerine, Portekiz'in istisnasız yardımsever ve sıcakkanlı insanlarına hayran kalacaksınız. Yolunuz açık olsun ...

Soru ve görüşleriniz için

samkesifrehberi@hotmail.com



Samime DURMAZ

BİLMECE BİLDİRMECE

- 28 yaşında, 70 kg erkek hasta, acile getiriliyor. Motorsikletinden düşme hikayesi var. Hastayı değerlendirmek üzere anestezi bölümü çağrılıyor, çünkü, abdominal ponksiyonda peritonda serbest kan mevcut. Öyküde, kazanın olduğu yerde 5-10 dk bilinci kapalı olarak kaldığı belirtiliyor. Kazadan 45 dk geçmiş, hasta hafif konfüze ve ajite. Tıbbi öyküsü bilinmiyor. Vital bulguları; kalp hızı 118/dk, kan basıncı 85/45 mmHg, solunum hızı 28/dk, sıcaklık 36.5 °C. Yüz maskesi ile 10lt/dk oksijen alırken SpO2 95%. Antekubital fossasında iki adet 16G kateter var. Fiziksel muayenesinde, vücut ve kollarında dövmelemler var. Omurga yaralanmasına karşı önlemler alınmış, boynunda servikal boyunluk var. Alnında 8cm.lik bir yaralanma mevcut. Göğsü oskültasyonda temiz. Göğsün anterior bölümünde cerrahi bir amfizem görünmüyor. Kalp sesleri normal ancak uzaktan geliyor. Akciğer filminde infiltrasyon, kırık kaburga, subkutan amfizem, pnömo veya hemotoraks görünmüyor.
- İki ünite eritrosit suspansiyonu istemi yaparak tomografide hastaya eşlik ediyorsunuz. CT'de periton boşluğunda serbest kan ve olası bir karaciğer yaralanması görünüyor. Olası karaciğer yaralanması nedeniyle eksploratris laparotomi planlanıyor. Ameliyathane hazır olmadığından hasta acile geri götürülüyor. Ameliyathane hazırlanana dek acil hekimi subklavian venöz kateter yerleştiriyor.
- Otuz dk sonra acil hemşiresi eşliğinde hasta ameliyathaneye indiriliyor.
- Anestezi induksiyonu ve uygulamasında dikkat edilmesi gereken üç şey nedir?

SOLDAN SAĞA

1) Çözümlemeli, çözümsel, tahlili?/ Doğu yönünü nün kısaltmasıdır?

2)Dürüstlük, doğruluk?/icar?

3)Birden, ansızın? /Sert buğdaydan elde edilen, taneleri iri, helvası ve tatlısı yapılır?

4) Kamıştan bir üfleme çalgısı?/Uzaklık, mesafe?/ Hayır Yapmam, istemem, kabul etmem, anlamlarında itiraz ünlemi?

5)Karışık renkli?/yetişin kurtarın?

6)Ünlü bir mimarımız?/ Organlar, vücut parçaları, Üye ?

7)Eski dilde içki? Çok itaatkâr olan?

8)Romanya'nın plaka kodu?/Kuzu sesi?/Avuç içi?

9) Endişe, canlılarca deneyimlenen kaygı, korku, gerilim, sıkıntı halidir?

YUKARIDAN AŞAĞI

1)Tropik bir meyve?/Bir mısır tanrısı?

2)Soğuk algınlığına iyi geldiği düşünülen bir tür çay ?

3)Kabaca, kibarca olmayan, bayağı?/Kimyada potasyum simgesi?

4) Lütesyum elementinin simgesi?/Gezegenimizin uydusu?/Alfabemizin yirmi ikinci harfi?

5)Duman kiri?/Alayın kısalması?/Alfabemizin on yedinci harfi ?Bir nota?

6) Bir tür cetvel? Olağandan daha hacimli büyük ?/Düşünce,görüş,fikir,oy?

7)Konuk ağırlamada sunulan şey?/Latin alfabesinin ilk harfi?/Alfabemizin altıncı harfi?

8)Bir soru sözü?/Güvey?

9)Hesap ilmi,matematik?ABD de bir eyalet?/Arap alfabesinde elif harfinin alfabemizdeki karşılığı?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										

Hazırlayan Anestezi Teknikeri Mustafa KİBAR