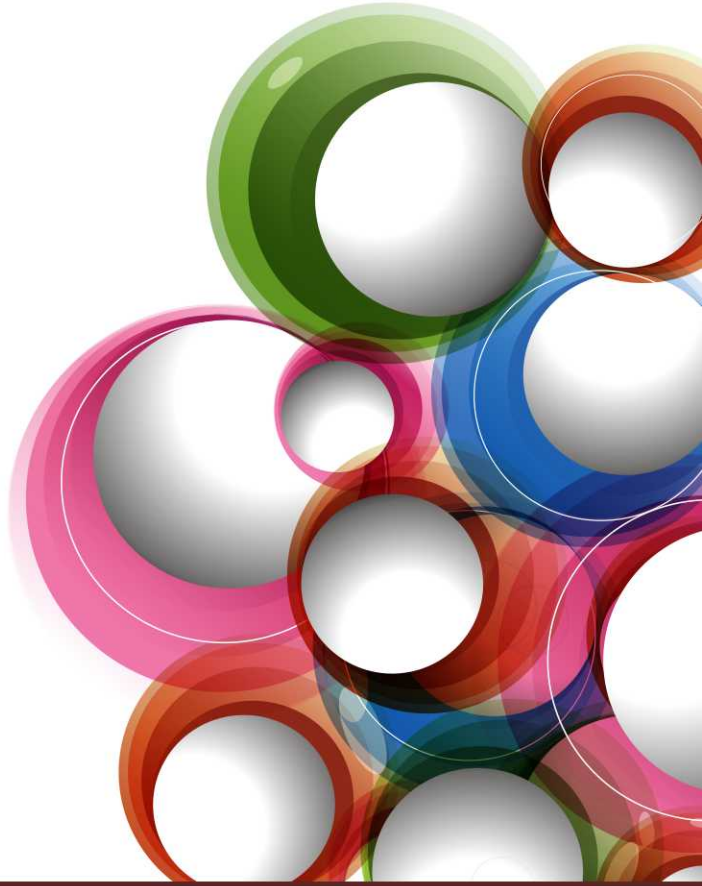


İZMİR KUZEY KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
YENİŞEHİR KAMPÜS

ASİSTAN EL KİTABI



Editör
Prof.Dr. Gökhan AKBULUT

YENİŞEHİR KAMPÜS YAYINLARI

ASİSTAN EL KİTABI

YENİŞEHİR KAMPÜS YAYINLARI

ASİSTAN EL KİTABI

YAYIN NO : 09.0200.0000.000/BY.013.081.521

ISBN : 978-605-85416

1.BASKI

SEKRETERYA

Süreyya KIRVAR

KAPAK TASARIM

Melis VAROL

GRAFİK TASARIM ve DÜZENLEME

Gürem ERDOĞMUŞ

İSTEME ADRESİ

Yenişehir Kampüs Hastaneleri
Güney Mah. 1140/1 Sk. No:1 PK.35180 Yenişehir - İZMİR
Tel : 0232 469 69 69 (1001) - Faks : 0232 433 07 56

BASIM YERİ

35 AJANS & MATBAACILIK HİZMETLERİ
1561 Sokak No:37 K.6-601 Çınarlı - İZMİR
Tel & Faks : 0232 484 40 04
www.35ajans.com

BASIM TARİHİ

Temmuz 2014

Tüm hakları saklıdır. Kaynak gösterilecek eğitim ve bilimsel faaliyetlerde kullanılabilir.
Para ile satılamaz.

ASİSTAN EL KİTABI

TC SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İZMİR KUZEY KAMU HASTANELER BİRLİĞİ
YENİŞEHİR KAMPÜS

EDİTÖR

Gökhan AKBULUT

EDİTÖR YARDIMCILARI

Önder YAVAŞCAN
Önder KALANDERER
Mehmet ÖZEREN
Naciye Ümit BAYOL
Enver YALNIZ

YAZARLAR / İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ

Gökhan AKBULUT

0

Yenişehir Kampüs Eğitim ve Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanı,
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi, Genel Cerrahi, Prof.Dr.

2. TEPECİK EAH TARİHÇESİ

13

Gökhan AKBULUT

Yenişehir Kampüs Eğitim ve Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanı,
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi, Genel Cerrahi, Prof.Dr.

3. TEPECİK EGE DOĞUMEVİ TARİHÇESİ

16

Abdullah TAŞYURT

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hastane Yöneticisi,
Kadın Doğum Uzmanı, Prof. Dr.

4. DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EAH TARİHÇESİ

18

Ahmet Emin ERBAYCU

Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastane
Yöneticisi, Göğüs Hastalıkları Uzmanı, Doç.Dr.

5. KONAK SEMT POLİKLİNİĞİ TARİHÇESİ

21

Ercüment TARCAN

İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrah, Doç.Dr.

6. ÇİDEM TARİHÇESİ

26

Bülent ALBAYRAK

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekim Yardımcısı, Dr.

7. SAĞLIK HİZMETİNDE HEKİMİN LİDERLİK ROLÜ VE TAKIM OYUNU İÇİNDE HEKİM DAVRANIŞ BİÇİMİ NASIL OLMALIDIR?

29

Orhan Gazi YİĞİTBAŞI

Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Medikal Direktörü, KBB Uzmanı, Prof. Dr.

8. HASTA NASIL HAZIRLANIR VE NASIL SUNULUR?TEDAVİSİ DÜZENLENİRKEN NELERE DİKKAT EDİLİR?

32

Harun AKAR

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu,
Dahiliye ve Nefroloji Uzmanı, Prof.Dr.

9. AYDINLATILMIŞ ONAM

39

Sevinç Arslan HIZAL

İzmir Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğretim Görevlisi, Dr.

YAZARLAR / İÇİNDEKİLER

10. EPİKRİZ NASIL HAZIRLANIR? HASTA DOSYASI NASIL TUTULMALIDIR?	0
Önder YAVAŞCAN Yenişehir Kampüs Eğitim ve Planlama Koordinasyon Kurulu Üyesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniği Eğitim Görevlisi, Doç.Dr.	13
11. LOGBOOK NEDİR? NASIL DOLDURULUR?	
Gökhan AKBULUT Yenişehir Kampüs Eğitim ve Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanı, Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekim, Genel Cerrahi, Prof.Dr.	16
12. AMELİYAT HAZIRLIĞI NASIL YAPILIR?	
Işıl KÖSE Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği Uzmanı, Uzm.Dr.	18
13. GÜVENLİ CERRAHİ	
Ali TURGUT Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Başasistanı, Ortopedi ve Travmatoloji, Op.Dr.	21
14. AMELİYAT HANE KURALLARI, AMELİYATHANEDE ASİSTAN HEKİMDEN BEKLENTİLER NELERDİR? EL YIKAMA, GİYİNME KURALLARI NELERDİR?	26
Ayşe GÜL Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Hemşire	
15. POSTOPERATİF BAKIM SIRASINDA ASİSTAN HEKİMLERİN DİKKAT ETMESİ GEREKENLER NELERDİR?	29
Cengiz AYDIN Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu, Genel Cerrahi, Prof.Dr.	
16. PATOLOJİ SPESİMEN GÖNDERME	32
Naciye Ümit BAYOL Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Kliniği Eğitim Sorumlusu, Tıbbi Patoloji, Doç.Dr.	
17. MAKALE NASIL OKUNUR?	
Bülent YILMAZ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği Öğretim Üyesi, Doç.Dr.	39

YAZARLAR / İÇİNDEKİLER

18. MAKALE NASIL SUNULUR?

Bülent YILMAZ

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği Öğretim Üyesi, Doç.Dr.

0

19. BİR ARAŞTIRMA NASIL HAZIRLANIR? NASIL YAPILIR?

Fehime Esra ÖZER

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Neonatoloji Kliniği İdari Sorumlusu, Doç.Dr.

13

20. TEZ HAZIRLIĞI VE BAŞVURUSU NASIL YAPILIR?

Öner ÖZDOĞAN

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Doç.Dr.

16

21. BİLİMSEL TEŞVİK KOMİSYONU NEDİR? NASIL ÇALIŞIR? BAŞVURU NASIL YAPILIR?

Önder KALENDERER

Yenişehir Kampüs Eğitim ve Planlama Koordinasyon Kurulu Eğitim Koordinatörü, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Eğitim Görevlisi, Doç.Dr.

18

22. YEREL ETİK KURULU, İNSAN ETİK KURULU, HAYVAN ETİK KURULU NEDİR? NASIL BAŞVURULUR?

Mehmet ÖZEREN

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği İdari Sorumlusu, Perinatoloji Uzmanı, Prof.Dr.

21

26

23. TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ HEKİM HAKLARI BİLDİRGESİ

Suat KAPTANER

Yenişehir Kampüs Eğitim ve Planlama Koordinasyon Kurulu Üyesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği Başasistanı, İzmir Tabip Odası Başkanı, Op.Dr.

29

24. İNSAN HAKLARI EVRENSEL BİLDİRGESİ

Suat KAPTANER

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği Başasistanı, İzmir Tabip Odası Başkanı, Op.Dr.

32

25. HASTA HEKİM İLİŞKİLERİ

Mevlüt ÜLGÜN

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta Hakları Birim Sorumlusu, Psikolog.

26. HASTA HAKLARI

Mevlüt ÜLGÜN

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta Hakları Birim Sorumlusu, Psikolog.

39

YAZARLAR / İÇİNDEKİLER

27. UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN YASAL SORUMLULUKLARI	
Ekin Özgür AKTAŞ	0
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Prof.Dr.	
28. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	
Ayla ŞEN	13
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta Hakları Birim Sorumlusu, Hemşire	
29. HASTANE BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ KILAVUZU	
Vehbi YILDIRIM	16
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yazılım Destek Personeli	
30. HASTANENİN KROKİSİ VE TELEFON NUMARALARI	
Ayla ŞEN	18
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalite Birimi Sorumlusu, Hemşire	

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

- **Abdullah TAŞYURT**
Tepecik EAH Hastane Yöneticisi, Prof.Dr.
- **Ahmet ARIKAN**
Tepecik EAH Çocuk Cerrahi Kliniği İdari Sorumlusu, Uzm.Dr.
- **Ahmet Emin ERBAYCU**
Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH Hastane Yöneticisi, Doç.Dr.
- **Ali TURGUT**
Tepecik EAH Ortopedi ve Travmatoloji Başasistan, Op.Dr.
- **Ayşe GÜL**
Tepecik EAH Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Hemşire
- **Ayşe Gülden DİNİZ**
Tepecik EAH Tıbbi Patoloji Kliniği İdari Sorumlusu, Doç.Dr.
- **Barış KARADAŞ**
İKÇÜ Atatürk EAH, Yard.Doç.Dr.
- **Bülent ÇALIK**
Tepecik EAH, enel Cerrahi, Başasistan, Op.Dr.
- **Cengiz AYDIN**
Tepecik EAH Genel Cerrahi Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu, Prof.Dr.
- **Cüneyt Eftal TANER**
Tepecik EAH Kadın Doğum Kliniği Eğitim Sorumlusu, Doç.Dr.
- **Ertan CAN**
Tepecik EAH, Ameliyathane Sorumlu Hekimi, Op.Dr.
- **Faik URBARLI**
Tepecik EAH Hasta Hakları Sorumlusu, Dr.
- **Fatih SÜRENKÖK**
Tepecik EAH Ortopedi ve Travmatoloji, Op.Dr.
- **Fusun ÖZER**
Tepecik EAH Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu, Doç.Dr.

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

- **Gökhan AKBULUT**
Tepecik EAH Başhekimisi, Genel Cerrah, Prof.Dr.
- **Gökhan KÖYLÜOĞLU**
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tepecik EAH Çocuk Cerrahi Kliniği Eğitim Sorumlusu, Prof.Dr.
- **Gürol ÇAKIR**
Karşıyaka Devlet Hastanesi, Adli Tıp Uzmanı, Uzm.Dr.
- **Haluk AĞUŞ**
Tepecik EAH Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu, Doç.Dr.
- **Hakan SAKAOĞLU**
Tepecik EAH İdari ve Mali Hizmetler Müdür Yardımcısı, V.H.K.İ.
- **Harun AKAR**
Tepecik EAH Dahiliye Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu, Prof.Dr.
- **Hilal İLBARS**
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Prof.Dr.
- **İbrahim ÇUKUROVA**
Tepecik EAH KBB Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu, Doç.Dr.
- **İlker Burak ASLAN**
Tepecik EAH KBB Kliniği Başasistanı, Op.Dr.
- **Kurtuluş ÖNGEL**
Tepecik EAH Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu, Doç.Dr.
- **Mehmet ÖZEREN**
Tepecik EAH Kadın Doğum Kliniği İdari Sorumlusu, Perinatoloji Uzm., Prof.Dr.
- **Murat ANIL**
Tepecik EAH Çocuk Sağ. ve Has. Kliniği İdari Sorumlusu, Çocuk Acil Uzm.Doç.Dr.
- **Mustafa SEVER**
Tepecik EAH Erişkin Acil Eğitim Sorumlusu, Başasistan.
- **Muzaffer SANCI**
Tepecik EAH Kadın Doğum Kliniği, Jinekolojik Onkoloji Uzmanı, Doç.Dr.

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

- Nisel YILMAZ
Tepecik EAH Mikrobiyoloji Uzmanı, Doç.Dr.
- Önder KALENDERER
Tepecik EAH Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Görevlisi, Doç.Dr.
- Önder YAVAŞCAN
Tepecik EAH Çocuk Nefroloji, Doç.Dr.
- Öner ÖZDOĞAN
Tepecik EAH Kardiyoloji, Doç.Dr.
- Özge DUMAN ATİLLA
Tepecik EAH Erişkin Acil İdari Sorumlusu, Uzm.Dr.
- Rıza Hakan ERBAY
Tepecik EAH Anestezi ve Reanimasyon Kliniği İdari Sorumlusu, Prof.Dr.
- Sezai YURTTAŞ
Tepecik EAH, Psikolog, Uzm.Dr.
- Soner GÜRSOY
Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH Göğüs Hastalıkları, Doç.Dr.
- Şivekar TINAR
Tepecik EAH Kadın Doğum Eğitim Görevlisi, Op.Dr.
- Şükran KÖSE
Tepecik EAH Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu, Doç.Dr.
- Yaşar ZORLU
Tepecik EAH Nöroloji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu, Uzm.Dr.
- Yücel KARAMAN
Tepecik EAH Anestezi ve Reanimasyon Kliniği Eğitim Sorumlusu, Uzm.Dr.

"Herkes kendi zihnindeki dünyanın sınırları içinde yer alır."

Arthur SCHOPENHAUER

GİRİŞ

Bir konuda eğitilmek, yeni bir yaşantıyı benimsemek gibidir. Mevcut önyargılarınız yıkılır ve yenilerini inşa edersiniz. Türkiye'nin en büyük ve en yoğun hastanelerinden birinde uzmanlık eğitime başladınız. Yoğun ve yorucu bir çalışma ortamında bulunacaksınız. Bu kitap, büyük ve köklü bir kurumda eğitim alırken onun bir ferdi olmanızın yardımcı olması amacıyla yazıldı. Önünüzde gözaçıp kapayınca kadar geçecek, uzun bir yolculuk var. Bu yolculukta size hatırlatmak isteriz ki, öğrenmek bir hekim için sonsuz bir üyüdür.

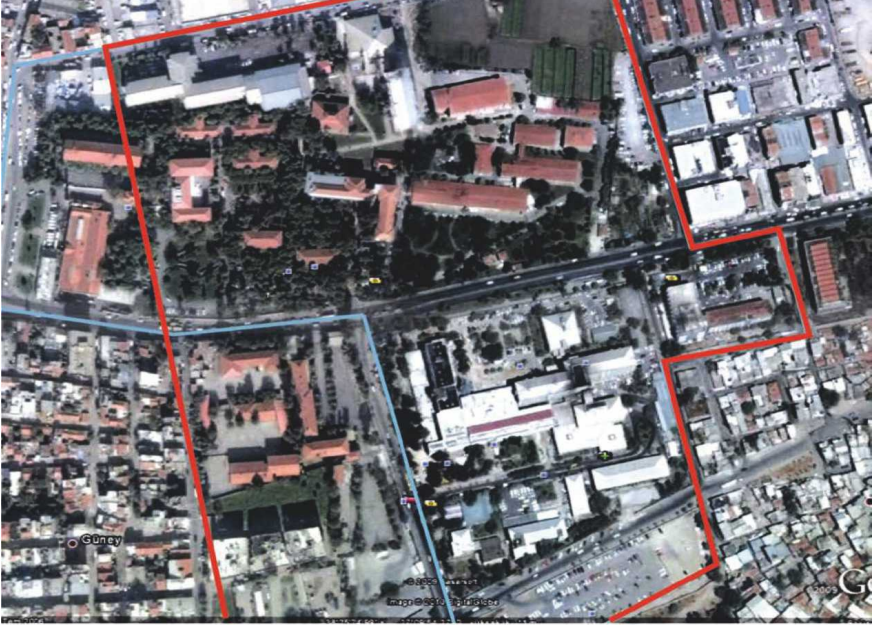
İhtisas yapmaya başladığınız, Yenişehir Kampüs Hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılında başlayan ve günümüze dek uzanan, İzmir için planladığı iki şehir hastanesi'nden biridir. Ege Doğumevi, Tepecik, (devredilen askeri arazi ile birlikte) ve Suat Seren Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile birlikte toplam 143,5 dönüm arazi üzerinde bir şehir hastanesi planlanmış, toplam 130 000 m2 kapalı alan düşünülmüştür. Taslak çizimleri aşağıda bulacaksınız. Bu projenin, onlarca yıldır, bölgeye hizmet veren ancak, artık yetersiz kalan hastanelerin ihtiyaç duyduğu alt yapı ve otelcilik hizmetlerine katkıda bulunacağına inanıyoruz. Ayrıca, kullanım alanları için detarihi önemi bulunan Konak ve Alsancak ek hizmet binaları ile yakın bir süre içinde hizmete alacağımız Çamdibi ek hizmet binalarını da bu kampüsün bir parçası olarak görmek gerekir. Yenişehir Kampüs Hastaneleri arasında hem kampüs hastaneleri projesinin bir parçası olması hem de eğitimin bütünlüğünü sağlamak ve kolaylaştırmak amacıyla bundan yaklaşık olarak iki sene önce eğitim planlama kurulu ortak yapılandırıldı. Böylece kitabın editörlüğünü de üstlenen ekip oluşturuldu. Ayrıca, yoğun bakımya endişe ortak verilecektir.

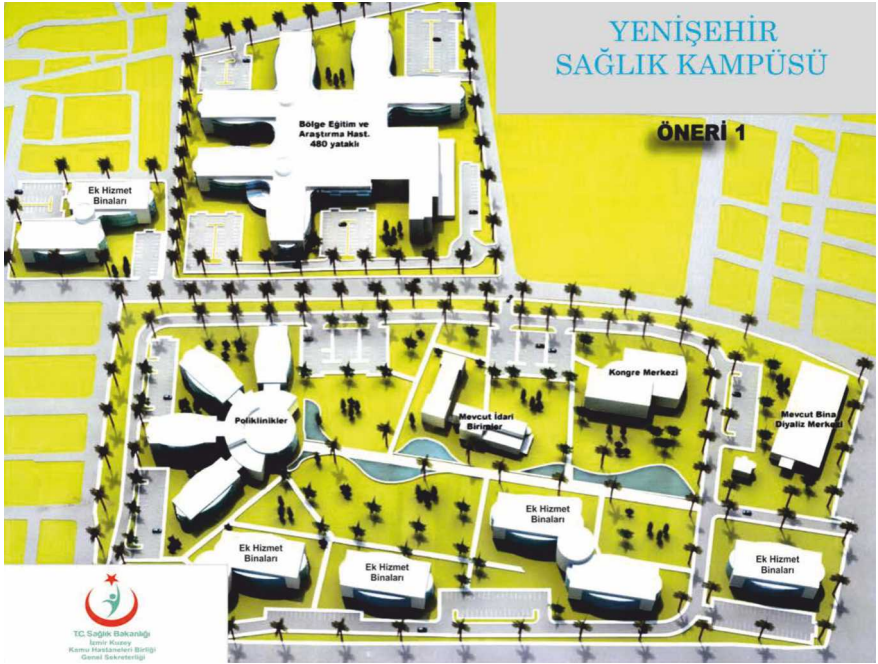
Bu kitabın yazılmasında büyük emeği geçen, Yenişehir Eğitim Planlama kurulu üyeleri, Önder Yavaşcan, Naciye Ümit Bayol, Mehmet Özeren, Enver Yalınz'a; eğitim koordinatörümüz Önder Kalenderer'e; yazıları ve danışmanlıkları ile katkıda bulunan değerli hocalarımıza ve meslektaşlarımıza; sekreteryasını yürüten Süreyya Kırvar'a; grafik tasarımını gerçekleştiren Melis Varol'a sonsuz şükranlarımı sunarım.

Prof.Dr. Gökhan AKBULUT

Yenişehir Kampüs Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanı, Editör

YENİŞEHİR SAĞLIK KAMPÜSÜ



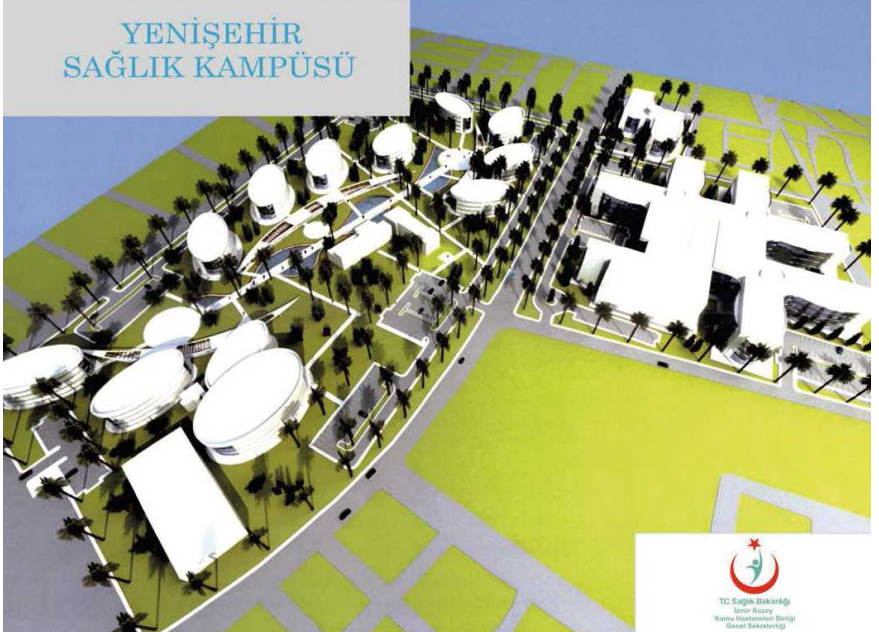
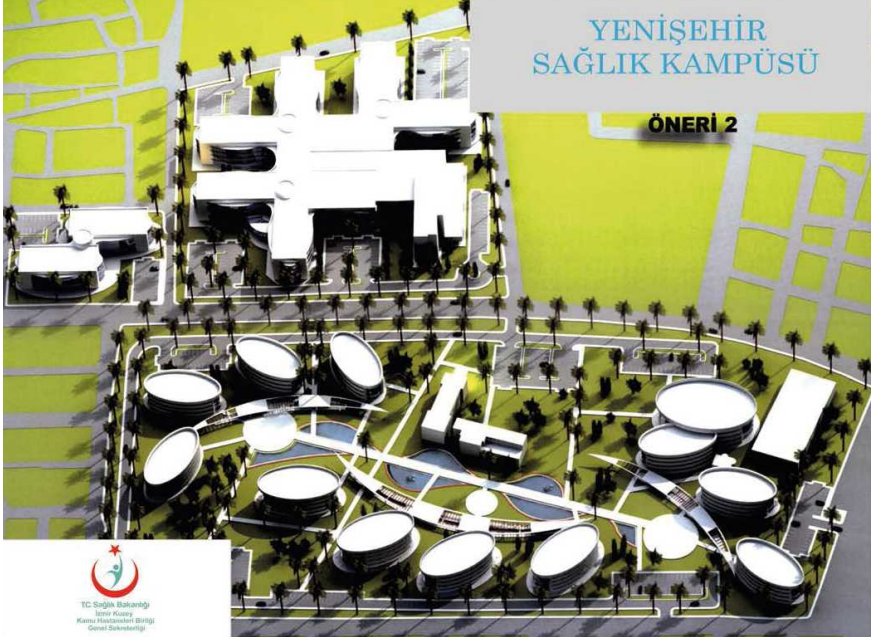


YENİŞEHİR SAĞLIK KAMPÜSÜ

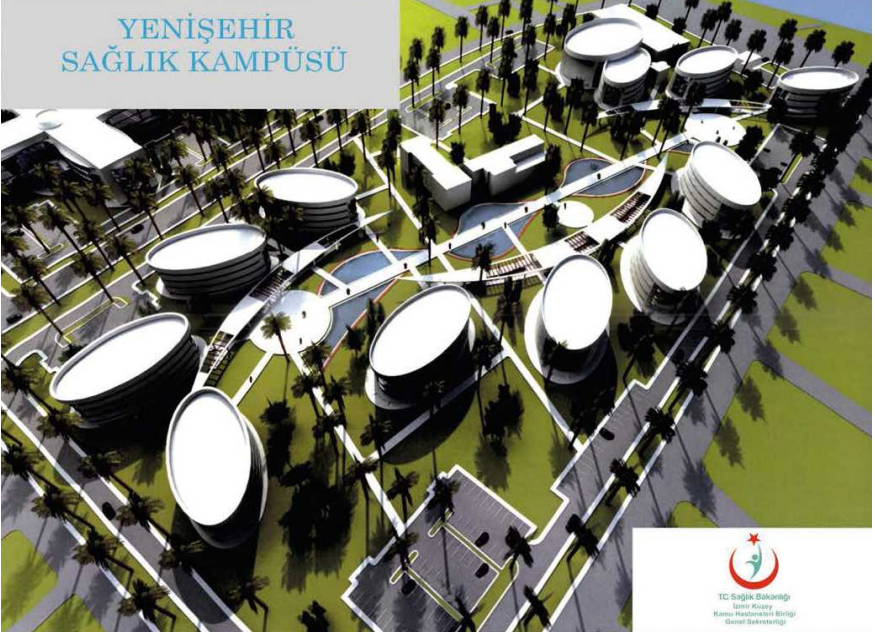


YENİŞEHİR SAĞLIK KAMPÜSÜ





YENİŞEHİR SAĞLIK KAMPÜSÜ



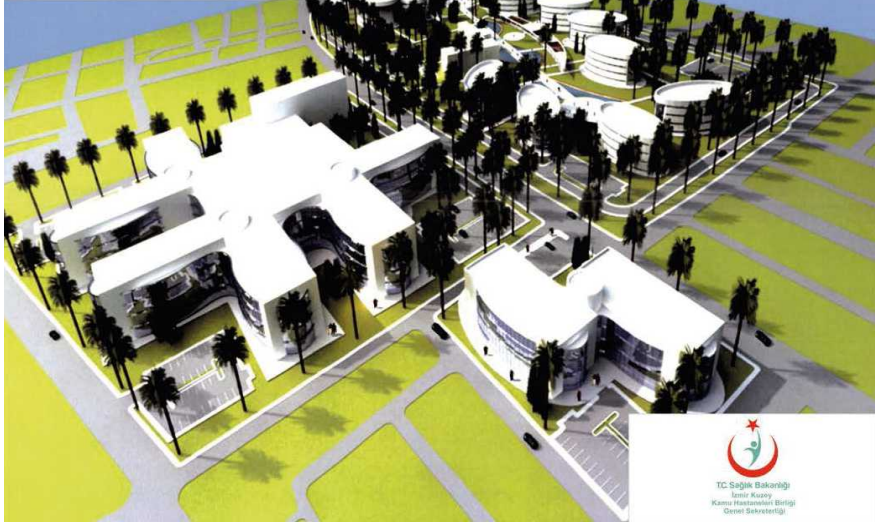
TC Sağlık Bakanlığı
İzmir Kültür
Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

YENİŞEHİR SAĞLIK KAMPÜSÜ



TC Sağlık Bakanlığı
İzmir Kültür
Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

YENİŞEHİR SAĞLIK KAMPÜSÜ



YENİŞEHİR SAĞLIK KAMPÜSÜ





YENİŞEHİR SAĞLIK KAMPÜSÜ

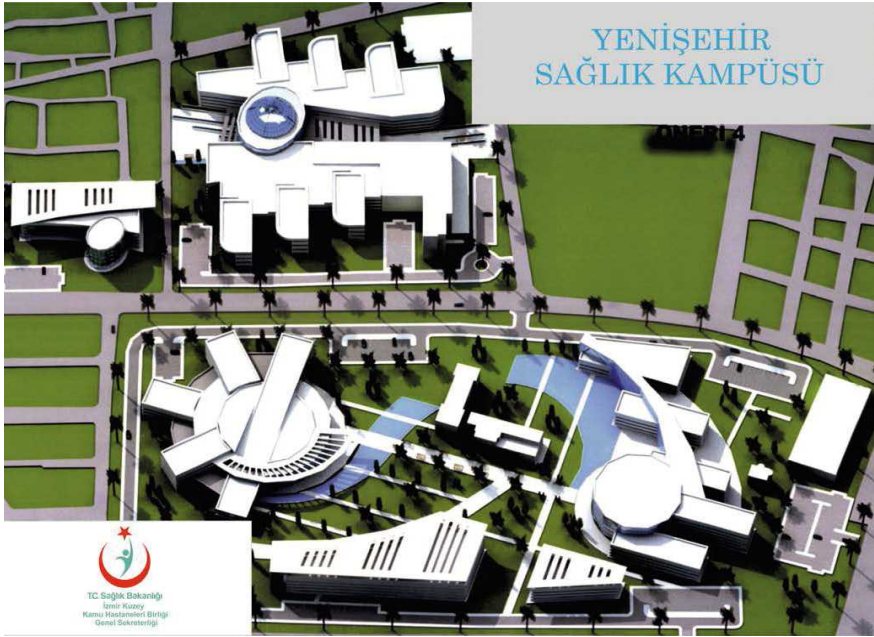


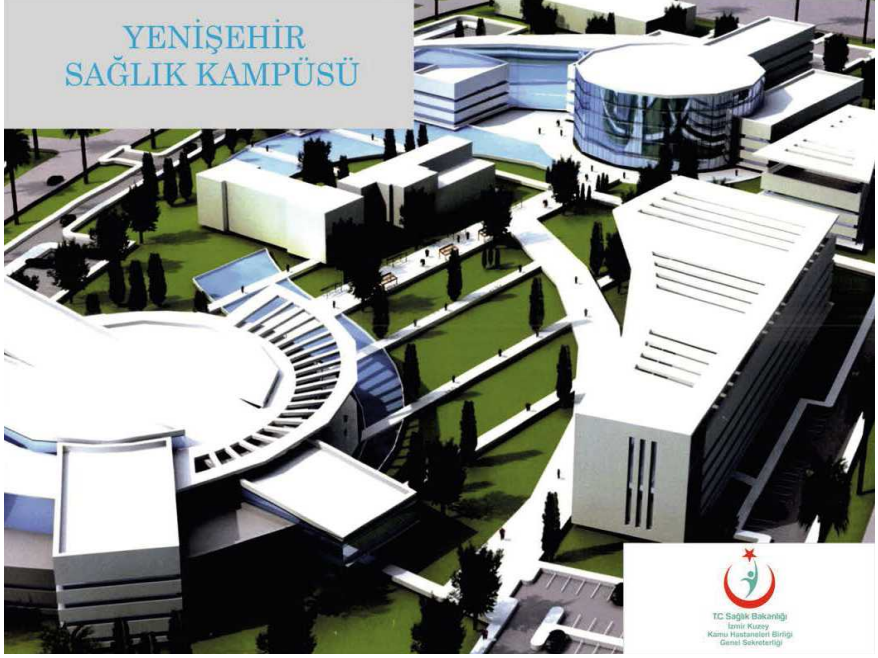
TC Sağlık Bakanlığı
İzmir Kültür
Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

YENİŞEHİR SAĞLIK KAMPÜSÜ



Sağlık Bakanlığı
İzmir Kültür
Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği





HASTA ODALARI



YENİŞEHİR
SAĞLIK KAMPÜSÜ


TC Sağlık Bakanlığı
İzmir Kuzey
Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TARİHÇESİ

Gökhan AKBULUT

Tepecik EAH, ilk olarak 10 bin metrekare alan içinde şimdiki ismi Yenışehir olan semtte 500 yataklı Sosyal Sigortalar Kurumuna ait bir hastane olarak 6 Ekim 1971 tarihinde hizmete açılmıştır. İlk açıldığı yıllarda altı cerrahi, altı dahiliye, bir üroloji, bir ortopedi, nisaiye uzmanı ile hizmete başlamıştır. 1972 yılında 200 kadrolu yatağı ile Çocuk Hastanesi hizmete girmiştir. 1973 yılında Hastanenin fiziki gelişmesinin yanında 1976 yılında Eğitim ve Araştırma Hastanesi hüviyetine kavuşmuş Gastroenenteroloji ve Beyin Cerrahi servisleri hizmet vermeye başlamış olup, 1974 yılında yoğun bakım servisi ayrı bir birim olarak kurulmuştur. Dahiliye ve cerrahi branşlarında asistan eğitimine başlamıştır. Şu anda 40.000m² alan üzerinde, yaklaşık 57.000m² kapalı alanda hizmet vermekte olan hastane, 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Deprem güçlendirme faaliyetleri sürecinde, 220 yataklı Çocuk Hastalıkları Klinikleri, 2.400m² alanda büyük ve çocuk acilin yapılanması, 55 yataklı yoğun bakım ünitesi, 16 salonlu ameliyathane birimi, çocuk poliklinikleri, yeni patoloji laboratuvar binası, bahçe peyzajı ve afet durumlarında kullanılabilmek için çok amaçlı salon inşa edilmiştir.



Eylül 2007 sonu itibariyle yaklaşık 3.000m² alanda merkezi laboratuvar oluşturulmuştur. Yaklaşık 3.000m² alanda oluşturulan yeni merkezi görüntüleme üniteleri eklenmiştir. Nükleer Tıp Bölümü cihazlarıyla birlikte yenilenmiştir. 2013'te poliklinik asansörleri, yeni sterilizasyon ünitesi ve cerrahi endoskopi ünitesi tamamlanmıştır. Tepecik EAH, kalite süreçleri, ekip çalışması, istatistiksel verilerin analizi ve geri bildirimi konularında öncü hastanelerdendir. Eski adıyla Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi olan ve yeni haliyle Tepecik EAH'nin kliniği konumunda bulunan hastane 1969 yılında S.S.K Tepecik Doğum Evi olarak İzmirli'lere ve tüm Ege Bölgesi'ne hizmet vermeye başlamıştır. 2005 yılında tüm S.S.K. Sağlık Tesisleri gibi 275 yatak ile Ege Doğumevi'de Sağlık Bakanlığı bünyesine katılmıştır. Haziran 2012'de Dr.Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Doğum Hastanesi ile birleştirilen Ege Doğumevi'nin yatak kapasitesi 333'e çıkmıştır. "Gurabayi Müslim'in Hastanesi adıyla 1851 yılında sağlık hizmeti vermeye başlayan ve 1950 yılından itibaren İzmir Devlet Hastanesi olarak İzmirli'lere uzun yıllar hizmet veren, ardından 1985 yılından 2012 yılı haziran ayına kadar kadın hastalıkları ve doğum üzerine İzmirli'lere hizmet veren Dr.Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi halen hastanemize bağlı Konak semt polikliniği olarak hizmetine devam etmektedir. Burada kadın doğum polikliniğinden ayrı olarak dahiliye, genel cerrahi, plastik cerrahi, cildiye, ortopedi, çocuk sağlığı ve hastalıkları poliklinikleri ayakta poliklinik hizmeti vermektedir. Ayrıca Türkiye'nin en kapsamlı palyatif bakım ünitelerinden biri ve cerrahi yoğun bakım ünitesi, diyabetik ayak ünitesi, Konak Semt Polikliniği içinde faaliyet göstermekte olup, Fizik Tedavi Ünitesi ve Kozmetoloji Ünitesi de Önümüzdeki aylarda hizmete girecektir. Tepecik EAH 'ne bağlı olarak Alsancak Tren İstasyonu bünyesindeki eski adıyla Devlet Demir Yolları Hastanesi binası da "ÇİDEM" yani "Çocuk İditme Değerlendirme ve Ergen Sağlığı Merkezi" olarak başta İzmirli'liler olmak üzere tüm Ege bölgesine hizmet vermektedir. Burada da işitme kaybı olan özellikle bebek ve çocuk hastaların muayeneleri yapıp, tedavileri sağlanmaktadır. Alsancak ek hizmet binasında Acil Sağlık Hizmetleri Eğitim Koordinatörlüğü, Uzaktan Eğitim Merkezi ve İlk Yardım Eğitim Merkezi eklenmiştir. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri ve Kuzey Hastaneler Birliği ile Başlatılan Hastanelerin travma açısından derecelendirilmesi ve alanda major travma vakalarının triajı ile ilgili saha protokolü Türkiye'de ilk kez gerçekleştirilecektir. 26 Mayıs 2014 tarihinde Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH hastanesi ile birleşerek "Yenişehir Kampüs" olmuştur.



Tepecik EAH son bir yılda, 1.6 milyon poliklinik, 143.939 yatış, 42.2000 acil başvuru, 68.000 travma vakası, 2.143'ü A grubu, 112.290'ı E grubu olmak üzere toplam 137.173 cerrahi girişim, önemli bir kısmı komplike ve dışarıdan sevkli olmak üzere 13.167 doğum, 194 yatak kapsamında 20.150 yoğun bakım yatış hizmeti sunmaktadır. Yenişehir bölgesinin nüfusu il nüfusunun %19 udur, ancak bölgemizin en büyük hastanelerinin birisi olması sıfatıyla Tepecik EAH il nüfusunun %30'una hizmet vermekte ve çevre illerden yoğun sevk almaktadır. Hastanenin bina alt yapısı, otoparkı, hastaneye ulaşım sağlayan yollar ve toplu ulaşımın yetersizliği gibi temel sorunları mevcuttur. Artan ihtiyaçlara ve Ege Bölgesi' ne hizmet veren Sağlık Bakanlığının en büyük hastanelerinden biri olan Tepecik EAH'nin bu temel eksiklikleri, Yenişehir kampüsü projesi ile ortadan kalkacaktır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı ve Kamu - Özel ortaklığı birlikte çalışmakta, mevcut sorunların çözümü için büyük gayret sarfetmektedirler.

EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TARİHÇESİ

Abdullah TAŞYURT

Sosyal Sigortalar Kurumu 1969 yılında Gaziler Caddesi 468 Numarada Tepecik Doğumevi'ni sigortalıların hizmetine açtı. İzmir'e ve Ege Bölgesi'ne hizmet vermek için kurulan Tepecik Doğumevi aynı yıl uzman tabip yetiştirmeyetkisini de aldı ve 1969 yılından 2012 yılına kadar toplamda 239 asistan eğitimlerini tamamlayarak kadın hastalıkları ve doğum uzmanı unvanlarını aldılar.

İzmir'de doğanların yarısından fazlasının doğduğu yer olarak haklı bir üne sahip olan hastanemizde bu güne kadar bir çokdeğerli uzman tabipler de yetişmiştir. Başta ilk baştabibimiz Op.Dr. Hakkı BERKMEN olmak üzere hastanemize emeği geçen tüm çalışanları burada bir kez daha saygıyla, ölmüş olanları da rahmetle anıyoruz.

Zamanla gelişen ve büyüyen İzmir'e ayak uydurmakta zorlanan hastanemiz yıllar içinde yetersiz gelmeye başlamış, hasta yoğunluğundan bazen bir yatakta iki hastanın yattığı, bazen pis su borularının patlayarak bodrum katlarını, arşivleri atık suların kapladığı, personel yokluğundan temizliğin tam yapılamadığı günleri yaşamıştır. Şimdiki gibi sözleşmeli taşeron firmalar olmadığı için tüm hizmetler yetersiz sayıdaki personel tarafından görülmeye çalışılmıştır.

Bir zamanlar Ege Doğumevi vardı diyecekler. Hatta ilk kurulduğunda adı Tepecik Doğumevi'ydi diyecekler. Bu hastaneden emekli olanlar, bu hastanede doğanlar bile yeni kuşaklara Ege Doğumevi'nin nerede olduğunu ne iş yaptığını anlatmak zorunda kalacaklar. Tıpkı bir zamanlar Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Doğumevi'nin olduğu gibi. Tıpkı daha önce Dr.Ekrem Hayri Üstündağ'ın yerinde devlet hastanesi olduğunu 50 yaşın altındakiler nasıl bilmiyorsa, zaman içinde Ege Doğumevi'ni de hatırlayan sayısı gittikçe azalacak. Gün gelecek belki hatırlayan bile olmayacak.

Hastanemizin kurulduğu yıllarda Tepecik küçücük ve İzmir'in gelişmemiş bir semtiydi. Tek şeritli Ankara yolu bile Tepecik'ten geçer, Altındağ üzerinden Kemalpaşa'ya doğru giderdi. Tepecik semtinin gelişmesi amacıyla yapılan Tepecik Doğumevi ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne ilaveten Gıda Çarşısı ve İnşaatçılar Çarşısının da hizmete sokularak faaliyete geçmesi sayesinde semt zaman içinde büyümüştür.

Hastanemiz hizmete girdiği tarihlerde 160 personeli ve 80 yatağı ile sağlık hizmeti üretirken sonraları artan ihtiyaçlara göre kademeli olarak yatak sayısı önce 152'ye sonra da 192'ye çıkarılmıştır. Fiziki yapısındaki eksikliklerin giderilmesi ve ihtiyaçların karşılanabilmesi için 1984 yılında inşaatına başlanan 120 yatak kapasiteli ek binamızın 1992 yılında devreye girmesi sonucunda yatak kapasitemiz 312, personel sayımız da doğal olarak yatak sayımızdaki artışa ve yoğun şekilde artan iş hacmine paralel 400 rakamına ulaşmıştır.

Ege Doğumevi Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 19.02.2005 yılında yönetim olarak Çalışma Bakanlığından, Sağlık Bakanlığına geçmiştir. Daha kaliteli hizmet verebilmek için de yatak kapasitesi düşürülerek 213 olarak tespit edilmiştir.

Özellikle 2008 yılından sonra güzel bir çıkış ivmesi yakalamıştı hastanemiz. Eski günlerinden eser kalmamıştı. En üst çalışanından en alt çalışanına kadar tüm personel de halinden memnundu. Hastanemize gelen vatandaş da memnundu durumdan. Hastane baştan aşağıya yenilenmiş ve modern hale getirilmiş durumdaydı. Son yıllarda hastanemize kazandırılan yeniliklerden bazılarını kısaca özetlemeye çalışalım. 2007 yılında Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi hizmete girdi. İzmir'deki Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler arasında bir ilk olarak 2009 yılında Tüp Bebek Merkezimiz hizmet vermeye başladı. Kurulduğu günden itibaren birçok ailenin çocuk sahibi olmasına vesile olan Tüp Bebek Merkezi'miz kısa sürede gösterdiği başarılı çalışmalarının karşılığında İzmir Valisi Sayın Cahit KIRAÇ tarafından takdirname ile ödüllendirildi. Aynı yıl video ürodinami cihazı ve üro-jinekoloji seti hastalarımızın hizmetine girdi. Tıbbi Genetik Laboratuvarı 2010 yılı itibarıyla faaliyete geçirilerek hastalarımıza hizmet vermeye başlamıştır. 2011 yılında onkoloji merkezimiz kanserli hastalarımızın tedavisinde önemli bir boşluğu doldurmak için kuruldu. Aynı yıl Perinatoloji merkezimizde faaliyete geçerek hastalarımıza hizmet vermeye başladı. Aile Planlaması ameliyathanesi elden geçirilerek hepafiltreleri dahil çağdaş bir hale getirilmiş, böylece hastanemize her türlü ameliyatın yapılabileceği bir ameliyathane kazandırılmıştır. Hastane elektrik besleme sistemi elden geçirilmiş olup, otomatik olarak devreye giren bir jeneratör, 20 dakika hastaneyi besleyebilen UPS sistemi ve bir de elle devreye sokulan ikinci bir jeneratör ile hastanenin elektrik beslemesi olabildiğince güvence altına alınmıştı. Isıtma sistemi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi sistemi ile entegre hale getirilerek kazan kullanımına son verilmiştir. Merkezi oksijen sistemi kurulmuştur. Beşinci kat ameliyathanesinin klimatizasyonunu sağlayan sistemler elden geçirilmiş, yeni cihazlarla hem ömrü uzatılmış, hem de güçleri (verimlilikleri) arttırılmıştır.

Tüm katlarımız PVC yer döşemesi ile kaplanmıştır. Hastanemize yeni yataklar, yeni tıbbi cihazlar alınmış, fiziki koşulları, hizmet anlayışı ve hedefleriyle, toplumun her köşesine ulaştırdığı sağlık hizmetleriyle sağlık sektöründe farklı bir çizgi oluşturmaya başlamıştır. 2010 yılında ISO-9001:2008 Kalite belgesi de alınmıştır.

Ancak 1969 yılından beri sadece İzmirli'lere değil, tüm Ege bölgesine hizmet veren 333 yataklı hastanemizde ikisi profesör, ikisi doçent olmak üzere toplam yedi eğitim görevlisi, sekiz başasistan, 21 adedi kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olmak üzere toplam 51 uzman tabip ve 56 asistan ile yılda yaklaşık 10.000'e yakın doğum, 20.000'i geçen ameliyat yapıp, dünya standartlarında hizmet verilmekte iken, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde daha etkili, verimli ve erişilebilir bir sağlık hizmeti sunumu için 2012 yılında Tepecik Eğitim Hastanesi ile birleştirilmiş olup, bu tarihten itibaren hizmetini Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kadın Doğum Kliniği olarak sürdürmektedir.

İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TARİHÇESİ

Ahmet Emin ERBAYCU

Hastanemizin halen hizmet verdiği alanda, ilk sağlık hizmeti kesin olarak bilinmemekle birlikte 1910 yılında başlamıştır. Bu dönemde bulaşıcı hastalığı olanların tecrit edildiği bir bölgedir. 1912-1913 tarihlerindeki Balkan Savaşı'nda meydana gelen kolera salgınında karantina olarak kullanıldığı bilinmektedir. 1916'da Özel İdare tarafından hastane bahçesine yaptırılan 25 yataklı bina buradaki ilk sağlık tesisidir.

1924 yılında yatak sayısı 50'ye yükselterek binaya hastane kimliği kazandırılmıştır. "Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü'ne" devredilen hastane aynı yıl "Emraz-ı Sariye ve İstilaiye Hastanesi (Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastanesi)" ismini almıştır. Bu dönemde bulaşıcı hastalıklar, tüberküloz ve çocuk hastalıkları dalında hizmet verilmiştir. 1930'da röntgen binası hizmete girmiş ve ilk röntgen cihazı kullanılmaya başlanmıştır. 1933'de Bakteriyoloji laboratuvarı kurulmuştur.

1936'da hastane Sahil Sıhhiye Genel Müdürlüğü'nden ayrılarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

1946'da hastanenin ismi Türkçeleştirilerek "İzmir Bulaşıcı ve Salgın Hastalıkları Devlet Hastanesi" adını almıştır. 1947'de 100, 1948'de 125 yatak kapasitesiyle hizmet vermiştir.

1949 yılında Sağlık Bakanlığı'nın yeni bir uzmanlık dalı olarak "Fitizyoloji uzmanlığı" kadrosu açması üzerine, Dr. Ekrem Hakkı Özhan hastaneye ilk "Fitizyoloji asistanı" olarak atanmış ve sonrasında ilk Fitizyoloji uzmanı olarak çalışmıştır. Kendisi hastanede ilk bronkoskopi girişimini ve ilk anestezi uygulamasını gerçekleştiren kişidir. 1952'de hastanede ameliyathane açılmış ve 35 yataklı çocuk servisi hizmete girmiş, yatak sayısı 275'e çıkartılmıştır.

1953'te B-Blok, P2, P3 ve İdari bina yapılmış, ilk röntgen uzmanı hastaneye atanmıştır. 1954'te hastaneye ilk diş hekimi atanmış ve yatak sayısı 460'a çıkarılmıştır.

1955'de Çocuk polikliniği ve idare ek binası tamamlanarak hizmete girmiş, yatak kapasitesi 575'e çıkmıştır. Aynı yıl "İzmir Göğüs Hastalıkları Hastanesi" ismiyle hizmet vermeye başlamıştır. 1959'da Patoloji laboratuvarı kurulmuştur. Aynı zamanda Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin bazı klinikleri hastane bünyesinde yer almış ve 1976'ya dek hizmet vermiştir.

1962'de G-Blok ve anfi inşaatı tamamlanmıştır.

1963'te Göğüs Cerrahisi uzmanlığı eğitimi vermeye başlanmıştır.

1968'de Biyokimya laboratuvarı hizmete girmiştir.

1971'de 332'si Tıp Fakültesi'ne, 442'si hastanemize ait olmak üzere toplam 774 kadro yatağıyla hizmet verilmiştir.

1981'de 40 çocuk kapasiteli Kreş açılmıştır.

1984'te E-Blok binası yapılmıştır.

1986'da İzmir Göğüs Hastalıkları Hastanesi Yardım ve İlmî Araştırmaları Teşvik Derneği tarafından "İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi" isimli bilimsel bir dergi yayımlanmaya başlanmıştır. Dergi halen yılda üç kez yayımlanmakta ve Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi alanındaki bilimsel makalelere yer vermektedir.

1988'de Astım - Yoğun Bakım Servisi hizmete girmiştir.

1989'da röntgen cihazı yenilenmiş ve ilk kez ultrasonografi cihazı kullanılmaya başlanmıştır.

1990'da fleksibl bronkoskopi sayısı 10'a çıkarılarak iki ayrı salonda bronkoskopi uygulanmaya başlanmıştır.

1999'da Prof.Dr. Şükrü Postacı tarafından Ali Rıza - Nebahat Dolman adına P1 binası yaptırılmış ve burada Poliklinikler, Özel (1.) Servis, Bronkoskopi, Acil Servis, 15 yataklı Hasta Gözlem Birimi hizmete girmiştir. Aynı yıl hastanede bilgisayarlı tomografi cihazı kullanıma girmiştir.

2000'de hastane ismi "İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi" olarak değiştirilmiştir. Cumhurbaşkanlığı Teftiş Kurulu raporları sonrası ameliyathanenin modernleştirilmesi çalışmaları da aynı yıl başlatılmıştır. Anti-bakteriyel filtreli havalandırma ve iklimlendirme, antibakteriyel yer, duvar döşemeleri, merkezi otoklav ve malzeme sterilizasyonu için asansör kullanıma girmiştir. Daha önce iki adet olan ameliyathane salon sayısı üçe çıkarılmış, post-operatif yoğun bakım ünitesi sekiz yatakla hizmet vermeye başlamıştır. Tüm bu çalışmaların sonunda ameliyathane 2002 yılında yeni donanımıyla hizmete girmiştir.

2001'de E-Blok Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı olurlarıyla hastaneye devredilmiş ve bu servisler hizmet vermeye başlamıştır.

2003'de konsültan hekim poliklinikleri (Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Dahiliye, İntaniye, Genel Cerrahi, Kulak Burun Boğaz, Göz vb.) hizmete girmiştir. 2004'de Alsancak Semt Polikliniği ve 2005'de Çınarlı Semt Polikliniği'nin hastanemize devri yapılmıştır. 2005'de Acil Servis, Yoğun Bakım, Kemoterapi, Onkoloji Poliklinikleri birimleri yenilenmiş ve Fizik Tedavi Ünitesi kurulmuştur.

2012'de Pulmoner rehabilitasyon, Diyaliz ve yeni Bronkoskopi ünitesi ile P6 binası ek birimi hizmete girmiştir. Hastanenin ilk başhekimi Dr. Ekrem Hayri Üstündağ'dır. Daha sonra görev yapan başhekimler sırası ile Dr. Lütfi Sabri Serinken, Dr. Mithat Sakaroğlu, Dr. Zeyyat Eştürk, Dr. Ali Bahşıoğlu, Dr. Kunter Perim, Dr. Gültekin Tibet, Dr. Salih Zeki Güçlü, Dr. Ali Kadri Çırak olmuştur.

Hastane, yaklaşık 80 dönüm arazi üzerinde bulunan 22 ayrı binada, 440 yatak ve 105 poliklinik ile hizmetlerini sürdürmektedir. Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi branşlarında uzmanlık eğitimi verilmektedir.

Halen 7 adet Göğüs Hastalıkları Kliniği, Tüberküloz Kliniği, 2 adet Göğüs Cerrahisi Kliniği, Göğüs Yoğun Bakım Kliniği (29 yatak), Göğüs Cerrahisi Yoğun Bakım Kliniği (7 Yatak), Diğer Cerrahi Branşlar Servisi, Mahkum Servisi, Uyku Kliniği, Acil Servis (30 yatak), 8 adet Ameliyat Salonu, Kemoterapi, Radyoterapi, Bronkoskopi, Radyoloji, Nükleer Tıp, Diyaliz, Fizik Tedavi Birimi, Pulmoner Rehabilitasyon Ünitesi, Kreş, Eğitim Merkezi, Patoloji, Mikrobiyoloji, Biyokimya, Solunum Fonksiyonları - Allerji Laboratuvarı birimleri mevcuttur. Yılda (2013) 600.000'in üzerinde poliklinik muayenesi, 20.000'in üzerinde ameliyat gerçekleştirilmektedir.

Kaynaklar

1. Perim K. İzmir Göğüs Hastalıkları Hastanesi Tarihçesi. *İzmir Göğüs Hastalıkları Hastanesi Dergisi* 1986;1:6-12.
2. Gedikler HG. 1950'li yıllarda İzmir. *Şenocak Yayınları, İzmir, 2012;157-175.*
3. Dr.Ekrem Hakkı Özhan ile söyleşi, 15 Ağustos 2013.

KONAK SEMT POLİKLİNİĞİ GURABAHANE İ MÜSLİMİN HASTANESİ TARİHÇESİ

Ercüment TARCAN

İzmir, sahip olduğu coğrafi konumu nedeniyle tarih boyunca pek çok millete ev sahipliği yapmıştır. M.Ö.XI. asırda İyonyalılar tarafından kurulan şehir, Lidya, İran, Roma, Bizans egemenliğinden sonra Türk egemenliğine geçmiştir. 1390 yılından itibaren Osmanlı Devleti'nin idaresine giren şehir, sahip olduğu liman ve ticari potansiyeli nedeniyle pek çok milletten insanın birlikte yaşadığı bir merkez olmuştur. Osmanlı Devleti, ülkede yaşayan azınlıkların kendi dinlerini, dillerini, gelenek ve göreneklerini yaşamalarına müsaade etmiş, onları cemaatler şeklinde örgütlemiştir. Bu doğrultuda her azınlık kendine ait okul, kilise, vakıf ve hastaneler inşa etmiştir. İzmir'de de azınlıklara ait hastaneler inşa edilmiştir. Rum Gureba Hastanesi (St.Haralambo) (1748), Fransız Hastanesi (1749), Ermeni Gureba Hastanesi (1801), Millet-i Museviye Hastanesi (1843), Sen Antuan Hastanesi (1710), İngiliz Hastanesi (1850), Hollanda Hastanesi (1670), İskoç Hastanesi (1882) bunların başında gelmekteydi.

Sık sık veba, kolera, sıtma salgınlarının yaşandığı İzmir'de 1829 yılından Karataş semtinde kiralanan bir binada Askeri Hastane açılmıştır. 1891 yılında Mithat Paşa Semtinde yeniden inşa edilen Askeri Hastane 150 yatağa sahiptir. Askeri Hastane sadece orduya hizmet verdiğinden Müslüman halkın yararlanabileceği bir hastane yoktu. Yabancılar ait hastanelerde muayene olan Türkler, yatarak tedavi gördüklerinde yüklü bir para ödememek zorunda kalıyorlardı. Hastanelerde yatarak tedavi görmek için hastanenin bağlı olduğu konsolosluktan izin alınması gerekiyordu. Gurebayı Müslimin Hastanesi'nin inşasına 1848 yılında başlanmış ve 1851 yılında hizmete açılmıştır. Hastaneye "Gurebayı Müslimin Hastanesi" (Garip, Kimsesiz Müslümanlar Hastanesi) adı verilmiştir. Hastanenin inşa edildiği arazi İngilizlere ait bir mezarlık olup, buraya ölen İngiliz Donanması personelleri defnedilmekteydi. İngilizlerin ölümlerini memleketlerine nakletmeleri nedeniyle boşalan araziye bir tekke yapılması da gündeme gelmiştir. O zamanki teamüllere göre, terk edilen bir mezarlığa bir tekke yapılırsa, mezarlık arazisi tekkenin malı haline gelmekteydi. Mezarlık alanına bir tekke yapılacağını haber alan İngiltere'nin İzmir Konsolosu Mr. Henry, yakın arkadaşı olan Emin Muhlis Paşa'ya* müracaat ederek, hastane yapılmak şartıyla arazinin kendisine verilebileceğini bildirmiştir. Bunun üzerine İstanbul'a giderek hastane yapımı için izin ve yardım isteyen Emin Muhlis Paşaya, Padişah Abdülmecit tarafından bir fes dolusu altın verilerek hastanenin yapılması desteklenmiştir. Padişahın yardımı ve halktan toplanan paralarla inşasına başlanan Hastane, 1851 yılında iki katlı taş ve ahşap bir bina olarak hizmete başlamıştır.

1851 yılında 60 yatak kapasitesiyle hizmete açılan hastanenin, Emin Muhlis Paşa tarafından bir de nizamnamesi hazırlanmıştır. Nizamnameye göre hastanenin yönetimi hayırsever kişilerden oluşan bir heyete bırakılmıştır. Bir tabip, bir cerrah, bir eczacı, bir müdür ve bir katiple işe başlayan hastanenin, ilk idare heyeti Fahri Nazır Osman Zade Hacı Hüsnü Paşa, Reis Sıhhiye Müfettişi Zeki Bey, Aza Tüccardan Hacı Ağabey Zade Cemal Efendi, Cevahirci Hacı Hafız Mehmet, Saat Tüccarı Ahmet Sait, Müdür Hafız Tevfik, Sandık Emimi Mustafa Efendiden ibaretti.

**Emin Muhlis Paşa (Ölümü 1874): Bayındırlı Mustafa Habib Beyin oğlu Müftüzade Mehmet Emin Muhlis Paşanın doğum tarihi belli değildir. Reşit Paşanın kurduğu Encümen-i Daniş Azası olmuştur. Fransızca öğrenmiş, Batı kültürü ile yetişmiştir. 1838 yılında Viyana Sefareti'nde katiplik yapmış, Bab-ı Ali ve Sarayda tercümanlık yapmıştır. Görev aldığı vilayetlerde hastane, ıslahhane, okul gibi hayır kurumları yapmaktan geri durmamıştır.*

1312 (1896) yılı Aydın Vilayeti Salnamesi'nde, hastanede 2'si hapishaneye, 4'ü kadınlara, 11'i erkeklere ait toplam 17 koğuş, mescit, idare odası, ameliyathane, kiler, mutfak, gasilhane, çamaşırhane, iki depo, iki muayene odası, bir karantina odası, eczane, eczane deposu bulunduğu, iki havuzlu, içinde iki katlı güzel bir köşkü olan bir bahçesi olduğu bildirilmektedir. Bir bodrum kat üzerine yükselen iki katlı hastane binası, kuzey-güney yönünde uzanan, ince uzun bir koridor ile bu koridorun doğu ve batı yakasına yerleştirilmiş farklı uzunluklardaki üçer kanattan oluşmaktadır. Hastane farklı dönemlerde genişletilerek günümüze kadar gelmiştir. Şehir nüfusunun artması nedeniyle hastalara cevap veremeyen hastanenin genişletilmesi için Vali Kamil Paşanın gayretleri ile çalışmalar başlatılmış ve hastanenin yatak kapasitesi genişletilmiştir. İlk yapıya ilave edilen bölümlerin 1891-1892 yılında inşa edilmiş olduğunu gösteren bir kitabesi vardır. Hastanenin güneyinde bulunan üçüncü kanadın ilk inşa edilen hastane binası olduğu, ikinci ve üçüncü kanatlarının ise 1891-92 yılında inşa edilmiş olup, iki yapı arasında bağlantı bir koridor ile sağlanmıştır. 1892'de 30 koğuş ve 120 yatak kapasitesine çıkarılan hastaneye, ameliyathane, eczane, idare odaları gibi birimlere klenmiştir.

Eşref Paşanın Belediye başkanlığı sırasında hastanenin genişletilmesi gündeme gelmiş, Eşref Paşanın başkanlık ettiği bir inşaat komisyonu oluşturularak, para temin edilmeye çalışılmıştır. Hastane inşası için gerekli olan paranın karşılanması için, dönemin İzmir Valisi Kazım Paşa, Sanayi Mektebi için düzenlenen piyangoonun gelirinin %30'unun hastane için ayrılmasını sağlamıştır. 1897'de ilk hastane binası yanındaki eski cephaneye yeri, padişahattan alınan müsaade üzerine hastaneye verilmiştir. İnşaat 1903'de Hükümetin ve vatandaşların yardımı ile 20178 liraya tamamlanmıştır. İnşaat esnasında eski hastane kısım kısım ve tamamen yıkılarak ve yeni yerler ilave edilerek hastane faaliyeti durdurulmamıştır. Mimar Alfret Petago'nun plan ve projeleriyle inşasına

başlanan hastanenin, inşaat kurulunda Belediye Başkanı Eşref Paşa, Abdülkadir Paşa, Mehmet Salim Bey, Tabip Zühtü Hüznî Bey, Mustafa Enver Beyler görev almıştır. İnşaatın tamamlanmasıyla hastanenin yatak kapasitesi 200'e çıkarılmıştır.

II.Abdülhamit'in tahta çıkışının yıl dönemi nedeniyle hazırlanan ve Padişaha sunulan "İzmir Gurebayi Müslimin Hastanesi İstatistik Risaleyi Tıbbiyesi, Birinci Seneye Mahsusudur", ismindeki risalede, 7 kişilik yönetim kurulu bulunan hastanede bir sertabip, beş muvazzaf ve fahri tabip, bir dişçi, bir kabile (ebe), beş eczacı, bir kimyager, dört cerrah, pansumancı, imam, ilaç ve tıbbi aletler komisyonu, erkek ve kadın hademe olmak üzere toplam 84 kişinin çalıştığı belirtilmektedir. Hastanenin gelirleri arasında, padişahın her sene hastaneye verdiği 44 lira 98 kuruş 84 para, hanlarda tartılan meyve, saman kantariyesinden alınan vergiler ve bağışlarla, hastaneye ait emlak gelirleri yer almaktaydı. Hastane bünyesinde oluşturulan imbikhanede saf su ve gül suyu elde edilmekte ve bunların satılmasıyla hastaneye ayda 35 lira gelir elde edilmekteydi.

Hastane kadrosundaki iki mezarcının gömdüğü ölümlere karşılık olarak Belediyeden yıllık 350 lira alınmaktaydı.

Ayrıca, Yemiş Çarşısı hamallığından alınan para, Ali Paşa Meydan hasılatı, hastanede tedavi edilen mahpuslara karşılık Mal Sandığından alınan paralar da hastanenin gelirleri arasındaydı. Hastaneye bağlı mülklerden vergi alınmayacağına dair Şuarayı Devlet kararı da mevcuttu.. Hastanenin bir başka geliri de eczanesi ile kan, balgam, idrar vb. tahlillerin yapılabilirdiği bakteriyolojihanesi idi. 5'i doktor, 4'ü halktan toplam dokuz kişiden oluşan bir idare heyeti tarafından yönetilen hastane, 1914 yılında özel idareye devredilerek, ismi "Memleket Hastanesi" olarak değiştirilmiştir.

1914 yılından itibaren Vilayet Umumi Meclisi tarafından yönetilen Hastaneye 1914 yılında Vilayet Bütçesi'nden ayrılan para 1.061.043 kuruştı. Hastane personeli ise şöyle idi; 1 sertabip ve operatör, 1 sertabip ve operatör yardımcısı, 1 tabib-i sani, 2 tabip, 1 göz tabibi, 2 asistan, 1 bakteriyolog, 1 karantina katibi, 1 sereczacı, 1 eczacı, 2 eczacı kalfası, 1 baş hastabakıcı, 1 erkek hastabakıcı, 3 kadın hastabakıcı, 1 müdür, 1 katip, 1 katip muavini, 1 tahsildar ve mübaya memuru, 1 vekilharcı memuru, 1 kapıcı, 2 erkek hademe, 4 kadın hademe, 1 imam-ı evvel, 1 mam-ı sani, 1 vekilharç 1 çamaşırcı, 1 aşçı yamağı, 1 bahçıvan 1 berber ve meydançı.

Gureba Hastanesi'nde 1915 yılı içerisinde 4858 muhtelif hasta yatarak tedavi görmüş olup, bunlardan 1817'i erkek, 1286'sı kadın ve 125'i çocuk idi. Dahiliye servisine 606'sı erkek, 200'ü kadın 51'i çocuk olmak üzere toplam 857 hasta,

İzmir'in Yunanlılar tarafından işgalinden sonra yatak sayısı iki yüz elliden seksene indirilmiş, memur doktor ve hizmetli kadroları daraltılmıştır. 1920 yılında 15 doktorun görev aldığı hastanenin bir kısmının "Amerikan Kızılhaç Hastanesi" olarak kullanılması Hastanenin kapanmasını önlemiş, kadrosu daraltılsa da Hastane eskisi gibi görevini sürdürmüştür. Hastanenin röntgen makinesi İzmir Hilal-i Ahmer Cemiyetinin yardımlarıyla 1923 yılında alınmıştır. Bu tarihten önce Hastanenin röntgen ihtiyacını Askeri Hastane karşılamıştır.

Hastaneye Belediye tarafından 1926 yılında bir dispanser yaptırılmıştır. 1931 yılında hastanenin arka tarafında inşa edilen iki katlı dahiliye polikliniğinin üst katı 30 yataklı bir koğuş olup, alt katı poliklinik hizmeti verecek şekilde düzenlenmiştir. Alt katta harici, dahili, göz ve kulak muayeneleri ve röntgen çekimlerinin yapılacağı bölümler bulunuyordu.

1932 yılında Muhasebe-i Hususiye tarafından idare edilen hastanenin yatak kapasitesi 150'den 300'e çıkarılmıştır. 1932 yılında hastanede 6147 kişi yatarak tedavi görmüştür. Kadın ve doğum servisinde, 370 hastaya ufak ve büyük ameliyat, 224 fakir kadının doğumu yaptırılmıştır. Hariciye servisinde 637 hastaya büyük ve küçük ameliyat, göz servisinde 257 hastaya ameliyat, kulak servisinde 137 fenni ameliyat gerçekleştirilmiştir. 8082 hastanın kan, balgam ve idrar tahlilleri yapılmıştır. Hastaneye bağlı polikliniğe ise 8113 kişi müracaat etmiştir.

1935 yılında hastanede doğum, asabiye, kadın hastalıkları, hariciye, ameliyat, dahiliye, göz, kulak vesaire toplam 13 koğuş bulunmaktaydı. Ayrıca eczane, kimyahane, röntgen, bakteriyoloji, laboratuvar, müze, kütüphane, yemekhane, mutfak, çamaşırhane gibi birimlerde mevcuttu. Kadro olarak 1 başhekim, 10 doktor, 10 hemşire, 23 hastabakıcı, 45 hademedden oluşmakta idi. 1938 yılında hastanenin röntgen dairesi iyileştirilerek radyoloji enstitüsü haline getirilmiştir.

Gurebayı Müslimin Hastanesi ile ismi özdeşleşmiş kişilerin başında Mustafa Enver Bey gelmektedir. 1879-1924 yılları arasında başhekim olarak hastaneye büyük hizmetleri olan Mustafa Enver Bey, İzmir'in ilk Türk doktoru olup, yıllarca fedakarca çalışması ile halkın gönlünde taht kurmuştur. Mustafa Bey hem hastanenin genişletilmesinde ve eksiklerinin giderilmesinde hem de yönetiminde aktif olarak görev almıştır. 22 Temmuz 1932 tarihinde 83 yaşında vefat eden Mustafa Enver Bey kitaplarını 1932 yılında İzmir Milli Kütüphanesine bağışlamıştır. Mustafa Beyin hatırasını yaşatmak için İzmir'de bir bulvara ismi verilerek heykeli dikilmiştir.

1949 yılında Hastane Başhekimi Dr.Osman Yunus Bey "Memleket Hastanesi Yardım Derneği"ni kurmuştur. Dernek tarafından beş katlı bina yaptırılmış, kütüphane, ameliyathane, kalorifer tesisatı, asansör ve çamaşırhane onarılmıştır.

1950 yılında Sağlık Bakanlığına geçen hastanenin ismi "Devlet Hastanesi" olarak değiştirilmiştir. Hastane bünyesinde bir müddet Ege Üniversitesi'nin Dahiliye, Göz, KBB. Asabiye ve Hariciye servisleri faaliyet göstermiştir. 1963 yılında 480 yatak kapasitesine sahip olan hastanenin yataklarının 407'si Sağlık Bakanlığı'na 73'ü Ege Üniversitesine aitti hastanenin Sağlık Bakanlığı'na bağlı kısmında 33 doktor, 34 asistan, 1 diğ tabibi, 1 eczacı, 8 laborant hemşire, 22 yardımcı hemşire, 7 ebe yardımcısı, 40 yardımcı hemşire talebe, 188 müstahdem, 1 başhekim, 1 başhekim muavini, 12 memur çalışmaktaydı.

Hastane, 30 Nisan 1982 tarihinde Yeşilyurt Semti'nde inşa edilen yeni binaya taşınmış ve "Atatürk Eğitim Sitesi İzmir Devlet Hastanesi" adını almıştır. Gurebayı Müslimin Hastanesi binası ise 1985 yılından itibaren "Kadın Doğum Hastanesi" olarak hizmet vermeye başlamıştır. 2013 yılında yayınlanan 663 sayılı Kanun hükmünde Kararname ile kurulan Kamu Hastaneler Birliği çerçevesinde, İzmir Kuzey Kamu Hastaneler birliğine bağlanan hastane artık Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı poliklinik olarak hizmet vermektedir.

Kaynaklar

Karayaman M. 20.Yüzyılın İlk Yarısında İzmir'de Sağlık. İzmir Büyükşehir Belediyesi Kültür Yayınları, Kent Kitaplığı dizisi 2008. p.86-103.

ÇOCUK İŞİTME DEĞERLENDİRME VE ERGEN SAĞLIĞI MERKEZİ (ÇİDEM) TARİHÇESİ

Bülent ALBAYRAK

Robert Wilkin adlı İzmirli tüccar ile dört ortağı 1855'de İzmir-Aydın demiryolu için Osmanlı Hükümetinden imtiyazı almışlardır. İmtiyaz 1857 yılında "İzmir'den Aydın'a Osmanlı Demiryolu" kumpanyasına devredilmiştir. 1857 yılında Vali Mustafa Paşa döneminde temeli atılan demiryolunun başlangıcında yer alan Alsancak Garı, 1858 yılında hizmete açılmıştır. Merkezimizin bulunduğu bina 1889 yılında İngilizler tarafından İzmir-Aydın demiryolu hattı şirketinin yönetici lojmanı olarak inşa edilmiştir. Binada kullanılan yapı malzemelerinin bir kısmı ve tefrişatı İngiltere'den getirilmiştir. Bina Cumhuriyet Dönemi'nden sonra "Demir Konak" adıyla devlet konuk evi olarak hizmet vermeye başlamıştır. Bu dönem özellikle zamanın Başbakanı İsmet İnönü tarafından sıkça konaklama ve İzmir toplantıları amacıyla kullanılmıştır. Bina 1951 yılında Merhum Cumhurbaşkanı Celal Bayar'ın talimatıyla hastaneye dönüştürülmüştür."Devlet Demiryolları Hastanesi" adı altında 50 yatak ve 60 personel ile hizmet vermiştir.

Bina 1996 senesinde orijinaline sadık kalınarak restore edilmiştir.



Resim 1. ÇİDEM'in dıştan görünüşü

19 şubat 2005 yılında 5208 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun çerçevesinde Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. 2006 yılında Hastanemizin yeniden yapılanma çalışmaları çerçevesinde SİT Kurulunun kontrolünde iç mekan düzenlemeleri ile mevcut konumu sağlanmıştır. Bu çalışmalar sonucu 2007 yılında o zamanın Başhekim Prof.Dr.Orhan Gazi Yiğitbaşı önderliğinde “Çocuk İştirme Değerlendirme ve Ergen Sağlığı Merkezi” olarak kapıları tekrar sağlık hizmeti sunumuna açılmıştır.



Resim 2. ÇİDEM'in iç görüntüsü

ÇİDEM'de bulunan birimler;

- Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniği,
- Odyolojik Tetkik Ünitesi
- Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıklar poliklinikleri,
- Yetişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği,
- Ergen Sağlığı Merkezi (Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmeti Merkezi)
- Psikolog hizmetleri
- Aile Hekimliği Polikliniği

KBB Hizmetleri;

- KBB polikliniği; İşitme kaybı yakınması veya kuşkusu olan her yaştan hasta kabul edilmektedir. Ölçümde karşılaşılan zorluklar ve her merkezde çocuk odyometrisinin yapılamıyor olması nedeniyle hastalarımızın %80'i 10 yaş altındadır.
- Yenidoğan İşitme ve Tarama Hizmetleri; İşitme kaybı ile doğan bebeklerin erken dönemde tanınması ve rehabilitasyonlarının sağlanması amacıyla tüm yurttan uygulanan tarama programı merkezlerinden biridir.
- Odyolojik Testler; Birimizde biri çocuklar için dizayn edilen iki adet odyometri cihazı bulunmaktadır.
- ABR hizmetleri; Merkezimizde Beyin sapı işitsel uyarılmış yanıt odyometrisi yapılmaktadır.
- ASSR; İşitsel Devamlı-Durumda Uyarım Testi de yapılmaktadır.
- Kohlear İmplant Fitting ve Kontrol Hizmetleri



Resim 3. ÇİDEM yönetici odası (Çalışma masası 1900'lerin başı İngiltere imalatıdır).

Ergen Sağlığı Merkezi (Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmeti Merkezi) Hizmetleri;

Birimimizin amacı normal en geniş çeşitliliğe sahip bu yaş döneminin normal olanlarının saptanarak, periyodik takiplerinin ve danışmanlıklarının yapılması, kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluklarının kazandırılmasıdır. 2007 yılında çalışmaya başlayan birimimiz 2008 yılından itibaren, Sağlık Bakanlığının Çocuk-Ergen ve Kadın Üreme Sağlığı Hizmetleri kapsamında Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNİCEF)ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) işbirliğinde 2002 yılından beri yürütmekte olduğu Ergen döneme yönelik projeler kapsamına alınarak Gençlik Sağlığı ve Danışmanlık Merkezi statüsüne de geçmiş bulunmaktadır.

SAĞLIK HİZMETİNDE HEKİMİN LİDERLİK ROLÜ VE TAKIM OYUNU İÇİNDE HEKİM DAVRANIŞ BIÇIMI NASIL OLMALIDIR?

Orhan Gazi YİĞİTBAŞI

Değerli Genç Meslektaşım;

2005 ile 2011 yılları arasında büyük bir onur ve heyecanla Başhekimliği görevini üstlendiğim İzmir Tepecik Hastanesinin Yönetimi tarafından oluşturulan son derece faydalı olduğunu düşündüğüm bu kitapta seninle bilgi paylaşımı yapıyor olmaktan bir kez daha onur ve heyecan duyduğumu ifade etmek isterim. “Lider olmak ve takım oyunu oynamak” başlığında beni yazı yazmaya teşvik eden çok değerli hastane yöneticilerimize şükranlarımı ve saygılarımı sunarım. Ayrıca kendileriyle geçmişte çok zor, çok heyecanlı, çok sevinçli, çok acılı, çok eğlenceli, çok kederli, çok coşkulu, çok keyifli, ama toplamda dolu dolu, unutulmayacak günler yaşadığım tüm hastane çalışanlarımızı sevgiyle ve hasretle kucaklarım.

Umarım uzun meslek yaşamında yürüyeceğin yola bir nebze ışık tutabilirim. Unutma ki bir işi yönetmek zordur. Sağlık işini yönetmek diğer iş kollarına göre daha zordur. Çünkü aynı anda çok farklı hizmet sektörünü yönetmen gerekir. Ancak “insanı” yönetmek “iş”i yönetmekten daha zordur. Fakat ondan daha zoru vardır, o da insanın kendisini yönetmesidir.

Yani önce kendini yönetmesini bil, gerisi kolay.

Aşağıda vurguladıklarım kendini yönetmende sana kılavuz olacaktır.

Hadi başlayalım:

Yeni girdiğin ortamda önce sırasıyla gözle, tanı ve anla. İnsanları, ilişkileri, sosyal dinamikleri, kaygıları, korkuları, beklentileri anla. Sonra mekânları ve donanımları, sonra süreçleri hızlı bir şekilde kavra. Ekibini kur, atacağın adımları ekip ile ve ulaşabildiğin herkesle uzun uzun tartışarak belirle. Kısa, orta ve uzun vade hedefler olsun. Hazır olmadan asla adım atma. Hazır olduğun anda hiç bekleme adımını at. Sonra adımlarını sıklaştır, sonra ekibinle berber koşmaya başla. Ama asla durma, durduğun an çürümeye başladığın andır.

Koşarken:

- Kendine güven. Ekibine güven, onlara güvendiğini hissettir.
- Kendini önemseydiğin gibi etrafındakileri de önemse, onlara değerli olduklarını hissettir.
- Duyguları yönet. Zordur yalnız dikkat et.
- Detaylara girmekten korkma. Detaylara hâkim olman sana boyut katar.
- Verdiğin sözleri unutma.
- Her yeni duruma hızlı uyum sağla.
- Öfkeni kontrol et. Öfken yerinde ve zamanında senin kontrolündeyken çok faydalı bir silahtır. Senin kontrolünde değilse sana doğrultulmuş bir silahtır. ...
- Sabırlı ol. Sabrın sana verdiği güce insanlar imrenir.
- Oturmana, kalkmana, yemene, içmene, giyimine, konuşmana dikkat et. Günün sonunda insanlar sana bunlardan not verir.
- Neşeli ol, esprili ol, etrafını neşelendir. Korkma otoriten sarsılmaz.
- Zihninde sorunları büyütme. Kolay çözülebilir halde istifle.
- Zorluğu gösterip korkutma, kolaylığı gösterip rehber ol.
- Göz temasından korkma
- Samimi ol.
- Alçakgönüllü ol.
- Dedikodu yapma, yapılmasına zemin hazırlama.
- Ekibindekilerin zayıf yanlarını ört. Güçlü yanlarını, kabiliyetlerini açığa çıkar, onların önünü aç.
- Büyük hedefler koy, bu hedefleri zaman zaman coşkuyla besle, bu coşkuyu çevrene yay. İnsanlar umuda koşar.
- Ekibindekilerin acılarını, sevinçlerini paylaş.
- Sorunun parçası olanları azalt. Çözümün parçası olanları çoğalt.
- Konuları unutma, unutmuyorsan not al.
- Sorunlara beyninle analitik yaklaş, insanlara gönlünle samimi yaklaş. Tersini yaparsan dağılırsın.
- Sorunların çözüm süreçlerinin takibini bırakma.
- Sorun sahiplerini bilgilendir, çözme takvimini paylaş, çözümdeki zorluklarını anlat, ama mutlaka çözmeye gayret et. Çözemezsen neden çözemediğini de paylaş. Unutma sorun sahibi Sen'in soruna sahip çıkmadan mutlu olur, çözemesen de.
- İnsanların zihinlerine sağlıklı ve doğru verileri aktar. Unutma zihinlerde cevapsız kalan alanlar sağlıklı "zan"lar ile dolar.
- Kendini övme. Sen onları öv. Seni övenlere karşı ölçülülük ol.
- İlişkilerin ense-tokat tarzında olmasın, makul bir mesafe koy.
- Cimri olma cömert ol.
- İyi dinleyici ol.

- Uyarı yapacaksan sakın ama kararlı ol, azarlama, onur kırma.
- Üstlerinin nasıl düşündüklerini, önem verdiği şeyleri iyi anla, astlarının da.
- Önyargılı olma, birisi hakkında hızlı kanaat üretme.
- Bağışlayıcı ol, merhamet göster.
- Konuşmadan önce iyi düşün.
- Azimli ol.
- Esnek ol.
- Ekibini kolla, gözet. Gerekli olduğu yerlerde onları korumak için öne çık, onlar için savaş. Asla satma.
- Kararlarını doğru ve yeterli verilere göre ekibinle birlikte al. Yeni veriler geldiğinde alınan kararlardan vazgeçmekten ya da onları revize etmekten çekinme.
- Bir kişi ne kadar akıllı olursa olsun onun akıllı bir ekibin akıllını asla geçemez. Ortak akıllı kullan.
- Ortak akıl yaratmak için ekibi cesaretlendir, teşvik et, onları ürküten ya da tehdit eden faktörleri ortadan kaldır. Kendilerini emniyette hissetmezlerse ortak akla katkı vermezler.
- Herkesin korktuğu anda Sen cesur ol, herkesin paniklediği anda sen sakın ol.
- Meraklı ol, araştı.
- Ekibini başka ekiplerle yarışa sok. Rekabet heyecan verir.
- Yeniliklere ve değişime açık ol. Geride kalma.
- Zamanı iyi yönet
- Kapıda insanları bekletme, randevularına sadık ol.
- Toplantılarda konunun özüne iyi odaklan, ekibin odaklanmasını kontrol et. Toplantı sonunda karar çıksın. Karar çıkmayan toplantı bir işe yaramaz.
- Etrafında dalkavuk barındırma.
- Selam al, selam ver.
- Seilmeyi önemse. Unutma sevilenler yükselir.
- İnsan işten daha önemlidir. İnsanı yaşat.
- Kısa sürede net sonuçlara gidebilmeyi öğren.
- Coşku yarat.
- Ben deme, biz de.
- İyi niyetli ol.
- Yetkilerini olabildiğince paylaş, sorumluluklarını olabildiğince paylaşma.
- Etik değerlerden ayrılm.
- Özgür ol, hiçbir şeyin esiri, bağımlısı olmamaya çalış.
- Empati kur, etrafındakilerle ilgilen.
- Kurallara, süreçlere bağlı ol, ancak onlara hapsolma. Gerekli olduğu yaratıcı eylemler için onlara meydan oku.
- Herkesin önünde kendinle dalga geçebilmekten korkma.
- Görüşlere saygı göster. Ekibin hedeflerine zarar vermediği müddetçe farklı görüşlerden insanlarla çalışma cesareti göster.

- Çalış, üret, bunları yaparken keyif al, ekibin de keyif almasını sağla.
- Sır saklamasını bil.
- Kopya alma, orijinal ol. Seni taklit etsinler, sen etme.
- Ekip çalışmaların şeffaf olsun, şeffaf olmayan işler seni yalnızlığa sürükler.
- Sinirliiyken karar alma, ertesi günü bekle.
- Taraf tutma.
- Ayrıcalık yapma.
- Bağırma, çağırma, sakın ol.
- Takdiri aleni, cezalandırmayı bire bir yap.
- Eksik arama, hataları büyütme.
- Huzursuz olma, huzursuzluk çıkarma, çıkaranların alanlarını daralt.
- Ekibindeki en zayıf olanlarla yakınlık kur.
- Ekibinle sık sık beyin fırtınası yap, başka ekiplerle fikir alışverişinde bulun.
- Duruşun üstlere karşı saygın ve onurlu, altlarına karşı sevgi ve şefkatli olsun.
- Altların bile olsa onların makam koltuklarına oturma.
- Tahriklere kapılma, dolduruşa prim verme.
- Senden önce orda çalışanları iyi yanları ile an.
- Adil ol, adalet senin en değerli meziyetindir.
- Unutma geçicisin, ruhunu hapsedme. Gözün gönlün hep ötelerde olsun. Yolun açık olsun....

HASTA NASIL HAZIRLANIR VE NASIL SUNULUR ? TEDAVİSİ DÜZENLENİRKEN NELERE DİKKAT EDİLİR?

Harun AKAR

Hekimlerin temel görevi, hastalarına önce zarar vermemek, ardından da doğru klinik yaklaşımlarda bulunmaktır. Mesleğimizi iyi bilmek, iyi bir şekilde uygulamak, çok okumak ve hastalarımıza yeterli zamanı ayırmak, bu temel görevi yerine getirmemizde bize ışık tutacaktır. Bilinmelidir ki, tıbbi bizlere asıl öğreten hastalardır.

Hastalarımızı doğru ve etkin şekilde takip ve tedavi edebilmemizin ilk şartı; doğru ve ayrıntılı alınmış bir anamnez ve kapsamlı bir fizik muayene olup bu konu "Anamnez ve Fizik Muayene" başlığı altında başka bir bölümde ele alınmıştır.

Hasta hekim ilişkisi karşılıklı saygı ve güvene dayanır. İyi bir hekim olmak gülyeryüzlü, anlayışlı ve iyi bir dinleyici olmaktan geçer. Hastalarımızın üzerinde iyi bir ilk izlenim bırakabilmek için işyerine temiz, sade bir kıyafetle ve kişisel bakımımıza maksimum özeni göstererek gelmemiz aynı zamanda mesleğimize gösterdiğimiz özen ve saygının bir göstergesidir. Hastalarımız ile tanıştığımız anda kendimizi "ad ve soyadımızı" açık ve anlaşılır bir şekilde söyleyerek tanıtmamız ve klinik içindeki görevimizi belirttikten sonra gülümseyerek geçmiş olsun dileğimizi iletmemiz iyi bir başlangıç olacaktır. Hastalarınıza anlayabileceği bir şekilde kısaca hastalığını, neden hastanede yatarak takip edilmesi gerektiğini, ilk planda hangi tür bir tetkik ve tedavi planlandığını anlatın. Hastanıza tedavi süresi boyunca sizin yardımcı olmaya çalışacağınızı, herhangi bir konuda size çekinmeden danışabileceklerini ve hastalık süreci ile ilgili gelişmelerden kendilerini bilgilendireceğinizi belirtin. Hekim hastasına hastalığı boyunca gerek tıbbi gerekse psikolojik anlamda koşulsuz destek olmakla yükümlüdür.

Örneğin melena şikayeti ile başvuran ve gastrointestinal sistem kanaması ile yatan hastanız Ahmet Bey ile karşılaştığınızda; "Günaydın. Ahmet bey, geçmiş olsun. Ben Dr.Ercan Ersoy, dahiliye servisinde asistan doktor olarak çalışıyorum. Sizin bir tür mide-bağırsak kanaması geçirdiğinizi düşünüyoruz, kanamanızı daha yakından takip edebilmek için sizi hastaneye yatırmamız gerekti, önümüzdeki saatler boyunca hekim olarak sık yaptığımız hatalardan birisi de bizim için basit, olağan bir durumun hastamız için çok yeni ve hatta korkutucu bir durum olduğunu göz ardı etmektir. Hastane ortamında bulunmak bile pek çok hasta için tek başına bir anksiyete kaynağı olabilmektedir. Özellikle ileri yaşta hastalarda bu durum daha sıklıkla karşımıza çıkar.

Bu nedenle iyi bir iletişim ve içten bir gülümsemenin eşlik ettiği kısa bir tanışma, hastayla göz teması kurmak, hastayı dinlemek, olayı anladıktan sonra hastaya kısaca durumu ve tedavisi hakkında bilgi vermek hasta memnuniyetini anlamlı olarak arttıracaktır.

Hastalarımız doktor ve sağlık çalışanı olmadıklarından genel olarak hastalıkların tedavileri, ciddiyeti ve prognozu hakkında bizler kadar bilgi sahibi olabilmeleri mümkün değildir. Dolayısıyla, bu bilgilendirme hayati önem taşır. Diğer yandan, siz günlük olarak sormadıkça hastalar, hastalıklarının takibi ile ilgili önemli noktaları size bildirmeyebilirler. Sizin için takipte çok önemli olabilecek bir ayrıntıyı, hastanız önemsiz bularak size söylemeyebilir. Örnek verecek olursak; böbrek yetmezliği ön tanısı ile yatırdığınız hastanıza idrar çıkışı miktarının tedavi planlanmasında çok önemli olduğunu ve idrarını biriktirmesi gerektiğini hatırlatmazsanız, idrar miktarına dikkat etmemesi çok doğaldır. Başka bir örnek olarak, trombositopeni nedeninin tetkik edilmesi amacıyla yatırılan bir hastaya burun kanaması ya da dış eti kanaması olursa size hemen bilgi vermesi gerektiğini hatırlatmazsanız sizin için tedavi planlamasında önemli olan bu bilgiyi size zamanında veremeyebilir. Hastanızın hastalığına, ön tanılarına göre takip etmek istediğiniz parametreleri (ateş, idrar miktarı, göğüs ağrısı, çarpıntı gibi) mutlaka hastanıza ve refakatçisine bildirin. Hastalarınız sizin için önemsiz, basit gelen konularda sorular sorduklarında, hastalarımıza sabırlı bir şekilde net, açık, anlaşılır cevaplar vermek, sorduğu sorulardan ötürü hastalarımızı yargılamamak hasta-hekim ilişkisinin gereklerindendir. İyi bir hekim tam tersine hastasını soru sormaya ve tedavisine karar verme sürecine aktif olarak katılmaya teşvik etmelidir. Hastamızla görüşüp gerekli bilgileri verdikten sonra ilk yapmamız gereken dosyamıza ayrıntılı ilk yatış notunu yazmaktır. Kısaca şikayet, anamnez ve patolojik muayene bulgularını not ederek, ön tanılarımızı oluşturduktan sonra, ikinci basamak "problem listesi" oluşturmak ve gerekli tetkikleri planlamaktır. Problem listesi oluşturulurken, aktif ve inaktif problemler (bir zamanlar varolmuş problemler) bir liste haline getirilmelidir. Yine örnek üzerinden gidecek olursak, hastamızın 42 yaşında Ali Bey olduğunu varsayalım. Hastamızın, 10 yıldır diyabetes mellitus ve 6 yıldır hipertansiyon tanıları ile izlem ve tedavi edilmekte olduğunu varsayalım. Hastamız, Acil servisimize bulantı, nefes darlığı, idrar miktarında azalma yakınmaları ile başvurmuş, arter kan gazı tetkikinde metabolik asidozunun olması, plazma glukoz değerinin 583 mg/dl ve serum kreatinin değerinin 4.3mg/dl olması üzerine hasta dahiliye servisimize yatırılmış olsun. Hastamızın serum potasyum değeri 6.3 mmol/l, idrar tahlilinde 2+ proteinüri mevcut, idrar analizinde keton negatif, lökositüri 2+ saptanmış ve fizik muayenede kan basıncı 180/100 mmHg ölçülmüş olarak düşünelim, dinlemekle her iki akciğer bazalinde orta zonlara kadar krepitanraller saptanmış olsun.

Ayrıca, fizik muayenenin geri kalan kısmında ise jugulervenöz dolgunluk izlenmiş, karaciğer kot kavsini 3cm geçiyor şeklinde palpe edilmiş, extremitelerde iki pozitif gode bırakan ödemleri saptanmış varsayalım. Bu bulgular ışığında hastamızda ön tanılarımızı gözden geçirecek olursak:

- Akut Böbrek Yetmezliği
- Kontrolsüz Diyabet
- Ciddi Hipertansiyon, Hipertansif Acil Durum? Hipervolemi, Hipertansif Akciğer Ödemi?

Bu veriler ışığında problem listemizi oluşturalım;

1. Hastamız hipervolemi tablosundadır, metabolikasidozun eşlik ettiği hiperkalemi ve serum kreatinin düzeyinde yükseklik mevcuttur. Hastada böbrek yetmezliği ve diyaliz endikasyonu açısından acil değerlendirme gerekmektedir. Hastamızın idrar çıkışı takibi için mesane sondası takılmalı ve idrar hacmi saatlik olarak takip edilmelidir. Genel itibari ile acil polikliniğe, akut böbrek yetmezliği ile gelen hasta, globvezikale varlığı açısından değerlendirilmelidir.
2. Acil servise dispne şikayeti ile gelen hastamızın çekilen telekardiyografının debilateralplevraeffüzyon saptanmış olup kan basıncı değeri 180/100 mm Hg'dır. Hastamızın kan basıncını kontrol altına almamız gerekmekte ve hipervolemiye eşlik eden hipertansiyon nedeniyle hipervolemiye ilişkin tedavi planını enerjik olarak yapmamız gerekmektedir. Genel olarak, kronik böbrek hastalıklarında görülen kalp hastalıklarının çoğunlukla hipertansiyona ve hipervolemiye ikincil olduğu unutulmamalıdır.
3. Hastamızın plazma glukoz değeri 583 mg/dl olup, kan şekeri değerinin kademeli olarak kabul edilebilir bir aralığa indirilmesi gerekmektedir.
4. Diyabet ve hipertansiyon koroner arter hastalığı (KAH) risk eşdeğeri olduğu için hasta kardiyak açıdan ivedilikle değerlendirilmeli, ilk planda EKG görülerek akut koroner sendromlar dışlanmalı, hiperkaleminin kardiyak etkileri açısından da EKG incelenmeli, ekokardiyografik inceleme ve KAH açısından değerlendirilmek üzere elektif kardiyoloji konsultasyonu planlanmalıdır.
5. Hastamızın idrar tahlilinde lökosit 2+ saptanmış olup, idrar yolu enfeksiyonu açısından idrar kültürü alınması sonrasında ampirik tedavisi planlanmalıdır.
6. Diyabet ve hipertansiyona bağlı uç organ hasarını saptamak amaçlı 24 saatlik idrarda protein, mikroalbüminüri, göz dibi bakısı, elektrokardiyografi, ekokardiyografi incelemeleri planlanmalıdır. Renal işlev bozukluğu nedeniyle, akut ve kronik böbrek yetmezliklerinin ayırd edilmesi için renal ultrasonografi planlanmalıdır. Kontrolsüz hipertansiyon varlığı nedeniyle renovasküler hipertansiyonu dışlayabilmek için renal arterlerin renkli doppler ultrasonografi ile incelenmesi planlanmalıdır.

7. Hastamızın diyabeti regüle olmadığı için Hb A1c değeri görülerek tedavisi planlanmalıdır.

8. Hastamız böbrek yetmezliğinin diyabet ve hipertansiyon dışı diğer sistemik nedenleri açısından değerlendirilmelidir. Problem listesi yapmak ve bunu yazı ve şema haline getirmek hastamıza sistematik ve planlı bir şekilde yaklaşmamıza yardımcı olur. Problem listesi hazırlandıktan sonra en fazla aciliyet gerektiren durumdan başlayarak sırasıyla gerekli tetkikler planlanır. Hastalarımızın izlemi sırasında gün içinde meydana gelişen değişiklikler, yeni şikayetler, yeni ortaya çıkan semptomlar ve muayene bulgularındaki değişiklikler mutlaka günlük gözlem çizelgesine not edilip, hekim kaşesi basılıp imzalanmalıdır. Gün içinde istenen konsültasyonların cevapları, tedavi planındaki değişiklikler, gerekçeleri ile birlikte ayrıntılı olarak not edilmelidir. Örneğin; "idrar çıkışında azalma saptanan hipervolemik hastanın tedavisine 1 ampul/saat furosemidinfüzyonu eklendi" veya "nefes darlığı gelişmesi üzerine istenen göğüs hastalıkları konsültasyonu sonucunda hastaya toraks bilgisayarlı tomografi tetkik istenilmesi planlandı." ya da "Hastanın tedavisine combiventinhaleler ilave edildi" gibi kısa notlar yazılabilir.

Hastalarımızın en doğru ve etkin tedaviyi alabilmeleri için ilaç tedavi çizelgelerinin açık, net ve anlaşılır bir şekilde düzenlenmesi büyük önem taşır. Herhangi bir karışıklığa meydan vermemek için hastanızın kendi yanından tablet, ilaç, insülin, inhaleler kullanmaması gerektiğini, gerekli ilaçların sağlık personeli gözetim ve denetiminde kullanılacağını hastanıza ve yakınlarına hatırlatın. Çok özel durumlarda hasta çizelgesine mutlaka gerekli notu yazın ve servis hemşirelerini bu konuda bilgilendirin. Sağlık hizmetinin ekip çalışması olduğunu her zaman hatırlayalım. Hemşire hasta bakım, izlem ve tedavilerinin sağlanmasında ekibin vazgeçilmez bir elemanıdır. Hastanızın izleminde özellikle dikkat edilmesini istediğiniz durumları servis hemşiresine iletin. Örneğin hastanızın ne sıklıkla ateş takibinin yapılması gerektiğini, ateş yüksekliği durumunda kan kültürü alınmasını planladığınızı ilaç çizelgesine yazılı olarak belirtin ve ayrıca sözel olarak hemşirenize bilgi verin. İlaçların uygulama yollarını, infüzyon hızlarını, uygulama aralığını, bazı ilaçlar için tam olarak hangi saatte uygulanması gerektiğini açık ve anlaşılır biçimde ilaç tabelasında belirtin. İlaç tedavi çizelgeleri hergün ziyaret sırasında ve vizitten sonra tekrar gözden geçirilir, verilmesi planlanan ilaçlar tarih atılarak açık ve anlaşılır bir şekilde teker teker yazılır. Olası hataların önüne geçebilmek için ilaçlar repete edilmemelidir. İlaç isimleri, dozları, uygulama şekilleri ve süreleri ayrıntılı olarak her vizitte tekrar açık olarak yazılmalıdır. İlaç tabelalarında belirttiğiniz tedavi planı ile hastane otomasyon sistemine girilen ilaç istemlerinin birebir aynı olması hastanızın gereken tedaviyi zamanında ve eksiksiz olarak alabilmesi için gereklidir. Nöbet şartlarında, özellikle acil durumlarda sözel ilaç orderlarının verilmesi gerekebilir.

Hastenemizdeperiyodik olarak yapılan kalite eğitimlerinde de ayrıntılı olarak üzerinde durulduğu gibi sözel orderların en geç yirmidört saat içerisinde yazılı hale getirilmesi hasta takip kayıtlarının düzenli olması açısından önemlidir. Hastanıza kan veya kan ürünleri transfüzyonu gerektiğinde transfüzyon formlarının eksiksiz doldurulması, hastanızın daha önce transfüzyon alıp almadığı, transfüzyon endikasyonunu varsa daha önce gelişmiş transfüzyona bağlı alerji ve benzeri reaksiyonların belirtilmesi, olası hataların önüne geçecektir. İlaç çizelgesine kan veya kan ürününün infüzyon süresini ve infüzyon hızını yazılı olarak belirtmemiz gereklidir. Transfüzyon işlemi esnasında hekim hastasını yakın olarak takip etmeli, transfüzyon işleminin doğru bir şekilde yapıldığını mutlaka kontrol etmeli, olası anaflaktik ve alerjik reaksiyon durumlarında anında müdahale etmeli ve kan ve kan ürünleri sırasında gelişen bu tür alerjik reaksiyonları istenmeyen etki (adverse etki) şeklinde bildirimde bulunmalıdır. Diyet tedavinin önemli bir bileşenidir. Gerekli durumlarda diyetisyen ile iletişime geçerek hastanızın ihtiyaçlarına uygun diyeti belirleyerek ilaç çizelgesine not edin. Herhangi tıbbi bir sebepten dolayı ya da planlanan tetkikten dolayı hastanızın oral gıda almaması gerekiyorsa yazılı ve sözlü olarak hemşirenizi bilgilendirin. Hasta ve hasta yakınlarına sebebini de belirterek kaç saat boyunca hangi sebeple oral gıda alınmaması gerektiğini bildirin. Sabah vizitlerinde hastamıza ve varsa yakınlarına mutlaka şikâyetlerinin son durumu sorulmalıdır. Hasta viziti dosya üzerinden yapılmaz!. Hastalarımızla mutlaka ve mutlaka iletişim halinde olmamız gerektiğini hep hatırlayalım. Hastamızın uyku, şuur, iştah durumu, barsak alışkanlıkları, yatışa neden olan semptomlarında artma, azalma olup olmadığını, bizlere iletmek istedikleri yeni bir durum olup olmadığını her sabah soralım. Burada özellikle üzerinde durulması gereken bir nokta da hasta mahremiyetine azami dikkati göstermektir. Gerek hastalarımızla görüşürken, gerekse muayene ederken servis şartlarını da göz önüne alarak mümkünse ayrı, izole bir muayene odasında görüşmek, bu yapılamıyor ise yatak başı perdelerini çekerek hastaya mümkün olduğunca özel bir alan yaratmak hastaya saygının gereğidir. Hekiminin kendisi ile yakından ilgilendiğini hissetmek hastamızın moral durumunu yükseltir ve bizlere duyduğu güveni artırır. Hastamızın tetkik sonuçları ve tedavisindeki son durum hakkında kısa ve anlaşılır şekilde her gün bilgi vererek, gelişmeleri paylaşalım. Hastaya teşhisi ve tedavi planı hakkında bilgi vermemenin belirsizliğe ve korkuya yol açarak hastamızı olumsuz olarak etkileyebileceğini unutmayalım. Hastalarımızı her sabah genel vizit öncesi kendi vizitimizde mutlaka tekrar muayene etmemiz gereklidir. Hastanızın kan basıncı, nabız, ateş gibi vital bulgularını, solunum, abdominal, kardiyovasküler sistem ve ekstremiteler muayenelerini yaptıktan sonra diğer sistem muayenelerini de yaparak değişiklikleri günlük gözleme ayrıntılı olarak not edin. Akut ve kronik böbrek yetmezlikli, ödemli hastalarda günlük aldığı, çıkardığı ve kilo takibinin yapılması ve günlük gözleme kayıt edilmesi gereklidir.

Sabah vizitlerinde hastamızın tedavisini günlük muayene bulgularını da göz önüne alarak her sabah tekrar değerlendirmemiz gereklidir. Hastanıza planladığınız tedavinizi hastanız eksiksiz olarak alabilmiş mi? Hasta ilaçlarını sizin istediğiniz doz ve şekilde almış mı? Sabah vizitlerinde hemşireniz ile bilgi paylaşımında bulunun. Özellikle yaşlı ve nörolojik sorunu olan hastalar verilen ilaçları almayabilir, ya da gastrointestinal sistem yakınmaları olan hastalar bulantı, kusma gibi sebeplerle ilaçlarını içemeyebilir, bu nedenle her sabah mutlaka hastalarınızın ilaçlarını alıp almadıklarını kontrol ederek tedavi planınızı gözden geçirin. Hastane yatışları kronik hastalık eğitimi için mükemmel fırsatlar olabilir. Diyabetes mellitus, hipertansiyon, böbrek yetmezliği gibi kronik hastalıkları olan hastalarınızı hastalıkları, komplikasyonları, yaşam tarzı değişiklikleri ve diyetleri hakkında fırsat buldukça bilgilendirin.

Hastanızın hastaneye yatışını takiben kliniğe ilk kabulü yapıldığında, anamnez ve fizik muayene işleminden önce hastanıza kısaca ön tanınızı ve hastanede yatarak takip edilme sebebini açıklayarak hastane yatış onamını almamız etik olarak gereklidir. Onam alınırken tarih ve saat belirtilmesi, hem takip eden hekimin ad soyad, imza ve kaşesi yanısıra, hastanın el yazısı, isim, soyad ve imzalarının bulunması gereklidir. Hastanın yaşının küçük ya da bilincinin kapalı olduğu durumlarda, birinci derece yakınlarının onayı alınarak da tedaviye başlanabilir. Hayatı tehdit eden kardiyak veya solunum arresti, aritmi benzeri acil durumlarda hasta onamı olmaksızın ilk müdahale yapılır, hastanın durumu stabil olduktan sonra onam alınır. Yatış sırasında alınan ilk onama ek olarak hastalarınızın yatışı süresince invaziv bir girişimde bulunulması gerekiyor ise (böbrek biyopsisi, kemik iliği biyopsisi, santral venöz kateter takılması vs.) hastanıza bu işlemin neden yapılması gerektiğini, kısaca işlemin nasıl gerçekleşeceğini, anestezi uygulanıp uygulanmayacağını, işlem süresini, olası riskleri açık ve anlaşılır bir biçimde belirterek onam alın.

Hastanızla kalabalık, gürültülü koridor benzeri yerlerde ayaküstü görüşmek yerine mümkün ise bilgilendirme sürecini çok önemseyerek, zaman ayırarak uygun sessiz, rahat görüşme yapabileceğiniz bir ortamda bilgi vermek, hasta ve yakınlarının kafasına takılan konuların aydınlatılması ve sorularını rahatça sorabilmeleri, gerektiğinde uzman hekimlerinizden de yardım alarak bu soruların yanıtlamaya çalışılması ileri süreçte işinizi kolaylaştıracaktır.

Hastanızın takip ve tedavi planlaması süresince bir başka branştaki hekim arkadaşınızdan konsültasyon istemeniz gerekebilir. Konsültasyon etiği gereğince hastanızın yaşını, yatış tanısını, uygulanan tedavileri kısaca belirttikten sonra hangi konuda danışmak istediğinizi ayrıntılı olarak belirtmeniz, konsültasyondan alacağınız faydayı arttıracaktır.

Özellikle yaşam kalitesini ve beklenen yaşam süresini ciddi olarak etkileyen kanser gibi hastalıklarda hekimin sorumluluğu bir kat daha artmaktadır.

Günümüzde palyatif bakım kavramı bu tür hastalıkların tanısının konduğu anda, erken evrede başlamaktadır. Gerekli zamanlarda hastalarınızın aile bireylerini palyatif bakım hakkında bilgilendirerek gerekli psikolojik, sosyal ve eğitim desteğini almalarına yardımcı olun. Hastalıkla ilgili çeşitli dernekler, hakkında aileyi bilgilendirmek, gerekli broşür, kitap desteğinde bulunmak hastanızı ve ailesini tedavi sürecinde yalnız olmadıklarına ikna edebilir.

Tebrikler! hastanızın teşhisini koyup başarıyla tedavi ettiniz, hastanızı taburcu etme vakti geldi. Tedavileri tamamlandığında hastanıza son vizitinizde hastanıza kısaca kendisine yatış süresince yapılan tetkikleri ve uygulanan tedavileri özetleyin. Mümkün ise olabildiğince hasta ve/veya hasta yakınıni diyetisyen ile görüştürerek evde uygulaması gereken hastalıklara özgü diyet konusunda bilgilendirilmesini sağlayın. Bunun yanı sıra, tuz, potasyum ve fosfordan zengin gıdalar konusunda hastalarımızın bilgilendirilmesi gereken durumlarda bu bilgilendirmenin de yapılmasını sağlayın. Örneğin hipertansif hastada tuzsuz diyet, diyabetik hastada diyabete yönelik ayrıntılı diyet ve ara öğün bilgisi, hipoglisemi sırasında yapılması gerekenler konusunda bilgilendirme, kronik böbrek yetmezliği olan hastada potasyum ve fosfordan fakir, tuzsuz, proteinden kısıtlı diyet gibi hastalığa özgü diyetlerin diyetisyen tarafından konsültasyon vasıtasıyla önerilmesi ve bu bilgilerin hastanın çıkış özetinde yer alması gereklidir.

Tat duyusunun yeni bir seviyeye uyum sağlaması birkaç hafta alabilir. Eğer tuzdan fakir diyetle alışmaya çalışan bir kişi aralarla tuzlu gıdalar alırsa bu uyum gerçekleşemez. Bazı ticari bitkisel ürünlerin içeriğinde çok fazla miktarda tuz bulunabileceği hasta ve yakınlarına hatırlatılmalıdır. Tuzdan daha fazla zararlı olma potansiyelleri nedeniyle "tuza benzer madde veya diyet tuzlarının" diyaliz tedavisi uygulanan hastalarda kullanılmaması önerilmelidir. Bu bilgiler, hastaları ikna ve hasta eğitimine katkı amacıyla dikkatli bir şekilde açıklanmalı, bir defalık konuşma ile yetinilmemeli, hastanın yemeğini hazırlayan yakınına da bu konular anlatılmalıdır. Hasta uyumsuz denilerek kesin bir önyargıda bulunulmamalıdır. Zira, yeterli bilgi vasıtasıyla uyumsuzluk değiştirilebilir bir etken olabilir. Bilgilendirilmemiş hasta uyumsuzdur.

Reçete ettiğiniz ilaçları ne kadar süre boyunca kullanması gerektiğini epikriz, ve reçeteye ayrıntılı olarak yazın, sözel olarak da hastanıza ve yakınlarına bilgi verin. Hastaneye yatışından önce kullandığı ilaçlardan kullanımını durduğunuz ilaç var ise epikrize yazılı olarak belirtin ve bu konuda hasta ve yakınlarına mutlaka bilgi verin. İlacın kutusunun üzerine kullanımını sonlandıracağınız ilacın içilmeyeceğine dair not da yazabilirsiniz. Özellikle yaşlı ve düşük eğitim düzeyine sahip hastalarda yeterli özen gösterilmezse hastalarınızın çoklu ilaç kullanımına bağlı zarar görme olasılığı yüksektir. İnsülin, kortizon, kumadin gibi yan etki profili yüksek, yakın takip gerektiren ilaç reçetelemeniz gerekiyor ise epikrizinize

mutlaka olası yan etkileri, kontrol günlerini yazılı olarak belirtin. Sözlü olarak da yan etkileri ve ilaç kullanımında dikkat edilmesi gerektiren hususları belirtin. Hastanıza ne zaman kontrole çağıracaksınız? Hastanıza mutlaka bilgi verin. Epikrizle kontrol gerekçenizi de ayrıntılı olarak yazın. Örneğin "INR düzeyi ölçümü için 5 gün sonra kontrole gelmesi gereklidir" gibi kısa bir not kontrolü yapacak poliklinik hekimine de yol gösterecektir.

Yazdığımız epikrizlerin bizim kartvizitimiz olduğunu hep hatırlayalım. Hekimlik sabır, özveri ve insan sevgisi gerektiren bir sanattır. Yaptığımız işin hata payı olmadığı için titiz, düzenli, sistematik ve bilimsel çalışmak, yapılan işleri her aşamada tekrar tekrar iki kez kontrol etmek kaçınılmazdır.

Kaynaklar

1. Ertürk Şehsuvar. *Nefroloji Klinik Olgu Çözümleri. 2011 Adana Nobel Kitabevi, In : Clatworthy M. Wiley-Blackwell.*
2. Kırçelli F, Aşçı G, Duman S. *Diyaliz Tedavisinin Kardiyovasküler Yönleri Volüm Kontrolünün Önemi. Özkan Matbaacılık Gazetecilik San. Tic. Ltd. Şti. Ankara , InMessEvert J. Dorhout.*
3. Candan İ. *Muayeneden Tanıya. Antip A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, No: 24, 1998.*
4. Molvalılar Ş. *Probleme Dayalı Dosya Tutma Yöntemi. Sayfa 843-844. Molvalılar Ş. İç Hastalıkları Semiyoloji. Alfa Basın Yayın Dağıtım. 1997*

AYDINLATILMIŞ ONAM

Sevinç ARSLAN HIZAL

GİRİŞ

Mesleğin uygulanmasında bağımsız olan ve geniş bir takdir yetkisine sahip olan hekimler, birçok mesleki yetki ve haklarla donatılmıştır. Ancak kendilerine mesleki uygulamalarda tanınan bu hak ve yetkilerin yanında, yetkilerini sınırlandıran ve hekimlere yükümlülükler getiren birçok yasal düzenleme bulunmaktadır.

Hekimlik mesleği, uygulama alanı açısından insan vücudunu temel alan ve her türlü müdahalesi insan vücudu üzerinde sonuçlar doğuran bir meslektir. Hekimin hastasına yaptığı her türlü tıbbi müdahale, hastasının vücut bütünlüğüne yönelik, vücut dokunulmazlığını zedeleyen bir işlemdir. Bu nedenle, hekimin hastasına yaptığı tıbbi müdahalenin hukuka uygun olmasının ön koşulu, hastanın rızasıdır. Ayrık durumlar dışında, hastanın rızasına dayanmayan tıbbi müdahaleler hukuka uygun değildir.

Dayanağını yasa, tüzük, yönetmelik ve hekimlik etik kuralları gibi düzenleyici işlemlerde bulan “hastanın bilgilendirilmesi, aydınlatılması” zorunluluğu, hasta haklarına ilişkin yaklaşımların tam anlamıyla benimsenememesi ve bu konudaki bilgi eksikliği nedeniyle uygulamada birçok uyuşmazlığı beraberinde getirmektedir. Hasta hakları alanında son yıllarda ortaya çıkan yenilikleri takip edemeyen sağlık personeli, hasta üzerindeki uygulamalardan sonra ortaya çıkan hukuki ihtilaflarda usul işlemlerinin (yazılı onam ve aydınlatma, bilgilendirme) tamamlanmamış olması nedeniyle tazminat ve ceza davaları ile karşı karşıya kalmaktadır. Bunun bir diğer yansıması da hastaların kendi hayatları üzerindeki karar verme hak ve özgürlüğünün ihlali olmaktadır.

1. AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) KAVRAMI

Aydınlatılmış onam kavramı; birbirini tamamlayan iki kavramın kaynaşması ile ortaya çıkmış olduğundan, birinin yokluğu tıbbi girişimi hukuka aykırı hale getirmektedir. Kişinin aydınlatılmadan rızasının alınmış olması halinde bu rıza işlemi geçersiz olacağı gibi; kişinin sadece aydınlatılıp rızası alınmasızın bir tasarrufta bulunulması halinde de bu tasarruf işlemi geçersiz olacaktır. Aydınlatılmış onam, kişinin onam (rıza) vereceği bir konu hakkında yeteri kadar bilgilendirilmesi ve bu bilgilendirme sonunda onam (rıza) vermiş olmasıdır.

Bazı yazarlar bilgilendirilmiş ya da aydınlatılmış onamı; riskleri, yararları ile alternatifleri ve onların da risk ve yararlarını kapsayan tedavi uygulamasının, hekim tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanmasından ve hasta tarafından hiçbir tereddüde yer kalmayacak şekilde anlaşılmasından sonra, tıbbi tedavinin ya da uygulamanın hasta tarafından gönüllülükle kabulü olarak tanımlamışlardır.

2. HASTAYI AYDINLATMA VE ONAMINI (RIZA) ALMA YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜN YASAL DAYANAKLARI

- Dünya Tabipleri Birliğinin birçok bildirgesinde ve Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesinin (Amsterdam, 1994) onay başlıklı 3. bölümünün 1.
- Maddesinde, hastanın bilgilendirilmiş onayının herhangi bir tıbbi girişimin ön koşulu olduğu belirtilmektedir.
- Türkiye tarafından 2003 yılında onaylanarak bir iç hukuk metni niteliği kazanan Avrupa Konseyi Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Onurunun Korunması Sözleşmesinin (Biyotıp Sözleşmesi) Muvafakat başlıklı II. Bölümünün 5. maddesinde "Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi, muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilir" şeklinde bir düzenleme yer almaktadır.
- T.C. Anayasası'nın 17. maddesinde, herkesin yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu, tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamayacağı düzenlenmiştir.
- Türk Medeni Kanunu'nun 24/2. maddesinde, kişilik haklarına yapılan saldırının üç halde hukuka uygun kabul edilebileceği belirtilmektedir. Bu düzenlemeye göre, kişinin rızası, üstün nitelikteki kamusal veya özel yarar ile kamunun verdiği yetkinin kullanılması hukuka uygunluk nedenlerini oluşturmaktadır. Hukuka, ahlaka ve şahsiyet haklarına aykırı olmamak şartıyla zarar gören şahsın bu zararına razı olması halinde zarar verici eylem hukuka aykırı sayılamayacaktır. Ancak kişinin rızasının fiilden önce olması gerekir.
- 1219 sayılı yasanın 70. maddesinde, her türlü işlem için hastanın, hasta küçük ise veya vesayet altında ise velisinin veya vasisinin rızasının alınması gerektiği, büyük cerrahi girişimler için hastanın rızasının yazılı olması gerektiği düzenlenmiştir.
- 2238 sayılı yasanın 6. maddesinde, 18 yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olan bir kişiden organ ve doku alınabilmesi için vericinin iki tanık huzurunda açık, bilinçli ve tesirden uzak önceden verilmiş yazılı ve imzalı onayı olması gerektiği düzenlenmiştir.
- Türk Ceza Kanunu'nun 90. maddesinde, kişi üzerinde bilimsel deney yapılmasının cezalandırılmaması için aranan şartlardan bir tanesi de kişinin yazılı rızadır.
- Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 14. maddesinin 2. fıkrası, tabip ve dış tabibinin hastasına ümit vererek teselli edeceğini, hastanın maneviyatı üzerinde

fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesinin lazım olduğunu ancak hastalığın vahim görülen akıbet ve seyrinin saklanması için uygun olduğunu düzenlenmektedir.

- Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'ün 13.maddesinde, on haftayı geçmeyen gebeliklerde yapılacak rahim tahliyelerinde, gebe kadın reşitse kendisinden, küçükse kendisi ile birlikte velisinden, evliyse eşinden, vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz değilse, kendisinden ve vasisinden (bu halde ayrıca sulh hukuk hâkiminden) izin alınması gerekmektedir. Tüzük'ün 15.maddesinde rızanın yazılı ve imzalı bir belge ile verilmesi yeterli sayılmaktadır.
- Hasta Hakları Yönetmeliğinin 5. ve 22.maddelerinde, tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın veya verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde kimsenin tıbbi işleme tabi tutulamayacağı düzenlenmiştir.
- Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 15.Maddesinde; "hastanın; sağlık durumu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemler, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahip olduğunu" düzenlenmektedir.
- Hasta Hakları Yönetmeliğinin 24.maddesinde, tıbbi müdahalelerde hastanın rızasının gerektiği; hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınacağı; kanuni
- Temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, mahkeme kararı alınması gerektiği düzenlenmiştir.
- Hasta Hakları Yönetmeliğinin 28.maddesinde, mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında rızanın herhangi bir şekle tabi olmadığı, hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rızanın hükümsüz olduğu düzenlenmiştir.
- Türk Tabipler Birliği (TTB) Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 26.maddesinde, sağlıkla ilgili her türlü girişimin, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabileceği düzenlenmiştir.

3. HEKİMİN AYDINLATMA YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜN KAPSAMI

TTB Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 26. Maddesinde aydınlatmanın kapsamı geniş bir şekilde düzenlenmiştir. Buna göre hekim hastasını:

- Hastanın o anki sağlık durumu ve konulan tanı,
- Önerilen tedavi yönteminin türü, alternatifleri,
- Amaçlanan tedavi yönteminin başarı şansı ve süresi,
- Amaçlanan tedavinin hastanın sağlığı üzerindeki riskleri,

- Amaçlanan tedavinin olası komplikasyonları,
- Gerekliyse tıbbi girişimin zorunlu ileri aşamaları,
- İlaçların kullanılışı ve olası aksi tesirleri,
- Tedavinin veya tıbbi girişimin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda hastalığın seyri ve sonuçları hususunda aydınlatmalıdır.

Ayrıca yapılacak aydınlatmanın hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olması gerektiği; bilgilerin hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmesi gerektiği; hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hastanın kendisinin belirleyeceği; sağlıklı ilgili her türlü girişimin, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabileceği; alınan onamın baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alınması halinde geçersiz olacağı" düzenlenmektedir. Hekimin aydınlatma yükümlülüğüne ilişkin bu genel düzenlemelerin yanında, 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un Bilgi Verme ve Araştırma Yükümlülüğü başlıklı 7. Maddesinde; "organ ve doku alacak hekimlerin; vericiye, uygun bir biçimde ve ayrıntıda organ ve doku alınmasının yaratabileceği tehlikeler ile, bunun tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları hakkında bilgi vermek; organ ve doku verenin, alıcıya sağlayacağı yararlar hakkında vericiyi aydınlatmak yükümlülüğünde olduğu" düzenlenmiştir.

Aydınlatmanın sadece cerrahi operasyonlarda yapılması gerektiği düşünülmemelidir. Tıbbi müdahale kavramı geniş yorumlanmalı, röntgen çekilmesi, kan alınması, kan verilmesi, enjeksiyon ve aşı uygulanması, rahim içi araç (RİA) uygulaması, anestezi, radyoterapi, kemoterapi veya benzeri bir uygulama esnasında ilaç verilmesi gibi her türlü işlem tıbbi müdahale kavramı içinde kabul edilmeli ve hastanın vücudunda değişiklik oluşturacak her türlü tıbbi girişim hakkında hasta bilgilendirilmeli ve aydınlatılmış onam alınmalıdır. Hastaya reçete edilen ilaçlarla ilgili olarak Hakeri, hekimin hastayı alınacak ilaçların yan etkileri, dozu ve bünyesinin kaldırıp kaldırmayacağı hususunda bilgilendirmesi gerektiğini belirtir. Açıklama ilacın tehlikeliliği oranında geniş tutulmalıdır.

Aydınlatmada dikkat edilmesi gereken nokta, olası sonuçların sadece anlatılması ve açıklanması değil yapılan bilgilendirmeyi hastanın anlamasıdır. Bu sebeple matbu aydınlatmadan kaçınılması gerekmektedir. Yani hastanın sosyo-ekonomik durumu, yaşı, cinsiyeti ve zihinsel algılama durumu gibi etkenlerin tamamı değerlendirilerek hastanın aydınlatılması gerekir. Diğer bir deyişle aydınlatma kişisel olmalıdır. Çok karmaşık bir tıbbi girişim ve sonuçları dahi hasta tarafından anlaşılabilir şekilde anlatılmalıdır. Genel kabul gören görüş ise çok nadir görülen komplikasyonların söylenmeyebileceği yönündedir.

Hasta hekimin konuştuğu dili bilemeyebilir. Böyle durumlarda temin edilen bir tercüman aracılığı ile hastaya aydınlatma yapılarak onam alınmalıdır.

Bilgilendirmenin aşırı bir yönlendirme çabası içermemesi, onam verme konusundaki gönüllülüğün korunması gerekmektedir. Kişi onam verirken herhangi bir zorlanmayla karşılaşmamalıdır. Önerilen tıbbi girişimin risklerinin saklanması ya da küçültülmesi, yararların abartılması, hastanın onam vermeme yönündeki direncini kırmak amacıyla ortaya çıkabilecek olumsuzlukların küçültülmesi de bu zorlamanın kapsamında kabul edilmektedir. Tıbbi girişim hakkında usulünce bilgilendirilen hastanın, bu bilgilendirme sonrası tıbbi girişime izin verip vermemesi ve hekimin tıbbi tavsiyelerini uygulayıp uygulamaması hastanın sorumluluğudur. Sağlık hizmeti sunumunda hastanın kendi kaderini belirleme ve özgür seçim yapma hakkı korunmalıdır. İnsan onuru ve bütünlüğüne saygının ifadesi olan aydınlatılmış onam veya ret hakkı, her türlü tıbbi uygulamanın temeli olarak bütün hastalara tanınmalıdır.

4. AYDINLATMA VE RIZANIN ZAMANI

Hastanın hekime başvurusu ile birlikte kendisine uygulanacak tıbbi girişim ve tedaviye örtülü (zımnî) olarak onay verdiği ve sonuçlarını kabul ettiği yönünde genel bir kanı bulunsa da bu görüşü kabul etmek mümkün değildir. Örtülü rızanın varlığı, ancak herhangi bir girişimsel işlem yapılmaksızın muayene edileceği hallerde veya risk taşımayan çok basit tedavilerde kabul edilebilir. Hekimin aydınlatma yükümlülüğü (tam da bu noktada) teşhisin konulmasının ardından tedavi süreci ile başlar. Hekim, tedavi ve girişime başlamadan önce hastasını aydınlatmakla yükümlüdür. Hastanın onamı her türlü tıbbi girişim ve tedaviden önce alınmalıdır. Hastaya, uygulanacak tıbbi girişime onay verip vermemek konusunda sağlıklı bir karar vermek üzere makul bir süre tanınmalıdır. Bütün şartları hazırlanmış ve ameliyat masasına yatırılmış bir hastaya anestezi öncesi yapılan aydınlatma hukuka aykırı olacaktır.

2002 tarihli Roma Avrupa Hasta Hakları Statüsünde, hastanın bilgilendirilmesine ilişkin bir süre tanımlaması yapılmaktadır. Buna göre bu bilgi önceden (en azından 24 saat önce) verilmelidir ki hasta durumu konusunda kendi seçimini yapabilsin.

5. AYDINLATMAYI YAPACAK KİŞİ

Hastayı aydınlatma yükümlülüğü, kural olarak hekime aittir. Hekim, aydınlatmanın yapılmasını sadece diğer bir hekime bırakabilir. Tıbbi müdahale bir hekimler topluluğu tarafından icra edilecekse, müdahaleye katılan hekimlerden her birinin kendi uzmanlık alanı için hastayı aydınlatmayı düşünebileceği gibi, bu işi heyetin yöneticisi durumundaki hekimin (şef hekimin) yapması da yeterli sayılabilir. Hekimler dışında kapsamlı aydınlatma yapabilecek ve hastanın sorularına cevap verebilecek eğitime ve birikime sahip olan başka bir sağlık personeli bulunmamaktadır. Yardımcı sağlık personelinin (hemşire, ebe, tıbbi teknisyen vb.) mevzuatta öngörülen bu kapsamda bir bilgiyi hastaya aktarması mümkün değildir.

6. ONAM (RIZA) VERECEK KİŞİ

Aydınlatılması gereken kişi, bizzat hastanın kendisidir. Özellikle hukuka uygunluk sebebi olan rıza, kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hakkın kullanılmasıdır. Uygulamada hatalı olarak hastanın bilincinin açık ve yaşının uygun olmasına rağmen hastanın yakınları aydınlatılmakta ve onların rızası hatta imzası alınmaktadır. Hastanın eşinin, çocuklarının veya ana babasının aydınlatılması, rızanın geçerli olmasını sağlamamaktadır.

Bilinci kapalı halde getirilen hastalara, 18 yaşından küçük çocuklara veya akıl hastalarına yapılacak tıbbi girişimlerde, varsa hastanın velisi/vasisi veya yasal temsilcisinin böyle bir girişime izin verdiğini gösterir imzalı muvafakat (rıza) vermesi gerekir. Bununla birlikte, 18 yaşından küçük olduğu halde yapılacak girişimi algılayabilecek durumdaki çocuk hasta elden geldiğince aydınlatılmalı ve olabilecek en geniş ölçüde karar alma sürecine dahil edilmelidir. Hastanın velisinin/vasisinin veya yasal temsilcisinin kötü niyetle onam vermediği ve hastanın yaşamının tehdit altında olduğu durumlarda girişimde bulunabilmek için yasal mercilerden izin alınmalıdır. Hastanın yetkili yasal temsilcisi olmadığında ve acil müdahale gerektiğinde, hastanın onam verdiği varsayılarak tıbbi girişimde bulunulmalıdır.

7. AYDINLATMA VE ONAMIN ŞEKLİ

Aydınlatılmış onamın yazılı olarak alınması gerektiğini düzenleyen ve bir şekle bağlayan sınırlı düzenlemeler bulunmaktadır. Mevzuatımızdaki bu düzenlemelerden kaynaklanan yazılı şekil şartları dışında, aydınlatılmış onamın yazılı olması zorunlu değildir. Ancak kendisinin tıbbi girişim ile ilgili yeterince aydınlatıldığını iddia edecek hastaya karşı, usulüne uygun aydınlatmanın yapıldığı konusunda ispat yükü hekime aittir. Bu sebeple her türlü tıbbi girişim öncesinde bilgilendirme yapılmalı, onam yazılı olarak alınmalı yani aydınlatılmış onam formu imzalatılmalıdır. Ancak bilgilendirme sözlü olarak yapılmışsa, bilgilendirme anında daha sonra bu duruma tanıklık edebilecek kişilerin hasta yanında bulundurulması hekimin hukuki menfaatinedir.

Yazılı rıza hastanın kendi el yazısıyla yazılan ".... Tarafıma anlatıldı. Bana anlatılananladım." şeklindeki ibareleri içermeli, hastanın kişisel özellik gösteren bulguları (örneğin protez bacağına mevcut olması veya Hemofili hastası olması gibi) içermeli ve hasta tarafından imzalanmış olmalıdır. Ancak hastanın elini, kolunu tutamadığı, ellerinin yanmış veya yaralanmış olduğu veya okur-yazar olmadığı için yazı yazamadığı hallerde hastanın aydınlatılmış onamı olduğunu gösterir bir tutanak düzenlenerek hasta yakınlarına veya yanında bulunanlara imzalatılması gerekir. Tanığın veya tanıkların açık adresleri ve isimleri mutlaka yazılmalıdır. Okur-yazar olmayan hastanın aydınlatılmış onam formuna tanıklarla beraber parmak basması veya mühür basması da mümkündür.

8. AYDINLATMA VE ONAMIN (RIZANIN) ARANMAYACAĞI HALLER

Tıbbi girişimlerde hastanın rızasını almak ana kural olmakla birlikte, hekimin, hastaya uygulayacağı tıbbi girişim ve tedavi hakkında hastanın onamını almaksızın uygulama yapabildiği istisnai durumlar da bulunmaktadır. Akıl maluliyeti nedeniyle şuur serbestisine sahip olmayan kişilerde derhal müdahale edilmesinin hayatı ve hayatı oranlardan birini tehdit ettiği acil hallerde, hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığının artması ihtimalinin olduğu hallerde, hastanın hastalığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmesi halinde (bu durum mutlaka yazılı belge ve tanıkla tespit edilmelidir, hastanın, uygulanması düşünülen tıbbi girişim üzerinde bilgi sahibi olduğu hallerde aydınlatma borcu ortadan kalkar. Bununla birlikte hiç bir tıbbi müdahaleye cevap vermeyen ve artık ölümü beklenen bir hastaya yönelik olarak yapılan ve sadece acıları azaltma amacını taşıyan müdahaleler bakımından tıbbi ve insani sebeplerden dolayı ayrıca aydınlatma yapılmayabilecektir. Hasta uygulanan tedavi sırasında yapılacak açıklamaları anlayamayacak durumda ise, planlanan ve genel anestezi altında yapılan operasyonun seyri ve riskleri değiştiğinde, ameliyatın (müdahalenin) genişletilmesinin hastanın sağlığı açısından zorunlu olduğu durumlarda hastanın aydınlatılması ve hastanın rızasının alınması mümkün değildir. Veli ya da vasisinin bulunmadığı durumlarda veya üzerinde işlem yapılacak şahıs ifadeye muktedir değilse (trafik kazasında yaralanmış komadaki şahıs gibi) ve müdahalenin derhal yapılması gerekiyorsa rıza şart değildir. Kamu düzenin gerektiği hallerde (salgın hastalıklarda aşı yapılması) rızanın varlığı kabul edilir ya da aranmaz. Kişinin zorla aşılması veya intihar amacı ile zehir içen kişinin rızası olmadan kurtarılması kişilik hakkına verilen değer ve saygının sonucudur. Bazı tıbbi girişimler de toplumun yararına. Zorunlu aşındaki gibi üstün yarar fikri, salgın hastalıklarda ya da akıl hastalığı gibi başkalarının güvenliğini tehlikeye koyabilecek durumlarda son derece önemlidir.

9. ONAMIN (RIZANIN) GEÇERSİZLİĞİ

Hastanın kendisine uygulanacak tıbbi girişim ve tedavi hakkında bilgilendirilmesi ve rızasının alınması esastır. Rıza alınmış olmasına rağmen bazı durumlarda bu rıza hukuka aykırı olabilir. Bu durumda rıza alınmadan tıbbi girişim yapılmış sayılır ve bu uygulama hastanın sağlığı için gerekli olsa dahi hekimin uygulaması hukuka aykırı olur. Geçersiz rızaya örnekler ise:

- Aydınlatma yapılmadan alınan rıza,
- Teşhisten itibaren yapılacak tüm tıbbi girişimleri kapsayan rıza (Genel bir rıza yeterli olmayıp her müdahalede, müdahalenin özelliğine göre ayrı bir aydınlatılmış onam belgesi düzenlenmesi gerekmektedir. Örneğin kanserli bir hastanın tedavisinde cerrahi operasyon için ayrı, radyoterapi için ayrı onam belgesi düzenlenmelidir.
- Hile, maddi ve manevi baskı altında alınan rıza,

- Ahlaka, adaba, mevzuata ve kamu düzenine aykırılık halinde alınan rıza (16),
- Belli bir süreyi aşmış (10 hafta) gebeliğin tıbbi zaruret olmaksızın sonlandırılması için verilen rıza,
- Ötenazi için verilen rıza,
- Rızanın geri alınması (Tedaviyi reddetme veya durdurma) durumunda daha önce verilen rıza geçersiz sayılır.

SONUÇ:

Sonuç olarak; hukuki olarak hekimin aydınlatma yükümlülüğü konusunda ihtilaf yoktur. Bu konudaki ihtilaflar, aydınlatma yükümlülüğünün kapsamı ve çerçevesi açısından ortaya çıkmaktadır. Ancak; Türk Hukukunda bu konu henüz tam anlamıyla çözüme kavuşturulamamıştır. Bu nedenle, hekim, kendisine yasal olarak yüklenmiş olan bilgilendirme ve yapılacak olan tıbbi girişimle ilgili aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirmelidir. Bu esnada yukarıda değinilen hususları göz önünde bulundurarak kapsamlı bir aydınlatılmış onam (rıza) belgesi düzenlemelidir. Bu belgenin usulüne uygun düzenlenmemesi halinde yapılacak tıbbi girişim hukuka aykırı hale gelebilecek ve bu durumda hekim dava tehdidi ile karşı karşıya kalabilecektir. Usulüne uygun aydınlatılmış onam (rıza) hem hasta haklarının ihlal edilmemesini hem de hekimin hukuksal korunmasını sağlayacaktır.

Hekimlerin, aydınlatılmış onama ilişkin usul işlemlerinin kendilerine yüklenmiş bir külfet olarak değerlendirmemesi gerekmektedir. Hekimin tıbbi müdahalesi tıbbi gereklerle uygun olsa bile tıbbi girişim sırasında veya sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar ve diğer sonuçlar hakkında hastanın bilgilendirilmesi önem taşımaktadır. Hastanın olası hukuki başvurularında, hastanın aydınlatıldığıının ispatı açısından aydınlatılmış onam belgesi büyük bir ispat kolaylığı sağlayacaktır. Aydınlatılmış onam, bir külfet olmaktan öte hekimin görevini yerine getirdiğini ispat açısından hekimin sahip olduğu büyük bir güvence olarak değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Yargıtay'ın 18.09.2008 tarihinde onadığı çok yakın tarihli bir mahkeme kararında "... ameliyat öncesi davacıdan ameliyat yönünden muvafakat alınmasına rağmen ameliyatın yapılması esnasında ve sonrasında meydana gelecek komplikasyonlara ilişkin bilgilendirilmediği, buna ilişkin bir aydınlatılmış onamı bulunmadığı, ayrıca davacıdan çıkarılan kitlenin patolojik incelemesinin de yapılmamış olmasının tıbbi uygulama açısından bir eksiklik olduğu, bu hususun alınan bilirkişi raporları doğrultusunda davalıların kusurlarından kaynaklandığı ve davalıların kusurlu oldukları, davalılar ile davacı arasındaki hukuki ilişkinin vekalet ilişkisi olup vekil görevini ifa ederken en hafif kusurunun bulunması halinde dahi meydana gelen zarardan kusuru oranında değil, zararın tamamından sorumlu olacağı..." belirtilerek yasal faizi ile birlikte 61.787,09 YTL maddi tazminata ve 5.000,00 YTL manevi tazminata hükmedilmiştir. Konya 4. Asliye Hukuk Mahkemesi, E. 2005/302, K. 2007/5001.

2. Güzel demir M. E, Hasta Bilgilendirmenin Önemi, Sendrom Tıp Dergisi, 2005, p. 20-21.

3. Gökcan H. T, Haksız Fiilden Kaynaklanan Tazminat Davaları, ANKARA, 2008, p.36.

4. Uygulamada Megacillin Forte enjeksiyonu sonrasında araç üzerindeki kontrolünü kaybederek bir ağaca çarpan kişi, % 0,04 oranında söz konusu olabilecek bu durum konusunda aydınlatılmadığından tazminat talep etmiş ve hakim, hekimin hastayı bu durum konusunda aydınlatmak ve gerekli davranış kurallarını bildirmek zorunda olduğuna karar vermiştir. Nakleden Hakeri H, Tıp Hukuku, 5. Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara 2012.p. 289.
5. Aşçıoğlu Alman Hukukunda %3 lük bir gerçekleşme olasılığı bulunan tehlikelerin hastaya açıklanması gerektiğini söyler. Yüksek bir rizikonun bulunmadığı durumlarda %1 gibi
6. Olasılıklar söylemek zorunda değildir. Aşçıoğlu Ç, Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluk, Ankara 1993.p.30.
7. Öztaşlan A, Aydınlatılmış Onam, In:Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:48, Editörler:G. Çetin, C. Yorulmaz,İstanbul, 2006.p.46.
8. Kalaça Ç, Hasta Hakları,Etik Bunun Neresinde?,Ankara Tabip Odası Yayınları, Ankara, 1997.p.46.
9. Hancı İ. H, Malpraktis, Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, Ankara, 2006.p.93-80.
10. Kara M, Hızal A, Hızal S.A, Aydınlatılmış Onam, İzmir Tabip Odası Yayınları, İzmir, 2009.p.34-30.
11. Kanuni temsilci bulunmakla beraber, operasyon için gerekli olan rızayı açıklamıyorsa küçük hastanın menfaati göz önünde bulundurulacak ve Medeni Kanunun 272. maddesi hükmü icabı, hakim, küçüğün himayesi için lüzumlu olan tedbirleri almak zorunda kalacaktır. Konuyla ilgili bir yargı kararında "Kendisine kan nakli yapılması gereken küçüğün babası Jehovanın Şahitleri mezhebine dahil olduğu için kan nakline rıza göstermemiş ve kendisine başvurulana hakim de küçüğün menfaatini korumak için hastanenin şef doktorunu küçüğe kayıym olarak tayin etmiştir." Saral M.E, Sağlıklararası Organ Nakillerinden Doğan Hukuksal İlişkiler, Kazancı Yayınları No:53, İstanbul, 1986.p.67.
12. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun 70. maddesinde büyük ameliyatlarda rızanın yazılı olması gerektiği düzenlenmiştir. Ayrıca, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 90/2-g maddesinde deneyin mahiyet ve sonuçları hakkında yapılan bilgilendirme ve alınan rızanın yazılı olması gerektiği, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun 5. maddesinde rahim tahliyesi izninin yazılı olması gerektiği, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 7. maddesinde vericinin yazılı izninin gerektiği, Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'ün 15. maddesinde iznin yazılı olması gerektiği, taslak halindeki Tıbbi Müdahalelerde Bilgilendirilmiş Rıza Alınması Yönetmeliği'nin 4 (b) maddesinde aydınlatma ve bilgilendirmenin yazılı yapılması gerektiği belirtilmektedir.
13. Hancı İ. H, Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları, İzmir 1999. p.163-153.
14. Benzer biçimde hasta aydınlatıldıktan sonra müdahaleyi de istemeyebilir. Bu durumun da yazılı bir biçimde kayıt altına alınmasına fayda vardır. Nitekim Yüksek Sağlık Kurulu 1998 tarihli kararında Tetanoz aşısı olmayı reddeden hastanın ölümünde hekimin kusurlu olmadığına karar vermiştir.
15. Ayan M, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Sorumluluk, Ankara 1991.p.81.
16. İstanbul 2. Asliye Hukuk Mahkemesinde görülen bir davada, davacı, davalı doktora böbrekteki taşı ameliyatla almak üzere izin verilmesine rağmen, yapılan ameliyat neticesinde rızası olmamasına rağmen davalının böbreği tamamen almak suretiyle kendini uzvundan haksız yere mahrum ettiği iddiası ile manevi tazminat talebinde bulunmuştur. Mahkemece, davacının böbreğindeki taşı almak için yapılan ameliyatta, böbreğin arz ettiği iltihabi durum karşısında, ameliyata tevessülün (taşın alınması) davacının sağlığını tehlikeye koyacağı, böbreğin alınmasının tıbbi bir zaruret neticesi olduğu, normal ve gerekli olanın yapılmış bulunduğu, bu nedenle davanın reddine karar vermiştir.

Gökcan H.T, Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, Seçkin yayınları, Ankara, 2013.p.146-141.

EPIKRİZ NASIL HAZIRLANIR? HASTA DOSYASI NASIL TUTULMALIDIR ?

Önder YAVAŞCAN

Hasta dosyasının ve epikrizinin bilimsel standartlara uygun olarak doldurulması sayesinde bireysel sağlık kayıtları, sağlık kurumundan yararlanan birey, hekim ve diğer sağlık personeli arasında bir iletişim ortamı yaratılmış olur. Bireyin kayıtlarını inceleyen herkes diğerlerinin bu bireye neler yaptığını bilir. Bireysel sağlık kayıtları aynı zamanda bireye sağlık kurumlarınca verilen hizmetlerin kalitesinin değerlendirilmesi, araştırmalar ve eğitim için de kullanılabilir. Bu bölümün amacı sizlere tıbbi verilerin dosya ve epikriz ile kayıt altına alınmasının ip uçlarını vermek ve önemini anlatmaktır. Kısaca hasta dosyası ve epikrizi;

- Hastanın hastalığının şeklini ve tedavi sırasındaki seyrini belgeler
- Tedavi eden hekim ve tedaviye katılan tüm birimlerin iletişimini sağlar
- Hastayı daha sonra izleyecek sağlık çalışanlarına hasta ile ilgili bilgiyi verir.
- Verilen sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmede kullanılır.
- Hastanın, hekimin ve sağlık kuruluşlarının yasal haklarını korumada kullanılır.
- Sağlık çalışanlarının eğitiminde kullanılır.
- Tıbbi araştırmalar için veri kaynağıdır.
- Halk sağlığı çalışmaları için veri kaynağıdır.
- Maliyet ve finansal yönetim politikasını belirlemede kullanılır.

Hasta dosyalarının tutulması ve epikrizlerin yazılması ile ilgili standartlar her asistanın kendi deneyimleriyle elde ettiği biçimde değil, ilgili kliniğin özgün ihtiyaçlarını karşılamak içindir. Bu nedenle asistanların bu konuya dikkat etmeleri onların eğitimleri açısından da önemlidir. Bu sayede kliniğin rutinleri ve gelenekleri daha iyi kavranmış ve uygulanmış olur.

HASTA DOSYASI NASIL TUTULMALIDIR?

Hasta dosyasını oluşturan formlar şu belgelerden oluşur;

- Hastane giriş belgesi ve kimlik fotokopisi
- Hasta Muayene ve Anamnez Formu (Farklı klinikler için farklı içerikle hazırlanmış)
- Laboratuvar ve Görüntüleme Bulguları Formu
- Doktor gözlem formu
- Hasta Tabelası
- Hasta Onam Formları
- Hasta Malzeme Tabelası

- Uygulanan işlem ve Kullanılan Malzeme Formu
- Hasta Masraf Formu (Farklı klinikler için farklı içerikle hazırlanmış)
- Hemşire Gözlem ve Ön Değerlendirme Formu (Farklı klinikler için farklı içerikle hazırlanmış)
- Anestezi Formları (Cerrahi girişim yapılacak hastalar için)
- Operasyon Sarf Malzeme Formu
- Diğer formlar

Tanısal sürecin ilk ve en önemli basamağı hastadan öykü alınmasıdır. Bir hekim, hangi nedenle olursa olsun, kendisine başvuran her hastadan, öncelikle ayrıntılı tıbbi öykü almalı ve anlaşılır bir şekilde dosyaya aktarmalıdır. Asıl şikayetin hastanın yardımı ihtiyaç duyduğu ağrı, rahatsızlık veya fonksiyon bozukluğu olduğu unutulmamalıdır. Anamnez bölümünde asıl şikayete ulaşılrken "ne, nerede, ne zaman neden ve nasıl" sorularına cevaplar aranmalıdır. Anamnez bitirilirken hastanın ne amaçla hastaneye yatırıldığı açık biçimde yazılmalıdır.

Geçmiş tıbbi öykü, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri alınırken hastanın alerjisi olup olmadığı, ciddi bir cerrahi operasyon geçirip geçirmediği veya medikal bir problemten dolayı tedavi görüp görmediği sorgulanmalıdır. Hastanın geçmişte yaşadığı medikal problemler, var olan ve devam eden hastalıklar (ör. Diyabet, KKY, HT..) belirlenmeli bu hastalıkların mevcut problemle ilişkileri değerlendirilmelidir. Şu an var olan problemin daha önceden olup olmadığı, olduyrsa aynı derecede mi yoksa farklı bir takım değişikliklerle mi ortaya çıktığı da belirlenmelidir.

Hastanın tetkik listesinin bulunduğu kağıda istenen tetkikler, randevu tarihleri ve raporlarının dosyada olup olmadığını gösteren bir işaretleme sistemi ile yazılmalıdır. Günlük doktor izlem kağıtlarına her günkü vizit, fazla detaylandırmadan, hastanın genel durumu, şikayeti, ateşinin veya hastalığı ile ilgili izlemi önem arz eden durumların varlığı yanında fizik bakı bulgularında değişiklik olup olmadığı yazılmalıdır. Tedavide değişiklik yapılmışsa bunun gerekçeleri buraya kaydedilmelidir. Hastanın pozitif bir muayene bulgusu ortadan kalkmış ise veya diğer vizitlerde negatif olan bir durum pozitifleşmiş ise burada belirtilmesi gerekir. Laboratuvar veya görüntüleme tetkikleri sonuçlarında olan önemli değişiklikler ve buna bağlı olarak tedavi ve izlem sürecinde yapılan düzenlemeler burada belirtilmelidir. Hastanın tedavisindeki önemli aşamalar, örneğin ateşin düşmesi, kanamanın durması, ağrının geçmesi veya yeni bir tedavinin başlangıcı gibi önemli olaylar dikkati çekecek biçimde (örneğin büyük harfle veya kırmızı kalemle) yazılmalıdır.

Hasta tabelaları her gün açık bir şekilde, özenli ve okunaklı yazılmalı, ilaçlara numara vererek diğer günlerde sadece numara yazılmasının büyük tıbbi hatalara yol açtığı unutulmamalı, bu tekrarlardan mutlaka kaçınılmalıdır.

Hastanın bilgilendirilmesi onun anlayabileceği bir dille ve bulunduğu sosyal ve kültürel özellikler göz önüne alınarak yapılmalıdır. Gerekğinde tercüman kullanılabilir. Hastanın bilgilendirilmiş onayının alınması ise herhangi bir tıbbi girişimin ön koşuludur ve bu belge hasta dosyasının en önemli bölümlerinden biridir. Yasal temsilcinin onayı gerektiği zaman, hastalar (çocuk veya erişkin olsun) durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir. Ayrıca hastanın bilgilendirilmiş onayı bilimsel araştırmalarda dahil edilme için önkoşuldur.

EPİKRİZ NASIL HAZIRLANIR?

Epikrizlerin rahat, standart, hatasız yazılması ve kontrolden geçtikten sonra düzeltilebilmesi için her asistan odasında bir bilgisayar mevcuttur.

Epikrizlerin standartlaşması sayesinde;

- Asistanların bu konudaki kontrolleri sağlanacak,
- Asistan eğitimine katkıda bulunulacak,
- Daha sonra yapılacak olan incelemeler için standart veriler elde edilebilecektir.

Bütün epikrizlerde olması gerekenler şunlardır:

- Hastanın demografik bilgileri içinde kendisinin veya ona haber verebilecek bir yakınının telefonu.
- Açık ev veya işyeri adresi.
- Mesleği veya yaptığı iş (emekli ise yaptığı iş belirtilecek, serbest meslek gibi ifadeler kullanılmayacaktır).
- Kan grubu, alerji öyküsü.
- Yattığı servis ve yatak numarası.
- Hastanın anamnezinde gereksiz bilgiler olmamalı ve esas hastalığı ile ilgili bilgiler kronolojik olarak yazılmalıdır.
- Fizik muayenede kalıp içine bulgular yazılırken mantık akışı ve söz dizimi hataları olmamalıdır.
- Laboratuvar tetkiklerinde birimleri mutlaka belirtilmelidir.
- Klinik seyir ve tedavi kısmında ise tanıya gidilmek için yapılmış olan tetkikler bir mantık zinciri içinde, ayırıcı tanıda yaptığı katkıları yorumlayarak ve kronolojik sıraya göre yazılmalıdır. Yapılan tedavilerin başlangıç günleri ve yukarıda belirtilen biçimde tedavi detayı yazılmalıdır. Tedaviye yanıt ile ilgili açıklamalar tedavi günü (örn. 14 günde) ve tarih yazılarak ifade edilmelidir. Uygulanan destek tedavileri ana hatlarıyla belirtilmeli ve gereksiz detaylara girilmemelidir.
- Tanısı yazılırken açık ifadeler kullanılmalı, tanı bir evreleme gerektiriyorsa belirtilmeli, ayrıca ortaya çıkmış ana komplikasyonlar var ise yazılmalıdır. Birden fazla tanı varsa numaralanarak yazılmalıdır.

- Hastanın kontrole nereye, hangi tarihte ve tedavi aşamasının hangi safhası veya gününde geleceği, geldiği zaman nelere dikkat edileceği kısaca belirtilmelidir.
- Karar kısmı epikrizin belki de en önemli kısmıdır. Buraya hastanın çıktıktan sonraki takibinde nasıl bir strateji izleneceği belirtilmelidir.
- Hastanın kullanacağı ilaçlar numaralanmış ve dozları ile birlikte yazılmalıdır.

Çağımızın bilişim çağı olduğu, zamanın çok hızlı aktığı bu çağda bazı önemli ve gerekli verileri kaybetmemek için bunların sürekli olarak kaydedilmesinin gerekli olduğu unutulmamalıdır. Bugün tıp alanında hasta ve hastalıklara ilişkin veriler hasta dosyası ve epikriz adı verilen dokümanlar sayesinde tüm sağlık çalışanları hastaları ile ilgili en doğru ve kesintisiz bilgiyi bu dokümanlar sayesinde alabilmektedirler. Bu veriler, tıptan hukuka, istatistikten ülkenin veri tabanına kadar pek çok alan için zengin veri kaynaklarını oluşturmaktadır.

Sonuç olarak, organizma kapalı bir kutudur. Vücudun herhangi bir yerinde var olan anormal bir durumun ne olduğunu anlamak, çok kolay değildir. Hastalığın ne olduğuna, nerede yerleştiğine ve neye bağlı geliştiğine karar verirken, hastanın söyleyeceklerini iyi bir dosya ile kayıt altına almak öncelikle doğru bir tanı ve tedavi için çok önemlidir. Bunu iyi bir epikriz ile sonlandırmak ise başarının taçlandırılması ve kayıt altına alınması anlamına geldiği unutulmamalıdır. İyi bir hasta dosyası ve iyi bir epikriz doğru tanı ve başarılı hekim demek iken, iyi olmayan bir hasta dosyası ve yetersiz bir epikriz ise, tanı güçlüğü ve başarısız hekim göstergesi demektir.

Kaynaklar

1. Bledsoe BE, Porter RS, Shade BR: *Paramedic Emergency Care*. 3rd Ed., Prentice Hall Inc, New Jersey, 1997.
 2. <http://www.medimagazin.com.tr/authors/tevfik-ozlu/tr-tibbi-teknoloji-varken-kim-anamnez-almakla-ugrasir-72-45-1178.html>.
 3. *Pediatric*. Neyzi O, Ertuğrul T. Nobel Tıp Kitapevleri, 2010.
 4. *İç hastalıkları (Semiyoji)*. Kaysı A. Alfa yayınevi, 2012.
- Tıbbi Dökümantasyon*. Özbabalık D. Anadolu Üniversitesi Basımevi, 2012

LOG BOOK NEDİR? NASIL DOLDURULUR?

Gökhan AKBULUT

"Log book" kelime anlamı seyir defteri demektir. Bir süreci takip etmek için kullanılır. Uzun yol deniz kaptanları yol boyunca yaşadıkları sorunları, getirdikleri çözümleri bir deftere kaydederlerdi. Aynı durum, öğrenmeye çalıştıkları bir beceriyi takip etmek isteyen dalgıçlar, pilotlar, hekimler içinde geçerlidir.



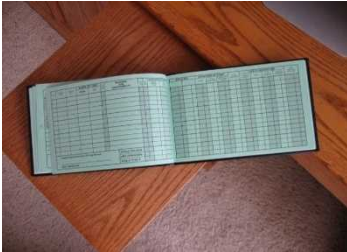
Şekil 1. Gemi kaptanları için logbook

1. LOG BOOK ÖNEMİ

Log book, uzmanlık alan öğrencisinin, mesleki gelişimini takip etmeyi amaçlar. Bu amaca uygun olarak, yaptığı bütün girişimsel işlemleri, kliniğin takip etmek istediği ve öğrencinin gelişiminde önemli gördüğü bilimsel faaliyetleri, kursları, teorik ve pratik dersleri, yayınları ve ödülleri içerecek şekilde olmalı ve her satırın sonunda eğitici veya gözlemcinin önemli

bulduğu notları düşmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

Günümüzde ülkemizde, mesleki yeterlilik (board) sınavları, derneklerce gerçekleştirilmektedir. Genellikle, bu sertifikayı sağlayan derneklerin verdikleri belgeler uluslararası geçerliliği olan belgelerdir ya da uluslararası yeterlilik sertifikaları veren kuruluşlar bu belgeleri önemsemektedir. Uzman hekimler (günümüzde uygulanmamakla birlikte muhtemelen) ileride iş başvurularında, mesleki sorumluluk sigortaları düzenlenirken, malpraktis davalarında bu yeterlilik belgelerini ve yaptıkları girişimsel işlemleri belgelemek durumunda kalabilirler. Elbette, bu belgelerin amacı, kişilerin kendilerini, başlarına gelebilecek ciddi komplikasyonlardan korumak için mesleki yeterliliklerini arttırmayı teşvik etmek olmalıdır. Ancak yeterliliğin belgelenmesi, günümüz ve mesleğimizin geleceği koşullarında mutlak bir gereklilik olarak gözükmemektedir.



Şekil 2. Pilot logbook kısmı



Şekil 3. Pilot logbook

1.1. MESLEKİ GELİŞİM AÇISINDAN LOG BOOK

Bütün hekimlik uzmanlık alanlarında, yapılması gerekli temel beceri listesi, ulusal çekirdek eğitim programında ve mesleki derneklerin eğitim komisyonlarının hazırladığı raporlarda belirtilmiştir. Her girişimsel beceri için yapılması gerekli en düşük ve en yüksek sayılar bellidir. Girişimsel beceriler saptanırken, bir uzman hekimin klinik uygulama sırasında bu beceriyi ne sıklıkla uygulayacağı, bu işlemin görülme sıklığı, oluşan komplikasyon riski, kişinin bu beceriyi tek başına yapabilmesi için gerekli olan minimum işlem sayısı (öğrenme eğrisi) önem arz etmektedir.



Şekil 4. Pilot logbook

1.2. LOG BOOK'TA BULUNMASI GEREKENLER

Bir log book kapak sayfası ile başlar, kapak sayfasında kişinin yaptığı ihtisas alanı, ihtisas yaptığı yer, bitirdiği okullar ve tarihleri, kişisel iletişim bilgileri bulunmalıdır. Fotoğrafi eklenmelidir. İkinci sayfada, ihtisas süresince yapacağı, rotasyonlar, tarihlerine göre bir tablo şeklinde hazırlanmalıdır. İkinci sayfanın sonunda, tez konusu başlığı, tez verilmiş tarihi, tez danışmanı yer

almalıdır. Tez konusu ve danışmanı henüz saptanmamışsa, bu alan boş bırakılır. Bu sayfa, klinik eğitim sorumlusu tarafından imzalanmalıdır.

Girişimsel işlem sayfasında sütunlar halinde, işlem tarihi, işlem protokol numarası (hasta mahremiyeti sebebiyle hastanın ismi gizli tutulur), tanı, yapılan girişimsel işlem, işlem kodu belirtilmelidir. İşlem kodu (A,B,C şeklinde düzenlenebilir), kişinin bu işlemi eğitim görevlisi eşliğinde yaptığı, yapılmasına yardım ettiği, kendi başına yaptığını belirtir. Her işlemin sonundaki sütunda, işlemi gözlemleyen ve düzelteren eğitim sorumlusu uzman hekimce doldurulacak onay bölümü yer almalıdır. Bu onay bölümünde, kısa bir açıklama alanı bulunur. Uzman hekim, gerekli gördüğü durumlarda, uzmanlık alan öğrencisinin eksiklerini, olumlu yönlerini gelişimini onay bölümüne kaydetmelidir. Girişimsel işlem sayfası, her bir sayfa klinik eğitim sorumlusu tarafından imzalanmalıdır. İşlemlere refakat eden uzmanlar, her işlemin sonuna ihtiyaç duyuyorlarsa not düşmeli ve mutlaka paraf atmalıdırlar. İşlemler günlük en geç haftalık olarak yapılmalıdır. İşlemlerin aksamaması, paraf atılmaması ve takip edilmemesi durumlarında, klinik eğitim sorumlusu ve eğitim planlama ve koordinasyon kurulu konudan haberdar edilmeli ve log book'ların düzenli olarak uzman hekimlerce takip edilmesi sağlanmalıdır. Burada temel sorumluluk uzmanlık alan öğrencilerine ve onların eğitimlerinden sorumlu olan kişilere düşmektedir. Eğer, klinik olarak uluslararası akreditasyon hedefleri var ise, ya da uzmanlık alan öğrencisi, mesleğinin bir bölümünü, yurt dışında yapmak niyetindeyse, gittiği ülkede, çalışma yetkisi alması için genellikle yaptığı girişimsel işlemler, katıldığı

konferanslar, kurslar, yaptığı yayınlar, aldığı temel ve ileri derslerin onaylı listesi istenmektedir. Bu sebeple, ihtisas süresince bu belgelerin imzalı olarak doldurulması, hatta İngilizce bir kopyasının her işlem için ayrı ayrı hazırlanması yerinde olacaktır. Örneğin girişimsel işlemin İngilizcesi bir sütun olarak eklenebilir. Aynı şekilde, meslek alanı ile ilgili olarak European Board, American Board sertifikasyonu veren kuruluşlarının beklentilerine uygun olarak bu alanlar oluşturulabilir ve ihtisas boyunca İngilizce olarak doldurulabilir. Bu işlemler, ihtisasın bittiği dönemde geriye dönük hazırlanması hem çok güçtür hem de asıl amacı uzmanlık alan öğrencisinin mesleki gelişimini takip etmek olan log book'un amacına uygun değildir.

Bir Örnek

TARİH	PROT NO	YAŞ VE CİNS	TANI VE İŞLEM	İŞLEM KODU (A,B,C)	EĞİTİMEN AÇIKLAMASI VE PARAF
14.02.2014	343635	26E	Plörezi, Torasentez	A	Sterilizasyon konusunda daha dikkatli olunmalı GA

Eğitim Sorumlusu
İsim ve İmza

1.3. LOGBOOK NASIL DOLDURULMALI

Log book, kağıt üzerinde ya da elektronik olarak tutulabilir. Her iki durumda da ıslak imza ya da elektronik imza gereklidir. Elektronik olarak ofis dosyaları içinde hazırlanabilir, belli aralıklarla basılarak eğitim sorumlusu ya da işlemi gözleyen uzman hekimlere imzalatılabilir. Kağıt üzerinde doldurulması durumunda tek nüsha olacağı için, doldurulması kolay olsa da, kopyalanması ve saklanması için sorunlar oluşabilir. Mesleki derneklerin bazıları kendi sayfalarında gelişim karnesi adı altında hazır web tabanlı bir log book hazırlamışlardır. Buraya girişimsel işlemler yüklenebilir.

Ayrıca, eğer klinik tarafından talep edilirse, hastanemiz bilgi işlem birimi tarafından kişilere ait girişimsel işlem log book'u için ihtiyaç duyacakları sütunları içeren log book hazırlanabilir, bu log book, sisteme işlem girişi yapıldığı andan itibaren karneye toplanır ancak, ilgili uzman tarafından onaylanınca kaydedilir. Benzer bir uygulama, Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi eğitim klinikleri tarafından uygulanmaktadır. Türk Cerrahi Derneğinin cerrahi uzmanlık alan öğrencileri için hazırlamış olduğu log book için lütfen aşağıdaki adresi ziyaret ediniz:

<http://www.turkcer.org.tr/files/files/yeterlilik-asistan-karnesi.pdf>

1.4. ARAŞTIRMALAR İÇİN LOG BOOK

Bilimsel araştırmalarda, her aşamayı kaydetmek amacıyla günlük gibi tutulur. Ne yaptığımız ve ne düşündüğümüzden oluşur. Bir araştırma sürecinde, düşüncelerimizin nasıl değiştiğini, nelerin yanlış gittiğini, sorunun üstesinden gelmek için neler yaptığımızı içermelidir. Hatalar tek bir çizgi ile düzeltilmelidir, yanına tarih ve paraf atılmalıdır. Kullanılan kimyasal maddelerin etiketleri yapııştırılabilir. Bir defter olarak tutulabileceği gibi aynı zamanda elektronik ortamda da tutulabilir. Elektronik ortamda resim, grafik, denklem kayıt edilebilir, ayrıca serverlar ile kayıt internet üzerinden tutulabilir. Usulsüzlük yapıldığı iddialarına karşı bu kayıtların ilk andan itibaren takip edilebilmesi sonuçların güvenilirliğini belirleyecek, gereksiz tekrarları engelleyecektir.

SONUÇ

Sonuç olarak log book, bir uzmanlık öğrencisinin mesleki gelişimini kaydettiği, eğitmenlerin tarafından eksiklerinin takip edildiği en önemli takip aracıdır. Bu aracın etkin bir şekilde kullanılması sorumluluğu uzmanlık öğrencisi ve eğitimden sorumlu olan kişilere aittir. Bu araç aynı zamanda ileride mesleki yeterlilik belgelerinde kullanılacaktır ve meslek hayatı boyunca da aktif olarak kullanılmalıdır.

Kaynaklar

1. <http://www.webmastersitesi.com/webmaster-sozlugu/23070-tdk-bilgisayar-terimleri-l-harfi-turk-dil-kurumu.htm>
 2. <http://www.turkcer.org.tr/files/files/yeterlilik-asistan-karnesi.pdf>
- Hobbie KA, Peterson ES, Barton ML, Waters KM, Anderson KA. Anderson Integration of Data Systems and Technology Improves Research and Collaboration for a Superfund Research Center. *J Lab Autom* 2012;17:275-283.

AMELİYAT HAZIRLIĞI NASIL YAPILIR ?

Işıl KÖSE

Cerrahi uygulamalar anesteziye, cerrahiye ve hastaya ait riskler taşır. Hastanın ameliyat sonrası morbidite ve mortalitesinin azaltılmasında cerrah ve anesteziistin deneyimi ve cerrahinin tipi kadar hastanın ameliyat öncesi iyi değerlendirilmesi ve en uygun biçimde hazırlanmasının da önemi vardır. Bu hazırlıktan anesteziist, cerrah ve konsültan hekim sorumludur.

AMELİYAT ÖNCESİ DEĞERLENDİRME VE HAZIRLIĞIN ANA AMAÇLARI

- Cerrahiye neden gerek duyulduğunun belirlenmesi.
- Hastanın genel sağlık durumunun belirlenmesi.
- Cerrahi sırasında ve sonrasında sorun çıkarabilecek, hastayla ilgili bilinmeyen durumların ortaya çıkarılması ve var olan hastalığın güncel durumunun belirlenmesi.
- Perioperatif riskin belirlenmesi.
- Hastanın cerrahi ve anesteziye ait mortalite ve morbiditesini azaltmak için sağlık durumunun en uygun hale getirilmesi.
- Uygun perioperatif planın saptanması.
- Hastanın anestezi, cerrahi, postoperatif dönem ve ağrı tedavisi hakkında bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, böylelikle anksiyetesinin azaltılması ve iyileşmenin hızlandırılması.
- Masrafların ve hastanede kalma süresinin azaltılması ve hasta memnuniyetinin artırılması başlıkları altında toplanabilir.

1. Cerrahiye neden gerek duyulduğunun belirlenmesi:

Cerrahi işlem hasta için acil mi? Elektif mi? Hasta en uygun duruma gelene kadar cerrahi işlem ertelenebilir mi? Risk fazlaysa cerrahiden vazgeçilebilir mi? Alternatif tedavi yöntemleri nelerdir? Bu soruların hepsinin yanıtı hastaya ayrıntılı olarak anlatılmalı ve bu sürece aktif katılımı sağlanmalıdır.

2. Genel Sağlık Durumu:

2.1. Öykü

1. Şimdiki sağlık sorunları.
2. Önceki sağlık sorunları.
3. İlaç, madde öyküsü.
 - Alerji (solunum sıkıntısı, cilt döküntüsü,..).
 - İlaç intoleransı (gastrointestinal bulgular).
 - Kullandığı ilaçlar (reçeteli, reçetesiz, bitkisel).
 - Alkol, tütün.
 - Yasa dışı madde (esrar, kokain, eroin...).

4. Daha önceki anestezi ve cerrahi uygulamaları. Doğum ve ağrı öyküsü.
5. Anestezi ile ilgili aile öyküsü (malign hipertermi, geç derlenme...).
6. Organ sistemlerinin değerlendirilmesi (Genel, solunum, kardiyovasküler, renal, gastrointestinal, hematolojik, nörolojik, endokrin, psikiyatrik, ortopedik, dermatolojik).

2.2. Fizik Bakı:

Asemptomatik hastalarda; kan basıncı, kalp hızı, solunum sayısı, vücut sıcaklığı ölçümü ve havayolu, akciğer, kardiyovasküler sistemin değerlendirilmesi yeterlidir. Bulguların yaşamsal bulguları değerlendirildikten sonra, hava yolunun değerlendirmesi ve Mallampati skoru ile olası zor entübasyon önceden belirlenmeye çalışılır. Mallampati skoru; hasta ağzını açıp dilini mümkün olduğunca dışarı çıkardığında ağız boşluğunun görüntüsünün değerlendirmesine dayanır.

Sınıf I :Ön ve arka pililer, yumuşak damak, uvula,

Sınıf II :Uvula ve yumuşak damak,

Sınıf III :Yumuşak damak ve uvula tabanı,

Sınıf IV :Yalnızca sert damak görülür.

Sınıf III ve IV'de zor havayolu olasılığı yüksektir. Ağızda eksik dişler ve yüz deformiteleri maskenin yüze yerleşmesini zorlaştırır. Kısa boyun, büyük dil, küçük çene, belirgin ön kesiciler, servikal veya temporomandibular hareket kısıtlılığı trakeal entübasyonu zorlaştırabilir.

Bölgesel anestezi uygulanacaksa ayrıntılı nörolojik bakı yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

2.3. Laboratuvar:

Laboratuvar testler hastanın yaşına, ek hastalığına ve cerrahinin tipine göre değişir. Ek hastalığı olmayan sağlıklı gençlerde küçük cerrahi girişimler için hiç bir laboratuvar test istenmeyebilir.

Ancak yine de özellikle yasal endişeler yüzünden hekimler her hastada tam kan sayımı, kanama yatkınlığı testleri gibi testleri istemektedirler.

Tablo 3'de hasta ve cerrahinin tipine göre istenmesi gereken laboratuvar testler tablo olarak verilmiştir.

3. Hastayla ilgili bilinmeyen durum / var olan hastalığın şu anki durumu

İyi bir öykü ve fizik bakı ve gerekirse laboratuvar testler ile hastada daha önce tanı konmamış hastalık ortaya çıkarılabilir. Var olan hastalıklar ise ikincil etkileri açısından değerlendirilmelidir.

3.1. Kardiyovasküler hastalık: Hasta stabil değilse kardiyoloji konsültasyonu gerekebilir. Hasta beta-bloker veya statin alıyorsa bu tedavi perioperatif dönemde sürdürülmelidir.

3.2. Solunum Sistemi Hastalıkları: Rutin akciğer grafisi önerilmez. Tıkayıcı uyku apnesi sendromu (*obstructive sleep apnea syndrome; OSAS*) olan hastalar entübasyon güçlüğü açısından değerlendirilmeli ve erken postoperatif dönemde dikkatle izlenmelidir. Sigara kullanımı mümkünse 4 hafta önce sonlandırılmalıdır.

3.3. Böbrek Hastalığı: Risk belirlenmeli ve var olan rezerv perioperatif dönemde korunmalıdır. Rezerv tahmininde hesaplanan glomerüler filtrasyon hızı (*glomerular filtration rate; GFR*), serum kreatinin değerlerine göre daha fazla bilgi verir.

3.4. Diabetes Mellitus: Kardiyovasküler komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalıdır.

3.5. Koagülasyon Bozuklukları: Hematoloji konsültasyonu istenmeli, hemostaz düzeltilmelidir.

3.6. Anemi: Preoperatif otolog kan transfüzyonunun rutin kullanımı önerilmez

3.7. Yaşlılık: Femur boyun kırıklarında postoperatif deliryuma karşı dikkatli olunmalıdır.

3.8. Alkol: Gamaglutamiltransferaz (GGT) düzeyleri bakılmalıdır. Ameliyat öncesi 5 gün boyunca benzodiyazepin uygulaması, alkol kesilme sendromu riskini azaltır. Alkolün 1 ay önce bırakılması alkole bağlı preoperatif komplikasyonları azaltır.

3.9. Alerji: Anestezi öncesi değerlendirmede alerji riski iyi araştırılmalıdır.

- Kullanılması olası ilaçlara karşı kayıt altına alınmış alerji
- Önceki anestezi uygulamalarında alerji şüphesi
- Olası lateks alerji öyküsü
- Çoklu cerrahi uygulanmış çocuklar, özellikle spina bifida ve meningo-myeloselvarlığında
- Sebze, meyve ve tahıl alerjisi (lateks alerji riski ve lateks-meyve alerji sendromu). Bu tabloya, lateks proteinleri ve bazı meyvelerde bulunan benzer epitopların yol açtığı çapraz reaksiyonun neden olduğu tahmin edilmektedir). Şüphe durumunda pozitif deri testi anlamlı iken negatif deri testi alerji olmayacağı anlamına gelmez.

4. Perioperatif Risk Belirlenmesi:

Perioperatif risk; hastanın fiziksel durumu, cerrahinin neden olduğu değişiklik, cerrahın beceri ve deneyimi, anesteziistin beceri ve deneyimi ve perioperatif dönemde bakım ünitelerinin niteliği (preoperatif optimizasyon ve postoperatif yoğun bakım) ile ilişkilidir.

4.1. Hastaya Ait Risk Faktörleri:

- Yaş: Yaşla birlikte değişen fizyolojik durum, farmakodinamik ve farmakokinetik özellikler risk saptanmasında önemlidir.

Tablo 1. AŞA Cerrahi sonrası mortalite sınıflaması

ASA	TANIM	48 SAATLİK MORTALİTE
1	Sistemik hastalık yok.	%0.06 - 0.08
2	Hafif sistemik hastalık. (hafif derecede anemi, kronik bronşit, hipertansiyon, amfizem, şişmanlık, diyabet,...)	%0.27 - 0.4
3	Ciddi sistemik hastalık. Aktivite sınırlı. Güçsüz bırakmaz. (latent kalp yetmezliği, geçirilmiş myokard enfarktüsü, ileri diyabet, sınırlı akciğer fonksiyonu,...)	%1.8 - 4.3
4	Ciddi, yaşamı tehdit eden hastalık. (şok, dekompanse kalp veya solunum sistemi hastalığı, böbrek, karaciğer yetmezliği,...)	%7.8 - 23
5	Ameliyat olsa da olmasa da 24 saatten fazla yaş aması beklenmeyen, son ümit olarak cerrahi girişim yapılan hasta	%9.4 - 51
6	Organ donörü olabilecek beyin ölümü gerçekleşmiş hasta	

Acil cerrahi girişim gerektiği inde hastanın sınıflama numarasından sonra "E" harfi eklenmektedir. (ASA 2E,...)

4.2. Cerrahiye Ait Risk Faktörleri: Cerrahiye ait risk faktörleri 4 sınıfa ayrılmıştır. Kardiyovasküler ve nöroşirurji girişimleri özelliği olan operasyonlar olarak ayrıca belirtilmiştir.

Tablo 2. Cerrahi Sınıflama (Grade)

G.1	30 dakikayı geçmeyen, vital fonksiyonları hemen hiç etkilemeyen küçük girişimler (apse drenajı, lipom eksizyonu, meme biyopsisi, kulakta parasentez vb.)
G.2	30 dakika – 1 saat süren, vital organların çok az etkilendiği operasyonlar (inguinal herni onarımı, tonsillektomi, artroskopi, sistoskopi vb.)
G.3	1 – 4 saat süren, transfüzyon gerektirecek kanama da olabilecek, vital organların orta derecede etkilendiği operasyonlar (mide rezeksiyonu, abdominal histerektomi, orta kulak ameliyatı, vb.)
G.4	Uzun sürecek, büyük kan kayıpları beklenen ve veya vital organları doğrudan etkileyecek operasyonlar (radikal prostatektomi, total kalça protezi, radikal boyun diseksiyonu, vertebra cerrahisi vb.)
KVC	Kalp ameliyatları ve büyük damar girişimleri
BC	Intrakraniyal girişimler.

5. Preoperatif Optimizasyon

Perioperatif mortalite (%0.7–0.8) nedenleri:

1:2680 oranında anesteziye, 1:420 oranında cerrahiye, 1:95 oranında eşlik eden hastalığa bağlı, 1/3'ü kardiyak, 1/3'ü pulmoner, 1/3'ü diğer tıbbi nedenlere bağlı gelişir.

Bu yüzden hastanın bilinen hastalığının kontrol altında olması, ikincil organ etkilerinin araştırılması ve bilinmeyen hastalıkların saptanması önemlidir. Tüm bunları değerlendirmede hastanın ve cerrahinin risk grubuna göre istenecek preoperatif testler değişir (Tablo 3).

Tablo 3. ASA 1 Hastalarda İstenecek Rutin Laboratuvar Testler (10).

	<16 yaş	16 -40 yaş	41-60 yaş	>60 yaş
G 1	YOK	YOK	Hb-Htc, EKG, Elektrolit, KŞ TKS, EKG	TKS, EKG, Elektrolit, KŞ, Üre- kreatinin
G 2	Hb-Htc	TKS	TKS, EKG,	TKS, EKG, Elektrolit, KŞ, Üre- kreatinin PT-PT
G 3	TKS	TKS, Elektrolit, KŞ	Elektrolit, KŞ, Üre- kreatinin, PT-PTT	TKS-AC grafisi, EKG, Elektrolit, KŞ, Üre- Kreatinin
G 4	TKS-Elektrolit, Üre- kreatinin	TTKS, Elektrolit, KŞ, Üre- kreatinin, PT-PTT		TKS-AC grafisi, EKG, Elektrolit, KŞ, Üre- Kreatinin, PT-
KVC	TKS, AC grafisi, EKG, Elektrolit, Üre- kreatinin, TİT, PT-PTT	TKS, AC grafisi, EKG, Elektrolit, KŞ, Üre- kreatinin, TİT, PT-PTT	TKS, AC grafisi, EKG, Elektrolit, KŞ, Üre- kreatinin, TİT, PT-PTT	TKS, AC grafisi, EKG, Elektrolit, KŞ, Üre- kreatinin, TİT, PT-PTT
BC	TKS, Elektrolit, Üre- kreatinin, PT-PTT	TKS, AC grafisi, EKG, Elektrolit, KŞ, Üre- kreatinin, TİT, PT-PTT	TKS, AC grafisi, EKG, Elektrolit, KŞ, Üre- kreatinin, TİT, PT-PTT	TKS, AC grafisi, EKG, Elektrolit, KŞ, Üre- kreatinin, TİT, PT-PTT

TKS: Tam kan sayımı, **TİT:** Tam idrar tahlili, **KŞ:** Kan şekeri, **AC:** Akciğer, **EKG:** Elektrokardiyografi, **PT:** Protrombin zamanı, **PTT:** Parsiyel tromboplastin zamanı, **KVC:** Kalp ameliyatları ve büyük damar girişimleri, **BC:** İntrakranial ameliyatlar.

Diğer ASA gruplarında eşlik eden hastalığa göre ek testler eklenir. İstenmesi gereken testler için ayrıntılı tablolara <http://www.tard.org.tr/kilavuz/3.pdf> adresinden ulaşılabilir. Bu tablolar Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği yönetim kurulunca güncel literatür incelenerek oluşturulmuş olup, öneri niteliğindedir.

Normal olmayan test sonuçları araştırılır ve düzeltilir. Eşlik eden hastalıkların mevcut durumunun saptanması ve kontrol edilmesi morbidite ve mortaliteyi azaltacak en önemli faktördür. Böylelikle postoperatif yoğun bakım gereksinimi ve maliyet de azaltılır.

Eşlik eden hastalıklar saptandığında hastanın riski belirlenir. Böylece elektif cerrahiler için kar-zarar oranı ortaya konabilir ve gerekirse cerrahiden vazgeçilebilir. Cerrahiden vazgeçilemeyecekse (kanser cerrahisi gibi) hastalık en iyi duruma getirilmeye çalışılır.

KontROLSÜZ hastalıklar için elektif cerrahiye hastalık kontrol edilene dek ertelemek mortaliteyi azaltır. Kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları, diyabet, böbrek yetmezliği, kanama bozuklukları ve obezite; cerrahi mortalite için bağımsız risk faktörleridir ve elektif cerrahiden önce kontrol altına alınmaları gerekir. KontROLSÜZ hastalıklar için ilgili uzmanlık alanından konsültasyon istenmelidir.

Acil cerrahi uygulanacak hastalarda ise cerrahinin ertelenmesi mümkün değildir. Ancak hasta cerrahiye hazırlanırken eş zamanlı olarak hayatı tehdit eden düzeltililebilir durumların tedavisine hızla başlanmalıdır. Hipovolemi, hipotansiyon, ciddi asit-baz ve elektrolit bozuklukları, kalp ritim bozuklukları düzeltilmezse anestezi indüksiyonu ya da cerrahi sırasında ölüme neden olabilir. Kanamalı hastalarda hasta cerrahiye alınırken kan ve ürünleri istenmiş olmalıdır.

Elektif cerrahi uygulanacak hastalarda hastanın kullandığı ilaçların sorgulanması da önemlidir. Pek çok ilaç ameliyat gününe dek sürdürülür.

Kesilmesi gereken ilaçlar ve kesilme süreleri: Asetil salisilik asit (1 hafta), warfarin sodyum, klopidoğrel (5-7 gün), tiklopidin (10-14 gün), oral antidiyabetikler (bir önceki akşam kesilir insülin ve dektroz başlanır), insülin (açlık süresince verilmez), geri dönüşümsüz monoaminooksidaz (MAO) inhibitörleri (2 hafta), Trisiklik antidepressan ilaçlar (TSA) (1 hafta), lityum (72 saat), L-dopa (1 hafta), nonsteroid antiinflamatuar (NSAİİ) (1 hafta), aminoglikozidler (ameliyat sabahı başka bir antibiyotikle değiştirilmeli), bitkisel kaynaklı tüm tedaviler (pek çoğunun organlar ve pıhtılaşma testleri üzerine etkisi vardır (10-14 gün), tütün ve alkol (en az 1-2 gün).

Antikoagülan tedavi alan yüksek riskli hastalarda (myokard infarktüsü, serebrovasküler olay, geçici iskemik atak, koroner stendi olan hastalar) ilaç kesilmesi mortaliteyi çok artırabilir. İlgili konsültan hekim fikri alınmadan ilaç

kesilmemeli, kritik dönem sürüyorsa elektif cerrahi ertelenmelidir. Kritik dönem geçmişse ilaç yukarda belirtilen sürede kesilmelidir.

Kesilmemesi gereken ilaçlar: Antihipertansifler, antiaritmikler, aminoglikozid dışı antibiyotikler, antiepileptikler, antipsikotikler, antitiroid ilaçlar, kortikosteroidler (doz artırımı gerekebilir) ameliyat sabahı dahil sürdürülmelidir.

Tablo 4. Açlık Süreleri (14).

Berrak sıvı	Anne sütü	Mama/Süt	Hafif yemek
2 saat	4 saat	6 saat	6 saat

6. Uygun perioperatif planın saptanması Hasta ameliyat için optimal duruma geldiğinde ameliyat günü saptanmalı, ameliyat sonrası monitorizasyon ve yoğun bakım gereksinimi varsa bu önceden ayarlanmalı ve cerrahinin ertelenmemesi için maksimum özen gösterilmelidir.

6.1. Premedikasyon (preoperatif medikasyon) En iyi anksiyolitik premedikasyon hekim hasta iletişimidir. Farmakolojik premedikasyon rutin değildir. Anksiyoliz, analjezi, sedasyon, amnezi, gastrik volüm azaltılıp pH yükseltilmesi ve atopik kişilerde profilaksi amacıyla kullanılabilir.

6.2. Anestezi Şeklinin Belirlenmesi Genel, Bölgesel, Lokal, Sedasyon-monitorizasyon.

6.3. İntraoperatif Yönetim Monitorizasyon, pozisyon, sıvı tedavisi, anestezi ajan.

6.4. Postoperatif Yönetim Ağrı kontrolü, Yoğun bakım/Hemodinamik monitorizasyon/Mekanik ventilasyon

7. Hastanın bilgilendirilmesi Hasta ameliyatın neden gerektiği, riski, komplikasyonları, beklenen süresi, ameliyat olmazsa neler olabileceği ve postoperatif süreç konusunda cerrahi uzmanı tarafından, uygulanacak anestezi yöntemi, riskleri, olası komplikasyonları ve anestezi sonrası dikkat etmesi gereken şeyler konusunda anestezi uzmanı tarafından ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir. Bu hastanın anksiyetesini azaltır ve iyileşme sürecini hızlandırır. Aynı zamanda ameliyatla ilgili beklentilerinin gerçekçi olmasını sağlar.

8. Masrafların azaltılması, hastanede kalma süresinin azaltılması ve hasta memnuniyetinin artırılması Preoperatif değerlendirmede gereksiz testlerin istenmesi sürecin uzamasına ve maliyet artışına neden olur. Hasta memnuniyeti büyük ölçüde beklentilerin karşılanması ve iletişim ile ilişkilidir ve önemli kalite göstergelerinden biridir.

Kaynaklar

1. Roizen MF, Foss JF, Fischer SP. Preoperative evaluation. In: Miller RD ed. *Anesthesia*. 5th ed. Philadelphia:Churchill-Livingstone;2000.p.824-883.
2. Kitts JB. The preoperative assessment; who is responsible? *Can J Anesth* 1997;44:1232-1236.
3. A.Zambouri. Preoperative evaluation and preparation for anesthesia and surgery. *Hippokratia* 2007;11:13-21.
4. Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA et al. ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery) *Circulation*. 2007;116:e418-e500.
5. Hata T.M, Moyers J.R. Preoperative evaluation and management. In: Barash P.G, Cullen B.F, Stoelting R.K, editors. *Clinical Anesthesia*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
6. Randell T. Prediction of difficult intubation. *Acta Anaesthesiol Scand* 1996;40:1016-1023.
7. American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* 2002;96:485-496.
8. De Hert S, Imberger G, Carlisle J et al. Guidelines for preoperative evaluation of the adult non-cardiac surgery patient; The Task Force on Preoperative Evaluation of the Adult Patient of the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2011;28:684-722.
9. Fleischer LA, Anderson GF. Perioperative Risk: How Can We Study the Influence of Provider Characteristics? *J Am Soc Anesthesiology* 2002;96:1039-1104.
- 10.Reynolds TM. National Institute for Health and Clinical Excellence; Clinical Science Reviews Committee of the Association for Clinical Biochemistry. National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines on preoperative tests: the use of routine preoperative tests for elective surgery. *Ann Clin Biochem* 2006;43:13-16.
- 11.Halaszynski TM, Juda R, Silverman DG. Optimizing postoperative outcomes with efficient preoperative assessment and management. *Crit Care Med* 2004;32:76-86.
- 12.Arozullah AM, Conde MV, Lawrence VA. Preoperative evaluation for postoperative pulmonary complications. *Med Clin North Am* 2003;87:153-173.
- 13.Garcia-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J. Preoperative assessment. *Lancet* 2003;362:1749-1757.
- 14.Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters *Anesthesiology* 2011;114:495-511.
- 15.Roizen MF. What is necessary for preoperative patient assessment ? In: Barash PG, Deutsch S, Tinker J, eds. *The American Society of Anesthesiologists*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1995: 189-202.

GÜVENLİ CERRAHİ

Ali TURGUT

Dünyadaki sağlık uygulamalarına bakıldığında, sağlık hizmetindeki gelişim kayda değerdir. Buna paralel olarak ülkemizde de sağlık hizmetinde belirgin bir iyileşme olduğu bir gerçektir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2008 yılında "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" isimli bir proje başlatmıştır buna paralel olarak Bakanlığımız, oluşturduğu hizmet kalite standartlarında "güvenli cerrahi" uygulamalarına yer vererek bu önemli projeyi ülkemizde de hayata geçirmiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda elde edilen veriler aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir;

- Dünyada yılda yaklaşık 234.000.000 ameliyat yapılmaktadır.
- Yaklaşık 7.000.000 hastada komplikasyon ile karşılaşmaktadır.
- Yılda yaklaşık 1.000.000 insan ameliyat öncesi, ameliyat sırasında veya ameliyat sonrasında kaybedilmektedir.
- Gelişmiş ülkelerde tıbbi ve teknik hataların yarısı cerrahi uygulanan kliniklerde oluşmakta ve bu hatalar, güvenli cerrahi uygulamaları ile yarı yarıya azaltılmaktadır.
- Son zamanlarda anestezi uygulamalarındaki belirgin gelişmeye rağmen halen 150 kişiden biri genel anestezi sırasında hayatını kaybetmektedir.
- Çok basit olarak algılanan adımlar bile belirgin komplikasyonların oluşmasını engelleyebilir. Örneğin cilt kesisi öncesi antibiyotik verilmesi yara yeri enfeksiyonu gelişme oranları yarıya yakın azaltmaktadır.

Güvenli cerrahi konseptinin amacı, cerrahi uygulamalarda hizmet alan ve hizmet veren kişilerin zarar görmemesidir. Günümüzdeki hukuksal uygulamalar hatayı kabul etmeyecek durumdadır. Yani yapılabilecek bir hatanın hem hukuksal hem de vicdani yaptırımları mevcuttur. Herhangi bir iş yapılırken yapılacak işlerin yazılı hale getirilip, yapıldığında işaretlenmesi olası aksaklık, eksiklik ve hataların en aza indirgenmesini sağlayacaktır (iş listesi). Bundan dolayı cerrahi müdahale ile tedavi edilecek hastalar için Sağlık Bakanlığı, DSÖ hazırlamış olduğu Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'ni ülkemize uyarlayarak geliştirmiştir.

1.Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır

Hasta bakımının temel ilkesi hastaya öncelikle zarar verilmemesidir (*primum non nocere*). Sağlık Bakanlığının 2009 yılında yaptığı yoğun çalışmalar sonrası cerrahi müdahalelerle ilgili "Güvenli Cerrahi Kontrol Listeleri" oluşturulmuş ve uygulamaya konulmuştur. İlerleyen bölümde bu kontrol listelerinden bahsedilecektir.

Güvenli cerrahi, hasta henüz ameliyathaneye gitmeden serviste iken başlanması gereken bir kavramdır. Genel olarak cerrahi tedavi sürecinin kontrol listeleri dört basamağa ayrılmıştır. Bu basamaklar;

- Klinikten ayrılmadan önce
- Anestezi verilmeden önce
- Ameliyat kesisinden önce
- Ameliyattan çıkmadan önce, şeklidir.

Bu kontrol listelerinin her bir bölümü için belirlenen ayrı bir kontrol listesi sorumlusu olması, uygulamada kolaylık sağlamaktadır. Belirlenen bu kontrol listesinin sorumlusu; hemşire, ameliyata katılan bir hekim ya da sağlık görevlisi olabilir. Her aşamada kontrol listesi sorumlusu, ekibin listede belirtilen görevleri tamamlayıp tamamlamadığını kontrol etmeli, eğer belirtilen görevler tamamlanmamışsa bir sonraki aşamaya geçilmesine müsaade etmemelidir. Ameliyat ekipleri kontrol listelerinin adımlarına aşına oldukça işler kolaylaşacak ve hızlanacaktır. Önemli faaliyetlerin yerine getirilmesinin sağlanması açısından bütün adımlar uygun bir personel ile sözlü olarak kontrol edilmelidir. Bundan sonraki bölümde her aşama için detaylı bilgiler verilecektir.

1.1. Klinikten ayrılmadan önce

Bu bölümün kontrolü genellikle servis hemşiresi tarafından yapılır, ancak cerrahın da bu sürece katılması idealdir.

- Hasta kimliğini, ameliyat yerini, gerçekleştirilecek girişimin ne olduğunu teyit etti mi?
- Hastanın girişimle ilgili onamı kontrol edildi mi?
- Hasta aç mı?

Genel olarak hastanın mide içeriğini aspire etmesini önlemek için ameliyattan 8-10 saat öncesinden itibaren ağızdan herhangi bir yiyecek veya içecek almaması önerilir.

- Ameliyat bölgesine tıraş yapıldı mı?
Bu konu halen cerrahlar arasında tartışmalıdır. Literatür ameliyat sahası cilt tıraşının cerrahi müdahaleden hemen önce ameliyathanede yapılmasını veya hiç cilt tıraşı yapılmamasını da önerebilmektedir.
- Hasta, üzerindeki değerli eşyaları-protez ve benzeri malzemeleri çıkardı mı?
Ameliyatta kullanılabilecek bazı cihazlardan ötürü (koter v.b.), hastaların üzerinde metal bir eşya kalmamalıdır.
- Hasta ameliyat önlüğü ve bonesini giydi mi?

Bu, hem ameliyathane ortamının temizliğinin korunmasını hem de hastaların özel eşyalarının korunmasını sağlar.

- Ameliyat öncesi özel bir işlem gerekli mi?
Bazı ameliyatlarda öncesi o işleme özgü yapılması gereken uygulamalar olabilir. Örneğin kalın barsak ameliyatı yapılacak bir hastada barsak temizliği yapılması gibi. Bazı hastalar için de ameliyat öncesi veya sırasında verilmesi hayati önem taşıyan ilaç tedavileri vardır, buna örnek olarak *Addison* protokolü verilebilir.
- Kullanılacak malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazır mı?
Ameliyatta gerekli olabilecek bütün malzemelerin hasta ameliyathaneye gitmeden kontrol edilmesi gereklidir.
- Hasta ile ilgili yapılan tüm tetkikler hasta dosyasında mı?
Hastalar ile ilgili kan tetkikleri, görüntüleme sonuçları varsa yapılan konsültasyonlarının eksiksiz olarak dosyada bulunması gerekmektedir.

1.2. Anestezi verilmeden önce

Bu bölüm, işlemlere devam etmenin güvenliğini teyit etmek için anestezi verilmeden önce tamamlanır. Bu bölümün kontrolü için en az bir anestezi görevlisi ve sağlık personelinin bulunması gereklidir. Bu bölümdeki detaylar şu şekildedir;

- Hasta kimliğini, ameliyat yerini, gerçekleştirilecek girişimi teyit etti mi?
Kontrol sorumlusu, hastaya sözlü olarak, kimliğini, planlanan girişim türünü, ameliyat alanını ve ameliyat için rıza verilip verilmeyeceğini kontrol eder. Eğer hasta tarafından teyit yapılması mümkün değil ise (çocuk, zihinsel engelli hasta v.b.) bu durumda hasta velisi veya hasta yakını bu görevi üstlenebilir. Eğer hasta yakını da yok ise acil durumlarda olduğu gibi bu adım atlanır ve ilgili kutu boş bırakılır.
- Ameliyat yeri işaretlenmiş mi?
Kontrol listesi sorumlusu sağ-sol ayrımı gibi taraf söz konusu olan veya çoklu yapı veya seviye olan (örneğin belli bir parmak, deri lezyonu, vertebra) vakalarda ameliyatı yapacak olan cerrahın ameliyat alanını işaretlediğini teyit etmelidir.
- Anestezi güvenlik kontrolü tamamlandı mı?
Bu adım, kontrol sorumlusu tarafından anestezi uzmanının anestezi güvenlik kontrolünün (anestezi ekipmanları, ilaçları ve hastanın anestezi riskinin incelenmesini içerir) tamamlandığını teyit etmesini isteyerek yapılır. Bu kontrol, havayolu ekipmanı, solunum sistemi ekipmanı, aspirasyon ekipmanı, ilaç-cihazlar, acil ilaç-ekipman-yardım malzemelerinin var olup olmadığının teyidi şeklinde yapılır. Hastanın entübasyonunun zor olup olmadığı değerlendirilmiş olmalıdır. Eğer hastanın semptomatik aktif reflü veya dolu midesi varsa aspirasyon olasılığına karşı hazırlıklı olmak gerekir. Zor hava yolu veya aspirasyon riski olduğu kabul edilen bir hastaya, anestezi görevlisinin hastanın başucunda gerekli olabilecek ekipmanın mevcut olduğunu teyit etmesinden sonra anestezi verilmeye başlanabilir.

- Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?
Kontrol sorumlusu bu ve sonraki iki soruyu anestezi görevlisine sormalıdır. Bilinen bir alerji var mı, yok mu? Eğer var ise ne olduğu sorgulanmalıdır. Eğer kontrol sorumlusu anestezi görevlisinin farkında olmadığı bir alerji konusunda bilgi sahibi ise bu bilgiyi iletmelidir.
- Gerekli görüntüleme mevcut mu?
Görüntüleme; özellikle kas-iskelet sistemi, torasik girişimler için önem arz etmektedir. Kontrol sorumlusu, cerraha gerekli görüntülemenin mevcut olup olmadığını sorarak teyit etmelidir. Görüntüleme yok ise mutlaka anestezi verilmeden önce temin edilmelidir. Görüntüleme gerekli ancak mevcut değilse ameliyata başlanıp başlanamayacağına cerrah karar vermelidir, fakat böyle bir durumda ilgili kutucuk boş bırakılmalıdır. Eğer görüntüleme gerekli değilse "geçersiz" kutusu işaretlenmelidir.
- Hastanın 500 mililitreden fazla (çocuklarda 7 mililitre/kg'dan fazla) kan kaybetme riski var mı?
Cerrahlar her zaman anestezi ekibine olası kan kaybı konusunda bilgi vermeyebilirler. Eğer anestezi görevlisi hastanın majör kan kaybı riskinin olup olmadığını bilmiyorsa, anestezi verilmesi öncesi mutlaka cerrahla bu konuda konuşmalıdır. 500 mililitreden daha fazla kan kaybı riski bulunan bir hastada en az 2 adet geniş damar yolu açılması ya da santral venöz kateter yerleştirilmesi kuvvetle önerilir. Ekip yeniden canlandırma için gerekli kanın veya sıvının mevcut olduğunu teyit etmelidir.

1.3. Ameliyat kesisinden önce

- Tüm ekip üyeleri ad ve görevlerini belirterek kendilerini tanıtır.
Kontrol sorumlusu odada bulunan tüm personelin adlarını ve görevlerini söyleyerek kendilerini tanıtmalarını isteyecektir.
- Cerrah, anestezi görevlisi ve hemşire; hastanın doğru hasta olduğunu, ameliyat yerinin doğruluğunu, gerçekleştirilecek girişi sözlü olarak teyit ederler.
Bu adım ameliyat kesisinden önce basamağının en önemli adımıdır. Eğer hasta uyutulmamışsa hastadan da teyit almak faydalı olacaktır.
- Gerçekleşebilecek kritik olaylar gözden geçirilir
Etkili bir ekip iletişimi; güvenli cerrahi operasyon, verimli ekip çalışması ve majör komplikasyonların önlenmesi konularında kritik öneme sahiptir. Kontrol sorumlusu; cerrah, anestezi görevlileri ve hemşireler ile kritik tehlike durumları ve ameliyat planları üzerinde hızlı bir tartışmayı yönlendirir. Rutin veya tüm ekibin aşına olduğu girişimlerde, cerrah basitçe bu rutin bir vakadır diye belirtebilir. Cerrahın gözden geçirdikleri: kritik ve beklenmedik adımlar, ameliyat süresi, beklenen kan kaybı miktarıdır. Anestezi ekibinin gözden geçirdikleri: hastaya özgü anestezi riskinin varlığıdır. Hemşire ekibinin gözden geçirdikleri: setlerin

sterilizasyonunun kontrol edilmesi, ekipman ile ilgili bir sorunun olup olmamasıdır. Özellikle belirtilmesi gereken bir durum yok ise hemşire "sterilite doğrulandı, herhangi bir notum yok" der.

- Son 60 dakika içinde antibiyotik profilaksisi verildi mi?

Antibiyotik profilaksisinin zamanlaması konusunda cerrahlar arasında görüş ayrılıkları vardır. Genel kabul gören uygulamalar cerrahi kesi öncesi 60 dakika veya 30 dakika, turnike altında çalışılacak hastalarda turnike şişirilmeden önce 15 dakika şeklindedir. Ancak unutulmaması gereken nokta, profilakside kullanılacak antibiyotiğin yarılanma ömrüdür. Her kliniğin kendi güncel literatürüne göre uygun antibiyotik profilaksisi uygulaması en doğru yaklaşım olacaktır.

- Kullanılacak malzemeler hazır ve sterilizasyonları uygun mu?

Ameliyat kesisinden önce son bir kez kullanılacak malzemelerin hazır ve sterilizasyonlarının uygun olduğunun teyit edilmesi gereklidir. Bazı görüşlere göre bu adımın anestezi verilmesi öncesi kontrol edilmesi daha doğru olacaktır.

- Kan şekeri kontrolü gerekli mi?

Ameliyat öncesi dönemde kan şekeri regülasyonu sağlanan hastalarda yapılan cerrahi işlem sırasında da kan şekeri takibi yapılması ve bazen müdahale edilmesi gerekli olabilir. Bu durum ameliyat kesisi öncesi teyit edilmelidir.

- Hasta antikoagülan kullanıyor mu?

Bu durum özellikle spinal-epidural anestezi uygulanacak hastalarda olası medulla spinalis hematoma basılarının engellenmesi açısından oldukça önemlidir.

- Derin ven trombozu profilaksisi gerekli mi?

Ameliyat sonrası dönemde hareketsizliğe bağlı derin ven trombozu gelişme riski olan hastalar bilinmelidir. Gerekli önlemler alınmalıdır.

1.4 Ameliyattan çıkmadan önce

Bu bölüm hasta ameliyattan çıkarılmadan önce tamamlanmalıdır. Amaç, hasta ile ilgili önemli bilgilerin hastanın ameliyat sonrası bakımı ile ilgili olan kişilere aktarılmasının kolaylaştırılmasıdır. Bu kontrol cerrahi hemşiresi, cerrah ya da anestezi görevlisi tarafından başlatılabilir ve cerrah ameliyat odasını terk etmeden tamamlanmalıdır. Her kutucuk mutlaka kontrol sorumlusu tarafından konunun ekip tarafından ele alındığını teyit ettirdikten sonra işaretlenmelidir.

- Gerçekleştirilen işlemin teyit edilmesi

Bazı durumlarda önceden planlanandan farklı işlemler uygulanabildiğinden kontrol sorumlusu cerrah ve ekiple tam olarak hangi girişimin yapılmış olduğunu teyit etmelidir.

- Alet, spanç/kompres ve iğne sayımlarının doğruluğu

Cerrahi ya da sirkülasyon hemşiresi nihai spanç, ve iğne sayımlarının tam olduğunu sözel olarak teyit etmelidir. Açık bir kavite olduğunda alet

sayımlarının da tam olduğu teyit edilmelidir. Eğer sayımlar tam değilse ekip alarına geçirilmelidir. Sayım uygulanmasına gerek olmayan girişimlerde "sayım uygulanmaz" kutucuğu işaretlenir.

- Numunenin ne şekilde etiketlendiği (hasta adı, alınan bölge dahil)
Patolojik numunelerin hatalı etiketlenmesi sıkça rastlanan bir laboratuvar hatası kaynağıdır. İş çevrimindeki hemşire, hastanın adını, numunenin tanımını ve bütün ayırt edici işaretleri yüksek sesle okuyarak, girişim süresince alınan patolojik numunelerin doğru bir şekilde etiketlenmiş olduğunu teyit eder.
- Ele alınması gereken ekipman sorunları olup olmadığı
Ameliyat odasında aletlerle ilgili sorunlara her yerde rastlanabilir. Hata kaynaklarının ve arızalanan aletlerin ya da ekipmanların doğru bir şekilde tanımlanması, sorunla ilgilenilmeden bu aletlerin ameliyathaneye tekrar geri dönmelerini engelleme noktasında önem taşır. Kontrol sorumlusu, vaka sırasında ortaya çıkan ekipman hatalarının ekip tarafından tanımlanmasını sağlamalıdır.
- Cerrah, anestezi görevlisi ve hemşire, hastaların ameliyat sonrası iyileşmesi ve tedavisinin yönetimine yönelik kilit gereksinimleri gözden geçirir
Ameliyat esnasında gelişebilecek ve hastanın takibinde önemli olacak olan durumlar cerrahi ekip tarafından kontrol listesinin en sonuna yazılmalıdır. Burada amaç; hastanın takibini üstlenecek olan ekibe kritik bilgilerin aktarılmasıdır. Kan veya vücut sıvıları ile bulaşma riski olan hastalıkları taşıyan hastaların (HIV, Hepatit C, Hepatit B v.b.) cerrahi müdahalesinde ameliyat ekibi azami dikkat göstermelidir. Tüm ameliyathane personelinin bu tür hastalıklara karşı bağışıklık kazanmış olması bulaşma riskini azaltacaktır. Koruyucu eldiven kullanılması, keskin aletlerin dikkatli ve olabilecek en az sıklıkta kullanılmaları, koruyucu gözlük takılması alınabilecek tedbirlerden bazılarıdır. Hastanın bu tür hastalıklara sahip olduğu tüm ekip tarafından bilinmelidir. Eğer bilinmiyorsa bilinmesi sağlanmalıdır.

"GÜVENLİ CERRAHİ HAYAT KURTARIR"

Kaynaklar

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Güvenli Cerrahi Protokolleri

AMELİYATHANE KURALLARI

AMELİYATHANEDE ASİSTAN HEKİMDEN BEKLENTİLER NELERDİR? EL YIKAMA, GİYİNME KURALLARI NELERDİR?

Ayşe GÜL

Tepecik Eğitim ve Araştırma bölümünde 16 adet, Ege Doğum Evi bölümünde 7 adet olmak üzere 23 ameliyathane masamız bulunmaktadır. Ameliyathane steril olmayan alan, yarı steril alan ve steril alandan oluşmaktadır.

Steril Olmayan Alan: Giriş ve çıkışın yapıldığı, diğer bölümlerle iletişimin sağlandığı, ameliyathane kıyafetleri ve sivil kıyafetlere izin verilen, trafik akışının engellenmediği alandır.

Yarı Steril Alan: Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım, Anestezi sonrası hasta bakım ünitesi(*post-anesthesia care unit, PACU*) yarı steril alan içindedir. Buralarda sadece ameliyathane kıyafetleri giyilir ve bone takılır.

Steril Alan: Ameliyatların yapıldığı salonlar ve ameliyat salonlarını destekleyen temiz ve steril malzeme dolapları ve pre-op odasının bulunduğu alandır. Bu alana girişte tekrar galoş giyilir. Bu alanda ameliyathane kıyafetleri, bone ve maskesiz kesinlikle dolaşılmaz.

AMELİYATHANE KURALLARI

- Havadaki bakteri sayısı odada hareket eden insan sayısı ile orantılıdır. Ameliyat odasındaki insan sayı ve hareketi mümkün olan en aza indirilmelidir.
- Ameliyat salonlarında sadece gerekli personel bulunmalı, giriş çıkış minimuma indirilmeli, salonların kapıları kapalı tutulmalıdır.
- Cerrahi personel bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığına sahipse (akıntılı cilt lezyonu vb.) bu durumu üstlerine ve personel sağlığı birimine bildirmelidir.
- Ameliyathanenin hastanın preop bölümüne alındığı ayrı bir kapı, cerrahi ekibin girdiği ayrı bir kapı, hastanın ameliyat sonrası ayrı bir bölüme geçmesi için ayrı bir kapı vardır. Cerrahi ekip personel için ayrılmış bölümden ameliyathaneye girer.
- Ameliyathane içinde ameliyathaneye özgü kıyafet kullanılmalı ve bu kıyafetlerle ameliyathane dışına çıkılmamalıdır.
- Soyunma odasından ameliyathanenin iç salonuna geçerken önce bone ve maske takılmalı, daha sonra galoş giyilmelidir. Bir ayağa galoş giydikten sonra, giyilen ayak bariyerin ilerisine konmalı. Diğer ayağa da galoş giydikten sonra steril alana girilmelidir.
- Dışarı çıkmak gerekiyorsa, yeniden aynı süreç tekrarlanmalıdır.
- Steril önlük ve maske giydikten sonra steril eldiven giyilmeli, enfeksiyon

bulaşı açısından yüksek riskli hastalarda (AIDS vb.) delici-kesici yaralanmalarına karşı koruyucu eldiven veya çift eldiven giyilmelidir.

- Cerrahi maske ağız ve burnu tam olarak kapatmalı, bone tüm saçlı deriyi örtmeli, uzun/yapay tırnak, yüzük, uzun küpe, oje, gibi kontaminasyon riski oluşturabilecek aksesuarlar kullanılmamalıdır.

CERRAHİ ASEPSİ ve İLKELERİ

Uygulama yapılacak ortamın, çevresinin ve gerekli araç gerecin mikroorganizmalardan arındırılması işlemidir.

- Steril alana giren tüm malzemelere sterilizasyon uygulanmalı, aletler steril olmalıdır.
- Steril paketler kullanımdan hemen önce açılmalı ve uzun süre açık bırakılmamalıdır.
- Bohçalar veya paketler bir defa açıldığında, bohça kenarlarını, paketin kapaklarının kontamine olduğu kabul edilir.
- Eğer steril olmayan bir madde, steril aletle temas ederse kirlenme meydana gelir.
- Kontamine maddeler steril alandan hemen uzaklaştırılır.
- Steril ve steril olmayan alan arasında geniş bir güvenlik sınırı olmalıdır.
- Ekip üyelerinin hareketleri; sterilden steril ya da steril olmayandan steril olmayana olmalıdır.
- Steril malzemeler daima bel seviyesi üzerinde tutulmalı ve görüş alanı içerisinde olmalıdır.
- Steril ve steril olmayan malzemeler aynı yerde saklanmamalıdır.
- Personel steril alan üzerine konuşmamalı, öksürmemeli ve aksırmamalıdır.
- Steril alan oluşturmak için steril örtüler kullanılmalıdır.
- Steril bir alana ıslaklık veya nem nüfuz ederse o alan kontamine kabul edilmelidir.
- Steril malzemeler, steril malzeme pensi veya steril eldiven ile tutulmalıdır.
- Fazla hava akımı olduğunda, havada asılı bulunan partiküller üzerindeki bakteriler steril alana geçebilir.
- Hasta ve ameliyathane ekibinin saç, derisi ve solunum yollarında bakteriler barınabilir.

AMELİYATHANEDE ASİSTAN HEKİMDEN BEKLENTİLER NELERDİR?

- Ameliyathanenin yazılı kural ve prosedürleriyle, Enfeksiyon Kontrol Komitesinin talimatlarına uyulması önemlidir.
- Vakalarda kullanılacak ödünç malzemelerin önceden temin edilmesini, steril edilmesini ve kullanıma hazır bulundurulmasını sağlar.
- Doktor, cerrahi ekibin diğer üyeleri ile birlikte hastanın preoperatif

bölümden ameliyat salonuna götürülmesinde ve masaya alınmasında yardımcı olur.

- Hastaya pozisyon verme ve hastayı olası risklerden koruma doktor ve cerrahi ekibin diğer üyelerinin sorumluluğundadır.
- Hastanın steril olarak örtülmesinde scrub hemşireye yardım eder.
- Hastanın ameliyat bitiminde ameliyat masasından tekrar sedyeye alınması ve PACU'ya transferinde hastaya eşlik eder.
- Ameliyat olacak hastaların sırasıyla servisten ameliyathaneye çağırılması ve bunların organizasyonunu sağlar.
- Anestezi uzmanı ile görüşülerek hasta dosyasındaki eksik belge ve onamların tamamlanması sağlar.
- Kesici ve delici alet yaralanmalarını önlemek için Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK) Rehberinde bulunan "Personel Yaralanmaları Önleme ve İzleme Talimatı"na uyulur. Kesici ve delici alet yaralanması olursa, HastaneBilgiYönetimSistemi (HBYS) modülü üzerinden olay bildirim formu doldurulur.
- Vakalara müdahale edilirken diğer ekip üyeleriyle saygı ve işbirliği içinde çalışır.
- Acil vakaların ameliyathaneye alınması sırasında tüm ekip üyelerine (anestezi teknisyeni, hemşire vb.) haber verir.
- Operasyon sırasında alınan materyallerin formları eksiksiz doldurulur.
- HBYS Kalite yönetim sisteminde var olan talimatları uygular.

AMELİYATHANEDE GİYİNME

Ameliyathanede tüm giyim kuşam enfeksiyon riskini en az düzeye indirecek şekilde olmalıdır. Tüm personel ameliyathaneye girerken bone, maske takmalı, galoş ve özel ameliyat giysisi giymelidir.

1. Galoş Giyme: Galoşlar ameliyathane ayakkabılarıyla dış ortamın kirinin içeriye taşınmasının engellemek amacıyla kullanılır. Etrafa sıçrayan kan ve diğer biyolojik materyallerden cerrahi ekibin korunması için kullanılması önerilir.

- Ayakkabılar ameliyathaneye özel olmalıdır.
- Galoş ayakkabının üzerine giyilmelidir.
- Sabolar ani hareketlerde tehlikeli olabilir, düşme ve kayma riski oluşturmayacak sabo ya da ayakkabı giyilmelidir.
- Hastanenin politikasına uygun tipte galoş giyilmelidir.

1.1. Bone Takma:

- Saçlar daima temiz olmalıdır.
- Saçların tümü bone ile iyice örtülmelidir.
- Bone yeterli büyüklükte, rahat, başa uygun ve kolay yanmayan

materyalden yapılmış olmalıdır.

- Kabarık, lastikli ve kukuletalı boneler tercih edilmeli, kep kullanılmamalıdır.

1.2. Maske Takma: Maske kullanımı, konuşma ve aksırma esnasında saçılan mikroorganizmaların yaraya ulaşmasını engeller. Ayrıca maske, cerrahi ekibi sıçrayan kan ve diğer vücut sıvılarından koruduğu için önemlidir ve mutlaka takılmalıdır.

- Maske ağız ve burnu tamamen örtmelidir.
- Maskenin ipleri çapraz bağlanmamalıdır.
- Maske asla boyunda asılı veya cepte taşınmamalıdır.
- Maske ıslak ya da nemli ise her 30 dakikada bir değiştirilmelidir.
- Vakalar arasında mutlaka maskeler değiştirilmelidir.
- Maske çıkarıldığında hemen çöpe atılmalıdır.

1.3. İşlem Basamakları:

- İşlem öncesi eller yıkanır.
- Maske ele alınır. Maskenin iki üst şeritlerinden tutulur.
- Maske ağız ve burnu yerleştirecek şekilde yerleştirilir.
- Kulakların üzerinden, kafanın üst arka kısmında şeritler bağlanır.
- Maskenin alt bölümü çenenin altını kapatacak şekilde yerleştirilir ve ensede bağlanır.
- Metal şerit tutulur ve burun kenarları üzerinde sıkıştırılır.

2. Cerrahi El Yıkama: Amaç, cerrahi alan ile doğrudan ya da dolaylı olarak karşılaşılacak olan ellerin ve dirseklerin üzerine kadar ön kol ve kolların yüzeysel florasının uygun bir antiseptik kullanılarak azaltılmasıdır. Fırçalamada özel olarak yapılmış naylon veya kıl fırçalar kullanılır. Fırçalar özel kaplar içinde steril edilmelidir. Cerrahi el yıkama antiseptik solüsyon ve el fırçası kullanılarak yapılan, cerrahi işleme başlamadan önce 5 dakika, iki işlem arasında ise 3 dakika süreyle ellerin ve kolların yıkanmasını içeren bir el yıkama şeklidir. Amaçlar;

- Eller, ön kol ve tırnakları debris ve geçici mikroorganizmalardan temizlemek,
- Kalıcı florayı en aza indirmek,
- El yıkama sonrasında kalıcı etki oluşturarak belirli bir süre için eldeki mikroorganizmaların çoğalmasını engellemek,
- Cerrahi girişim süresi içerisinde ellerdeki bakteri sayısını, eldiven yırtılma ve delinmelerine karşı düşük tutmaktır.

3. Cerrahi El Yıkama Öncesi Hazırlık: Cerrahi el yıkamanın etkin olabilmesi için bazı önlemlerin alınması gerekmektedir. Bunlar;

- Tüm cerrahi ekip üyeleri, cerrahi el yıkamaya başlamadan önce ameliyathane ortamına uygun giyinmeli (bone, maske ve ameliyathane

giysilerini giymeleri).

- Yüzük, saat, bilezik gibi aksesuarları çıkarılmalıdır.
- Ameliyathanede tırnaklar temiz, sağlıklı ve kısa olmalı, oje varsa silinmelidir.
- Takam veya eklem tırnak varsa çıkarılmalıdır.
- Ameliyathanede kısa kollu forma giyilmesi önerilmektedir.

4. Cerrahi El Yıkama (Fırça kullanarak):

- Günün ilk uygulamasında tırnak dipleri 30 sn süre ile fırçalanır (antiseptikli sabun emdirilmiş tek kullanımlık sünger/fırçalar cerrahi el yıkama için uygundur).
- Otomatik olarak, dirsekle veya dizle musluk açılır. Suyun ısısı ılık olacak şekilde ayarlanır, çünkü ılık su sabunu daha iyi köpürtür.
- Eller ve ön kollar dirseklere kadar ıslatılır.
- Cilt üzerindeki florayı uzaklaştırmak amacıyla seçilen bir antiseptik solüsyondan (klorheksidinglukonat veya povidon iyot) 5 ml avuç içine alınır ve eller yıkanır.
- El yıkamaya tırnak uçlarından başlanarak parmak, parmak araları, el ve kol dirsekten dört parmak yukarıya kadar ovalanarak yıkanır.
- Tırnaklara ve eldeki oluklara dikkat edilerek tırnak dipleri hafifçe 30 saniye kadar antiseptik emdirilmiş fırça ile fırçalanır. Steril fırça sert fırça kullanılıyorsa sadece tırnak altı için, yumuşak fırça ya da sünger kullanılıyorsa eller ve önkol için alınır.
- Eller ve ön kol durulanır. Durulama işlemi parmak uçlarından dirseklere doğru yapılmalı, eller daima dirsek üstü seviyede tutulmalı, suyun dirsekten ön kola akışı önlenmelidir. Yıkama işlemi aynı şekilde birkaç kez tekrarlanır.
- Musluk otomatik değilse dirsek veya dizle kapatılır.
- Her el için steril havlu kullanılarak eller ayrı olarak kurulanır.
- Eller bel seviyesinde tutularak hiçbir şeye dokunmadan steril eldiven giyilir.
- Yıkama sırasında herhangi bir yere dokunulursa eller kontamine kabul edilir. Yıkama işlemi tekrarlanır (Resim 1).
- Eldivenler delindiğinde ya da yırtıldığında eller yeniden yıkanmalıdır.

Resim 1. Cerrahi El Yıkama (Fırça Kullanılarak)



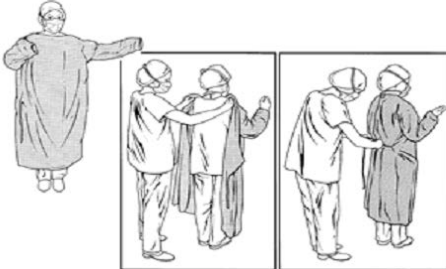
Kaynak: http://www.steinergraphics.com/surgical/001_02.2.html.

8. Cerrahi El Ovma (Fırça Kullanmadan): Bir ameliyattan diğerine geçiliyorsa, eller fırçalanmadan solüsyonun etki etme süresi kadar ovalanarak yıkanması yeterlidir. İşlem basamakları;

- Cerrahi el yıkama işlemine başlamadan hemen önce antimikrobiyal özelliği olmayan bir sabun ile eller ve ön kol akarsu altında yıkanır.
- Tek kullanımlık tırnak temizleyicikullanılarak akarsu altında her iki elin tırnak dipleri temizlenir.
- Eller ve ön kol akan su altında durulanmalıdır.
- Eller ve ön kol steril materyal(kağıt havlu, kompres veya havlu) ile kurulanmalıdır.
- Cerrahi el ovma ajanı üretici firmanın önerdiği miktarda ele alınır ve el ve önkola uygulanır.
- Ovma işlemine eller kuruyana kadar (2-6 dakika süreyle) devam edilmelidir ve üretici firmanın yazılı talimatında önerilmişse uygulama tekrarlanır.
- Eller bel seviyesinde tutularak hiçbir şeye dokunmadan steril cerrahi önlük ve steril eldiven giyilir.
- Eldivenler çıkarıldıktan sonra genel el hijyeni uygulanmalıdır. Aynı eldiven birden fazla kez giyilmemeli, eldivenli eller yıkanmamalı veya üzerine alkol bazlı el dezenfektanı uygulanmamalıdır.

9.Steril Gömlek Giyme: Katlı olarak steril içinde bulunan gömlek ya da tek kullanımlık steril gömlek giyilir. Steril gömlekler, mikroorganizmalar ve vücut sıvıları veya salgılara maruz kalmayı önlemek için bariyer oluşturur. İşlem Basamakları;

- Paketin içinde iç tarafı dışarıya gelecek şekilde katlanmış ameliyat gömleği çıplak elle alınır.
- Boyun çizgisinden tutularak katları açılır, yukarı doğru kaldırılır.
- Eller omuz hizasından ve vücuttan ayrı tutularak kol boşluklarına geçirilir.
- Kapalı eldiven giyme tekniği uygulanacaksa, eller gömleğin kolundan çıkarılmaz.
- Sirküle hemşire gömleğin sırtında bulunan boyun ve bel bağcıklarını bağlar ve gömleğin alt kenarları tutularak aşağı çekilip potluk düzeltilir (Resim 2).



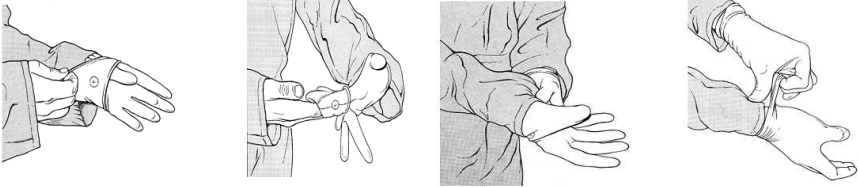
Resim 2. Steril Gömlek Giyme

Kaynak: http://www.steinergraphics.com/surgical/001_02.2.html.

10. Steril Eldiven Giyme Açık yöntemle eldiven giyme:

- Birinci eldiven iç kısmından tutulup giyilir, dış yüzeye kesinlikle dokunulmamalıdır.
- İkinci eldiven ise, steril eldivenli el ile katlanmış kısma eller sokularak iç yüzeye dokunmadan giyilir.
- Daha sonra parmaklar yerleştirilir. Eldiven manşeti önlük kolunun üstüne çıkarılır.
- Eldiven giyildikten sonra eller, meme çizgisinden yukarı, göbek çizgisinden aşağıya indirilmez (Resim 3).

Resim 3. Açık Yöntemle Eldiven Giyme



http://www.steinergraphics.com/surgical/001_02.2.html.

Ameliyat sırasında eldiven yırtılır veya iğne batarsa, eldiven hemen değiştirilmeli ve ilgili materyal sahadan uzaklaştırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Gül M. Ameliyathanelerde İnfeksiyon Kontrolü. 7. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre Kitabı 2011;535-540.
2. Uzunköy A. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarında Ameliyathanenin Rolü. HrÜ Tıp Fak Der 2004;38-48.
3. Tayran N. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarından Korunma. Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi 2008;60:181-192.
4. Özbayır T. Ameliyat Dönemi Bakım. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Kitabı 2010;329-332
5. Başkan S. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Ameliyathane Koşulları Nasıl Olmalı? Hastane Enfeksiyonları Dergisi 2003;7:161-167.
6. Tan G. Perioperatif Cerrahi El Yıkama Uygulaması ve Kullanılan Solüsyonlar. 7. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre Kitabı 2011;147-161.
7. avran S. Asepsi, Üniversal Önlemler ve İzolasyon Uygulamaları. Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakımı ve Takibi, Nobel Tıp Kitabevi 2010;61-92.

POSTOPERATİF BAKIM SIRASINDA ASİSTAN HEKİMLERİN DİKKAT ETMESİ GEREKENLER NELERDİR?

Cengiz AYDIN

Hasta bakımındaki ve cerrahi teknolojideki gelişmeler, daha karmaşık cerrahi problemlerin tedavi edilebilmelerini sağlarken, postoperatif bakımda da daha dikkatli ve profesyonel olmayı zorunlu kılmıştır. Günümüzde insanların yaşam süresi giderek artmakla birlikte, daha yaşlı insanların cerrahi tedaviye ihtiyaçları buna paralel olarak artmaktadır. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler sayesinde yaşlı ve genel durumu düşük hastaların cerrahi problemleri başarıyla ameliyat edilebilmektedir. Ancak genç ya da yaşlı daha karmaşık cerrahi prosedürlere maruz kalan hastaların postoperatif bakımları doktor ve sağlık çalışanlarının hizmetlerinde daha kaliteli ve profesyonel bakım ile birlikte karmaşık monitörizasyon gerektirmektedir. Postoperatif komplikasyonların önceden tahmin edilmesi, tanınması ve erken dönemde gerekli önlemlerin alınması büyük önem taşımaktadır. Postoperatif takip, hastanın ameliyattan uyandırılmasıyla başlar ve hastanın taburcu edilmesine kadar devam eder. Bu süreç; vital bulgular, yara yeri, genel durum gibi parametrelerin irdelenmesi, gerekli olan ilaç tedavisinin uygulanması, olası komplikasyonların erken fark edilmesi ve tedavilerini içerir.

Postoperatif bakım 3 başlık altında incelenebilir;

- Ameliyat sonrası derlenme
- Yoğun bakım
- Servis bakımı

1. Ameliyat sonrası derlenme

Postoperatif erken dönemde hastalar genel anestezinin etkisinden tam olarak kurtulamadıklarından bilinç tam olarak açılmaz, sorunlarını anlatamazlar ve tamamen savunmasızdırlar. Bu nedenle özellikle çok dikkatli olunmalıdır. Hastaların vital bulguları mutlaka monitörize edilmelidir. Derlenme odasında, havayolu obstrüksiyonu, solunum depresyonu, siyanoz, kan basıncı ve nabız değişiklikleri (hipotansiyon, hipertansiyon, bradikardi, taşikardi ve aritmiler), bulantı-kusma, mide içeriğinin aspirasyonu, ağrı ve analjezi, hipotermi-ısınma, nörolojik sorunlar (ajitasyon-sedasyon), dren izlemi, diürez izlemi gibi konularda dikkatli olunmalıdır. Derlenme odasında hastayı takip eden ekibin, hastanın hastalığı, uygulanan operasyon ve yandaş problemleri hakkında detaylı bilgiye sahip olması oluşabilecek komplikasyonları öngörmede ve engellemede oldukça önem arzeder.

Postoperatif dönemde vital bulguları stabil seyreden hastalarda müdahale edilmesi gereken en önemli konulardan biri ağrıdır. Ağrı kontrolü sadece hastanın şikayetlerini azaltarak yaşam kalitesini arttırmakla kalmaz, aynı zamanda kardiyak ve solunumsal fonksiyonların etkilenmesini sınırlayarak komplikasyon gelişme olasılığını da azaltır. Postoperatif ağrının tedavisinde en önemli konulardan biri, hastaların ameliyat öncesi döneme ayrıntılı olarak karşılaşacağı zorluklar ve çekeceği ağrılar konusunda bilgilendirilmesidir. Hasta onamı da bu bilgilendirme ile birlikte alınmalıdır. Ayrıca kontrol edilemeyen ağrı yürümek, öksürmek gibi hastanın normal yaşamına dönmesini engellemektedir. Postoperatif ağrının kontrol edilememesi halinde, solunum kapasitesinde bozulma, atelektazi ve sonrasında pnömoni, kardiyak yüklenme, sıvı elektrolit dengesizlikleri gibi problemler ortaya çıkabilir.

Maalesef ağrı hekimler ve hastalar tarafından ameliyatın doğal bir sonucu olarak algılanabilmekte ve tedavisine gereken özen gösterilmeyebilmektedir. Bir anket çalışmasında ameliyat olan hastaların %39'u çok ciddi derecede ağrı çektiklerini belirtmişler ve sadece %18'i ameliyat sonrası dönemi tamamen ağrısız olarak geçirdiklerini belirtmişlerdir. Ağrı tedavisinde 4 saat ara ile verilen İM opiyatlar oral preparatlarla birlikte verilseler dahi istenilen etkiyi sağlayamamaktadırlar. İntravenöz opiyatlar çok daha etkilidir fakat daha fazla solunum depresyonu yaparlar. Bu ilaçlar hasta kontrollü analjezi (HKA) (*patient controlled analgesia, PCA*) olarak verildiklerinde, uygun donanım ve deneyimli ekiple birlikte daha etkilidirler. Bu yöntemde hastaya ölçülü dozlarda analjezik vermeye programlanmış intravenöz bir pompanın kullanımı öğretilir. Fakat HKA'nın pulmoner veya kardiyak komplikasyonların sıklığı açısından bir fayda sağladığı gösterilemediği gibi, postoperatif ileus oluşumuna neden olduğu yönünde bulgular vardır. Postoperatif epidural analjezi epidural boşluğa yerleştirilen kateter aracılığıyla lokal anestetiklerin veya narkotik analjeziklerin doğrudan sinir köklerine verilmesi esasına dayanır. Bu işlem esnasında motor blok, uyuşukluk, apse oluşumu gibi komplikasyonlar görülebilir. Bunun yanında narkotiklerin sistemik kullanımına göre daha az solunum depresyonu yapar, pulmoner komplikasyon ve perioperatif ileus oluşumunda azalma gibi faydaları vardır.

Enteral analjezikler gününbirlik cerrahi için uygundur. Non-steroidanti inflamatuvar ilaçlar etkili bir şekilde kullanılabilirler. Bütün bu tedavi yöntemlerine rağmen hastanın ağrı yakınması devam ediyorsa analjezi gözden geçirilmeli ve gerekirse değiştirilmelidir.

2. Yoğun Bakım

Özellikle yakın izlem gerektiren, ileri yaşta olan ve yandaş hastalığı bulunan hastalar ve majör cerrahi girişim uygulanan hastalar postoperatif dönemde

yoğun bakım ünitesinde takip edilirler. Diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik solunum yolu hastalıkları ve kardiyak hastalıklar komplikasyon çeşitliliği ve ciddiyetini arttırır.

2.1. Postoperatif akciğer bakımı: Havayolu, solunum ve dolaşım parametrelerini içerir. Pulmoner komplikasyonlar postoperatif dönemde sık görülürler. Bu komplikasyonlar atelektazi, aspirasyon, pnömoni, pulmoner ödem, pulmoner emboli, akut respiratuar distres sendromu (ARDS), kronik pulmoner bozuklukların alevlenmesi ve mekanik solunum desteğine ihtiyaç gösteren solunum yetmezlikleri olarak sıralanabilir. Atelektazi ve neden olduğu pnömoni yönünden dikkati olunmalıdır. Bu gibi durumlarda arteriyel kan gazı ve akciğer grafisi ile tanı konur. Öykü ve fizik muayene ile solunum kapasitesi hakkında fikir edinilebilir. Postoperatif akciğer komplikasyonlarının oluşumunda en önemli risk faktörleri; ileri yaş, obezite, sigara kullanımı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve düşük egzersiz kapasitesidir. Muayenede ve anamnezinde sigara veya akciğer rahatsızlığı olmayan hastalarda taramaya gerek yoktur. Sigara içen hastalarda operasyon acil değilse sigara operasyondan 6-8 hafta önce bırakılmalı ve akciğer fizyoterapisi uygulanmalıdır. Transvers ve üst abdominal insizyonlarda, longitudinal ve alt abdominal insizyonlara göre daha fazla postoperatif akciğer komplikasyonu gelişme riski vardır.Üç saatten fazla süren cerrahi girişimlerde de komplikasyon riski artar. Genel anestezi akciğer komplikasyonları bakımından spinal, epidural ve rejyonel anestezilere göre daha fazla risk taşır.

Postoperatif dönemde vital kapasite %50-60 düşebilir ve tidal volümü sürdürebilmek için solunum hızı artar. Anesteziklerin ve narkotiklerin uzun süreli etkileri nedeniyle fonksiyonel rezidüel kapasite düşer ve alveolar kollapsa neden olur. Atelektazi akciğer bazallerine hava girişinin zayıfladığı durumlarda karşımıza çıkar. Gergin bir karın diyafragmanın hareketini bozarak hareketsizliğe yol açar ve akciğer temizliğini bozabilir. Solunum reflekslerinin baskılanması, azalmış diyafragma hareketleri ve azalmış fonksiyonel rezerv kapasite alveolar kollapsa ve sekresyonların birikmesine yol açar ve pnömoniye uygun bir zemin hazırlar. Postoperatif dönemde ilk 2 gündeki ateş yüksekliklerinden genellikle atelektazi sorumludur. ASA (Amerikan Anestezistler Birliği) risk sınıflaması olası kardiyak ve pulmoner komplikasyonların iyi bir göstergesidir. Postoperatif dönemde solunum değerlendirmesinde, pulsoksimetre ile satürasyon takibi, sekresyonun tipi, miktarı ve özellikleri, solunum sayısı, derinliği, tipi, siyanoz, stridor, ödem gibi bulgular mutlaka değerlendirilmelidir.

Postoperatif bakımda öksürme, derin nefes egzersizleri ve erken mobilizasyon pulmoner komplikasyonları önlemede oldukça etkili yöntemlerdir. Erken mobilizasyon ateletaziyi ve sekresyon birikimini önlemeye oldukça yardımcıdır. Spirometri ve akciğer temizliği pulmoner komplikasyon riskini %50 oranında azaltırlar (6). Kardiyak yüklenme bulguları olan hastalarda EKG, hemogram ve elektrolitler kontrol edilerek altta yatan neden tedavi edilmelidir. Epidural analjezi, postoperatif dönemde narkotik analjeziklere göre pulmoner komplikasyonları önlemede daha üstündür. Altta yatan nedenin tedavisi başarılı olmazsa öncelikle sürekli pozitif hava yolu basıncı (*continious positive airway pressure-CPAP*) denenir, yine de başarılı olunamazsa hastaya mekanik ventilasyon desteği sağlanır. Aspirasyonu genellikle kimyasal pnömoni izler ve tedavide uygun antibiyoterapi ile birlikte sıklıkla mekanik ventilasyon gerekir.

Pulmoner ödem genellikle sıvı yüklenmesi ve sol ventrikül yetmezliğine sekonder gelişir. Hastalarda hipoksi, oskülasyonda kreptan raller, akciğer grafisinde pnömonik infiltrasyonlar görülür. Bu hastalarda santral venöz basınç takibi yapılmalı ve tedavide oksijen tedavisi ile diüretikler kullanılmalıdır. Pürülan balgam ve postopertaif 4-5. günde ateş yüksekliği olan hastalarda pnömoniden şüphelenilmelidir. Tedavide uygun antibiyoterapi ve solunum fizyoterapisi kullanılmaktadır. ARDS genellikle travma, yanık, şiddetli pankreatit ve sepsis sonrası görülen ve akciğer yetmezliğine neden olan bir durumdur. Tanı olabildiğince erken konulmalı ve hastaya CPAP veya mekanik ventilasyon desteği sağlanmalıdır. Tedavisi zor bir klinik durumdur. Pulmoner emboli genellikle derin ven trombozu sonrası ortaya çıkar ve tedavide antikoagülasyonla birlikte kardiyak kateterizasyon, trombolitik tedavi ve embolektomi gerekli olabilir.

2.2. Postoperatif kardiyovasküler izlem: Özellikle majör cerrahi müdahaleler sonrası kardiyak komplikasyon gelişme riski yükselir. İleri yaş, diyabet, böbrek yetmezliği, belirgin aritmi varlığı, daha önce geçirilmiş miyokart enfarktüsü, anjina pectoris ve konjestif kalp yetmezliği bulunan hastalarda perioperatif komplikasyon riski daha yüksektir. Anamnezde bu durumların varlığının belirlenmesi halinde, hastalar mutlaka daha ayrıntılı değerlendirilmelidir. Postoperatif dönemde özellikle aritmi, hipertansiyon ve hipotansiyon varlığı açısından dikkatli olunmalıdır. Hastalarda hipotansiyonla birlikte oryantasyon kaybı, bilinç bulanıklığı, takipne, taşikardi ve oligüri gibi bulgular birlikte olabilir. Hipotansiyonun kontrol altına alınamaması durumunda kardiyak, serebral, renal ve intestinal iskemi gibi komplikasyonlar meydana gelebilir. Bu nedenle postoperatif dönemde hastaların aldığı-kaybettiği sıvı dengeleri dikkatli takip edilmeli, olası kanama veya aşırı sıvı kaybı durumlarında yerine koyma tedavisi etkili ve hızlı bir

şekilde yapılmalıdır. Aşırı ağrı, anksiyete, solunum yetersizliği, hipotermi, aşırı sıvı yüklenmesi gibi durumlar postoperatif dönemde hipertansiyona neden olabilirler. Bu gibi durumlarda öncelikle altta yatan neden tedavi edilmeye çalışılmalı, yanı sıra antihipertansif ajanlarda tedaviye eklenmelidir. Özellikle kardiyovasküler açıdan postoperatif dönemde yüksek riskli hastalarda, nabız ve tansiyon takibi sık yapılmalı, gerekirse hastalar monitörize edilmeli, aritmi yönünden dikkatli olunmalı ve preoperatif dönemde bilinen hastalığı veya EKG bozukluğu olan hastalar yakın takip edilmelidir. Elektrolit bozuklukları da aritmi ve diğer kardiyak komplikasyonlara neden olabileceğinden yüksek riskli hastalarda günlük olarak kontrol edilmeli ve eksiklik tespit edilirse dikkatli bir şekilde replase edilmelidir. Postoperatif dönemde hastalarda sıvı dengesinin yönetiminde 3 önemli konuya dikkat edilmelidir;

- Biyokimyasal olarak saptanan anormalliklerin düzeltilmesi
- Günlük ihtiyaçların sağlanması
- Devam eden kayıpların yerine konulması

İdeal olan sıvı ve elektrolit dengesizliklerinin cerrahi sırasında ve hemen sonrasında telafi edilmesidir. Hastaların günlük ihtiyaçları hasta yaşına, cinsiyetine, kilosuna ve vücut yüzey alanına göre değişiklik gösterebilmektedir.

2.3. Cerrahi izlem: İyi bir postoperatif hasta yönetimi operasyondan önce hastanın uygun bir şekilde hazırlanmasıyla başlar. Operasyondan önce hastanın olası risk faktörleri belirlenir ve gerekli önlemler alınırsa postoperatif dönemde gelişebilecek komplikasyonlar engellenebilir. Postoperatif dönemde cerrahi izlem, hastanın akciğer ve kardiyak izlemi gibi hayati öneme sahiptir. Hastaların vital bulgularındaki bozulmalar komorbid (eşlik eden) hastalıklara bağlı olabileceği gibi cerrahi komplikasyonlardan da kaynaklanabilir. Özellikle tüm cerrahi uygulanan hastalarda operasyon bölgesinde kanama açısından dikkatli olunmalı, gastrointestinal sistem operasyonlarından sonra anastomoz hattından kaçak açısından dikkatli olunmalıdır. Postoperatif dönemde cerrahi izlemde dikkat edilmesi gereken konular;

- Dren ve kateterler
- Bağırsak fonksiyonları (paralitik ileus, gastrik dilatasyon, psödo-obstrüksiyon, anastomoz kaçağı)
- Yara bakımındır.

Drenler elektif operasyonlarda sıvı kolleksiyonunu engellemek ve özellikle riskli vakalarda kanama ve kaçağı erken tespit ederek müdahale edebilmek amacıyla kullanılmaktadır. Postoperatif dren kullanımı tartışmalı olup cerraha göre değişebilmektedir. Özellikle günümüzde eski dönemlere göre hasta bakımının daha ileri seviyede olması, teknolojiye gelişmeler

sayesinde majör vakaların daha rahat uygulanabilir olması ve monitörizasyon, görüntüleme ve kan tetkiklerindeki ilerleme ve kolay ulaşılabilirlik sayesinde komplikasyonların erken saptanması nedeniyle dren kullanımı giderek azalmaktadır. Yine de özellikle abse drenajı ve enfeksiyonlardaki drenaj rolü nedeniyle önemini korumaktadır. Drenin kendisinde kontaminasyona neden olabileceğinden gereğinden uzun tutulmamalıdır. Postoperatif dönemde özellikle gastrointestinal sistem cerrahisi sonrası nazogastrik sonda kullanımı tartışmalı olup, günümüz cerrahları nazogastrik kullanımından uzaklaşmaktadır. Özellikle postoperatif birinci günde hastanın bağırsak sesleri geri döndüğünde nazogastrik sonda çekilmelidir.

Üst gastrointestinal sistem cerrahilerinden sonra gastrik dilatasyon gelişebilir. Cerrahiden sonra 2-3 gün içinde gelişebilir, midede aşırı miktarda sıvı birikimine neden olur ve regürjitasyon ve aspirasyon sonucu pnömoniye neden olabilir. Tedavi nazogastrik tüp ile drenajdır.

Paralitik ileus sıkça görülen postoperatif problemlerden biridir. Peritonitli hastalarda postoperatif birinci günden itibaren gelişebileceği gibi, elektif operasyonlardan sonra 4-5. günden itibaren belirginleşir ve abdominal distansiyon ve kusmaya neden olur. Çoğu hasta oral alımın kesilmesi ve gerekli sıvı replasmanı ile düzelmekle birlikte bazen prokinetik ajanlar tedavide gerekebilir. Mide normal boşalma paternine 24 saat içerisinde, kolon ise 48-72 saat içinde döner. En az etkilenen organ ise ince bağırsaklardır.

Stres ülserleri (Cushing ülseri) mide mukozasının koruyucu fonksiyonlarının ve hidrojen iyonunun geri difüzyonunun bozulmasıyla mide asidinin mukozayı hasara uğratması sonucu oluşmaktadır. Mukoza bir kez hasar gördükten sonra bu olay kısır bir döngü haline gelir ve mide mukozasının kanlanması azalması da meydana geldiğinde kanama ve perforasyon görülebilir. Medikasyon ve hasta takip yöntemlerindeki gelişmeler ve postoperatif nutrisyon desteği sayesinde bu komplikasyonların sıklığı azalmıştır. Mide asit sekresyonunu azaltan H2 reseptör blokerleri profilaktik olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Ancak bu ilaçlarda mide sıvısının bakteri öldürme yeteneğini baskıladığından pnömoni riskinde artışa neden olurlar.

Yara bakımı postoperatif dönemde enfeksiyon riskini azaltan ve hasta konforunu arttırarak hastanın erken dönemde taburcu olabilmesine olanak sağlayan en önemli faktörlerden biridir. İnfeksiyöz komplikasyonlar abdominal cerrahi sonrası sık karşılaşılan, cerrahi ve hastayı uzun süre uğraştırabilen ve sık görülen komplikasyonlardır. Elektif cerrahi sonrası inguinal hernilerde yaklaşık %2 civarında, kolorektal cerrahi sonrası ise

%26'ya varan oranlarda yara enfeksiyonu oranları bildirilmektedir. Bütün hastalarda standart cerrahi kurallara uyulmalıdır ve sterilizasyon kurallarına bağlı kalınmalıdır. Riskli hastalarda ve kontamine cerrahi sırasında perioperatif antibiyotik profilaksisi uygulanmalıdır.

Cerrahi yara sınıflaması;

1. Grup : Kontaminasyon olmayan, temiz yara
2. Grup : Solunumsal, genitoüriner, gastrointestinal sistemde enfekte olmamış kontrollü girişimler: Temiz/Kontamine.
3. Grup : Sterilizasyon bozulmuş, iltihapsiz fakat inflame bölgeye yapılan girişimler, kaza sonrası yaralanma: Kontamine.
4. Grup : Nekrotize veya devitalize dokular içeren yaralar: Kirli/İnfekte.

Antibiyotik profilaksisi: Enfeksiyöz komplikasyonlar cerrahi yarada oluşabileceği gibi diğer organ sistemlerinde de gelişebilir. Profilaksi için öncelikle hastaya temas eden tüm sağlık personelinin ellerini sürekli yıkamasının önemi vurgulanmalıdır. Cerrahi prosedürün tipi, yara kontaminasyonunun derecesi, operasyon süresi, operasyonun aciliyeti, hastanın yaşı, yandaş problemleri (diyabet, obezite, immünsupresyon, malnutrisyon) enfeksiyon riskini arttıran faktörlerdir.

Enfeksiyon profilaksisi için risk sınıflaması yapılmalı ve uygun antibiyoterapi seçilmelidir. Kontaminasyon olmayan temiz yaralarda (1. Grup) enfeksiyon oranı çok düşük olup (%2) antibiyotik profilaksisi gerekmez. Ancak herni tamiri veya vasküler bypass gibi protez implantasyonu yapılan operasyonlarda, antibiyotik profilaksisinin enfeksiyon gelişimini önlediği gösterilememiş olmakla birlikte, protez enfeksiyonuna bağlı morbidite ve mortalite oranları yüksek olduğundan birçok cerrah antibiyotik profilaksisinden faydalanmaktadır. Sağlıklı genç erişkinlerde profilaksiye gerek yoktur. İleri yaşı ve yüksek riskli hastalarda operasyon öncesi tek doz 1. kuşak sefalosporin profilaksi amacıyla kullanılabilir. Temiz/kontamine (2. Grup) yaralarda sistemik antibiyotik tedavisine gerek yoktur. Profilaksi amacıyla (elektif kolon rezeksiyonlarında) ikinci kuşak bir sefalosporin ile metronidazol uygulanması önerilmektedir. Uzun süren operasyonlarda doz tekrarlanmalıdır. Kontamine (3. Grup) yaralarda hastaya ve yaranın özelliğine göre karar verilmeli ve profilaksiden ziyade spesifik tedavi amacıyla antibiyotik verilmelidir. Örneğin penetran kolon yaralanmalarında ikinci kuşak bir sefalosporin ile metronidazol uygulanmalıdır. Kirli (4. Grup) yaralarda genellikle varolan enfekte ve nekrotik yaraların debride edildiği gruptur ve ilgili mikroorganizma tespit edilerek spesifik antibiyoterapi uygulanmalıdır.

Derin ventrombozu (DVT) ve emboli profilaksisi: Derin ventrombozu genellikle venöz tıkanıklığa bağlı olarak etkilenen ekstremitte distalde ağrı ve şişme ile kendinin gösterir. Fizik muayenede ödem, eritem, sıcaklık ve ayağın dorsifleksiyonunda palpe edilebilir bir bağ veya baldır hassasiyeti (Homans Bulgusu) tespit edilir. Risk faktörleri obezite, sigara, kalp yetmezliği, hiperkoagülabilité, geçirilmiş DVT öyküsü, pelvik veya kanser cerrahisi ve kırıklardır. Tromboemboliyi önlemek amacıyla elastik çoraplar, aralıklı komoresyon tedavisi, heparin (anfraksiyones ubkutan veya fraksiyone heparin) ve oral antikoagülan ajanlar kullanılabilir (1). DVT genellikle operasyon sonrası ilk hafta içinde ortaya çıkar ve hafif bir ateş eşlik edebilir. Tanıda venografi ve dopler ultrasonografiden faydalanılır. Tedavide bacak elevasyonu, hareket egzersizleri, elastik bandaj, heparin, warfarin ve trombolitik tedavi uygulanan yöntemler arasındadır. Özellikle yüksek riskli hastalarda preoperatif dönemde profilaksi amaçlı düşük molekül ağırlıklı heparinden faydalanılmalıdır. **Nütrisyonel değerlendirme:** Hastanede yatan hastalarda malnütrisyon önemli bir problem olmaya devam etmektedir. Postoperatif dönemde malnütrisyon sonucu; yara iyileşmesinde gecikme, pnömoni, yara enfeksiyonu ve sepsis gibi komplikasyonların artmasına neden olabilir. Nütrisyonel tedavide 3 önemli nokta vardır;

- Uygulama yolu
- Uygulama zamanı
- Uygulanacak tedavinin içeriği

Elektif operasyonlar sonrası erken dönemde enteral beslenmeye başlanması planlanan hastalara total parenteral nütrisyon (TPN) verilmesine gerek yoktur. Ancak ciddi beslenme problemi ve malnütrisyonu olan hastalara preoperatif veya postoperatif dönemde TPN tedavisi verilebilir. Bu hastalarda uygulanan TPN tedavisi komplikasyonları azaltmaktadır (10). Enteral beslenme parenteral beslenmeye kıyasla karaciğer ve bağırsaklarda protein dengesini düzeltir. Enteral beslenme sonrası bağırsakların mukozal fonksiyonundaki düzelme, travma ve sepsis sonrası bakteriyel translokasyonu azaltan immünglobulin A (IgA) gibi spesifik protein sentezini yansıtabilir. Enteral beslenmenin parenterale karşı majör avantajı; klinik sonuçta iyileşme, sağ kalım oranında artış ve enfeksiyon oranında azalma sağlamasıdır. Bu nedenle postoperatif dönemde komplikasyon (fistül, anastomoz kaçağı gibi) gelişmeyen hastalarda enteral beslenmeye olabildiğince erken başlanılmalıdır.

Ciddi malnütrisyonu olan veya postoperatif dönemde cerrahi komplikasyonlar nedeniyle enteral nütrisyonutolere edemeyen hastalarda parenteral nütrisyon desteği gerekir. Malnütrisyon seviyesini belirlemede

faydalı parametreler; albümin, prealbumin, transferrin seviyeleri, vücut kitle indeksi, triceps cilt kalınlığı ve kol çevresi ölçümleridir. Kanser cerrahisi uygulanan hastalarda glutamin veya omega 3 yağ asitlerini içeren TPN solüsyonlarının içermeyenlere göre hastanede kalış süresini kısalttığı ve hematolojik parametreleri düzelttiği gösterilmiştir. Postoperatif dönemde doğru düzenlenen nütrisyon desteğinin mortalite ve morbiditeyi azaltması nedeniyle, nütrisyon tedavisine gereken önem verilmelidir. Hastaların nütrisyon gereksinimi sübjektif parametrelerle değil yukarda sayılan objektif parametreler kullanılarak belirlenmelidir.

Kaynaklar

1. Toouli J, Russell C, Devitt P, Clark CI. Probleme dayalı öğrenim yaklaşımıyla temel cerrahi bilimler (Cem Terzi, Çev). Dokuz Eylül Yayınları, İzmir; 2002. S:679-685.
2. Zinner MJ, Ashley SW. Maingot Abdominal Operasyonlar (A. Ahad Andican, Çev). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2008. S:9-35.
3. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be unmanaged. *Anesth Analg* 2003;97:534-540.
4. De Leon-Casasola OA, Karabella D, Lema MJ. Bowel function recovery after a distal hysterectomies: thoracic epidural bupivacaine-morphine versus intravenous patient controlled analgesia with morphine: a pilot study. *J Clin Anesth* 1996;8:87-92.
5. Becquemin JP, Piquet J, Becquemin MH. Pulmonary function after transverse or midline incision in patients with obstructive pulmonary disease. *Intensive Care Med* 1985;11:247-251.
6. Brooks Brunn JA. Postoperative atelectasis and pneumonia. *Heart Lung* 1995;24:94-115.
7. Zinner MJ, Zuidema GD, Smith PA et al. The prevention of upper gastrointestinal tract bleeding in patients in an intensive care unit. *Surg Gynecol Obstet* 1981;153:215-220.
8. O'Neill PA, Kirton OC, Dresner LS, et al. Analysis of 162 colon injuries in patients with penetrating abdominal trauma: concomitant stomach injury results in a higher rate of infection. *J Trauma* 2004;56:304-312.
9. Hecker MT, Aron DC, Patel NP, et al. Unnecessary use of antimicrobials in hospitalized patients: current patterns of misuse with an emphasis on antianaerobic spectrum of activity. *Arch Intern Med* 2003;163:972-978.
10. Bozzetti F, Gavazzi C, Miceli R et al. Perioperative total parenteral nutrition in malnourished, gastrointestinal cancer patients: a randomized, clinical trial. *J Parenteral Enteral Nutr* 2000;24:7-14.
11. Fischer JE, Liang B, Wang S, Ye YJ et al. Impact of postoperative omega-3 fatty acid supplemented parenteral nutrition on clinical outcome and immunomodulation in colorectal cancer patients. *World J Gastroenterol* 2008;15:2434-2439.

PATOLOJİK İNCELEME İÇİN ÖRNEK GÖNDERME PATOLOJİK İNCELEME İÇİN ÖRNEK NASIL GÖNDERİLMELİDİR? NEDEN?

Naciye Ümit BAYOL

Hastalıklardaki çeşitlilik kadar hastalıkları inceleyen bilim dalı olan patolojide de yöntem çeşitliliği vardır. Patolog inceleme/tanı için gönderilen örneğe ilişkin klinik, radyolojik ve biyokimyasal özellikleri bilerek örneğe uygulayacağı preanalitik (tespit, takip, bloklama, kesit, boyama) ve analitik (değerlendirme) süreçleri belirler. Patolog yalnızca mikroskopik ve mikroskopik görünlere bakarak tanı koymayıp, bu görünümü seçilmiş, hastalığa özgü yardımcı yöntemlerle desteklemek, elde ettiği bulguları klinik, radyolojik ve laboratuvar veriler ile karşılaştırmalı olarak yorumlamak, hastalığın tanısı yanı sıra sağaltım ve izlemine yön verecek belirleyici özellikleri de raporunda belirtmek sorumluluğunda olan bir klinisyendir. Patolog bu görevi yerine getirirken, örneğin niteliğine bağlı olarak canlı üzerindeki (*invivo*) özelliklerinin korunması için gerekli önlemleri almak ve uygulanacak patolojik inceleme yönteminin örneğe uygunluğuna dikkat etmek zorundadır. Bu nedenlerle patolojik inceleme istem formlarının hastanın sorumlu hekimi tarafından özenle ve eksiksiz olarak doldurulması gerekir.

Patoloji İstem Formlarında

- Hastanın demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, yaşadığı coğrafi bölge gibi),
- Fizyolojik durumu (gebelik, laktasyon, menapozal durum gibi),
- Daha önce alınmış tedaviler (neoadjuvan tedaviler, cerrahi tedaviler gibi),
- Özetlenmiş klinik ve laboratuvar bulgular,
- Klinik ön tanı/tanılar,
- Topografik özellikleri (retroperitoneal, servikal 3. bölge gibi)
- Örnekleme yöntemi (wedge rezeksiyon, RO gastrektomi gibi),
- Patoloğun örneğe doğru yaklaşımını sağlayacak işaretlemeler (patoloğun cerrahi materyale oryantasyonunu sağlayabilmek için istem formları üzerine veya istem formlarına eklenecek matbu formlara şemalar çizilerek, işaretlenmesi uygundur),
- Örnek tespit edilmiş ise tespit yöntemi (formaldehid, aseton, absolu alkol gibi),
- Tespit süresi (10 dakika, 2 saat, 14 saat gibi),
- Bulaş riski yüksek enfeksiyonlar (HIV, Hepatit B, Tüberküloz, Hidatid kist gibi) yönünden uyarı,
- Talep edilen özel analizler (Direkt flöresan inceleme, enzimatik inceleme, frozen inceleme, metabolik inceleme, direkt bakı, immunohistokimyasal

- inceleme, moleküler inceleme, ultrastrüktürel inceleme gibi),
- Peroperatuvar konsültasyonda beklentiler (tanı, cerrahi sınır değerlendirmesi, bekçi düğüm değerlendirmesi gibi),
 - Sorumlu hekimin ismi, imzası, telefonu yer almalıdır.

PATOLOJİK İNCELEME İÇİN GÖNDERİLEN MATERYAL GRUPLARI NELER OLABİLİR?

ÖRNEKLERİN PATOLOJİK İNCELEMESİNDE UYULMASI GEREKLİ GENEL PRENSİPLER NELERDİR?

Sitolojik Örnekler

1.Eksfoliatif materyal: (idrar, balgam, meme başı akıntısı gibi). İdrar, balgam gibi materyaller kapaklı temiz cam veya pet taşıyıcılara alınır ve bekletilmeden gönderilir, bekletilmesi gereken materyal +40C'de ve en çok birkaç saat bekletilebilir.

1.1. Sürüntüler/kazıntılar:(meme başı, mikotik lezyonlar, serviks-vagina, bronş fırçalama gibi). Materyal temiz lamlar üzerine ince yayılıp gönderilmelidir. Tespit için % 70 etil alkolde 10- 15 dakika yeterlidir.

1.2. Alışlagelmiş, klasik jinekolojik yaymalar: % 70 etil alkol veya eter-alkol karışımında 10- 15 dakika tespit edilmeli, hazır tespit spreylere tercih edilmemelidir.

1.3. Jinekolojik sıvı bazlı teknoloji ile inceleme için alınan örnekler: Fırça /spatula ile alınmış serviko-vaginal örnek bu amaç için hazırlanmış sıvı ortam içine alınarak gönderilir. Kullanılan yöntemle göre fırça doğrudan solüsyon içine bırakılır veya solüsyonda çalkalanır. Kullanılan yöntemler değişken olduğundan geçerli yöntem konusunda patoloji bölümünden bilgi alınmalıdır.

1.4. Effüzyonlar:(plevral, perikardial, peritoneal).

1.5. Yıkama/aspirasyon/lavaj sıvıları: (perop yıkamalar, bronş aspirasyon/lavaj, sistoskopik yıkama gibi) Bu grupta yer alan materyal temiz, kapaklı cam kaplar içerisine alınmalı, tümü ile bekletilmeden patoloji laboratuvarına ulaştırılmalıdır. Mesai saatleri dışında alınan materyal buzdolabında +40°C'de saklanmalı ve en kısa sürede alındığı saat belirtilerek gönderilmelidir. Bu tip materyalin patoloji laboratuvarına gönderilmeden tespiti santrifüj sonrası yüzey gerilimi bozacağı için hücrelerin lama tutunması zorlaşır.

1.6. İnce iğne aspirasyonu: (kistik kitle, solid kitle, kemik iliği aspirasyonu, beyin omurilik sıvısı (BOS) gibi)kistik kitlelerden alınan materyal, BOS efüzyonlar gibi gönderilir. Alışlagelmiş, klasik yöntemle işleme alınacak olan solid kitle ince iğne aspirasyon materyalinin tümü temiz lamlara, lamlar birbiri üzerinde kaydırılarak veya kitap açma yöntemi ile ince yayılır, tespitsiz olarak bekletilmeksizin kısa sürede patoloji laboratuvarına ulaştırılır. Tespit edilecek lamlar için yöntem

yönünden patoloji laboratuvarından bilgi alınmalıdır. Patolog/sitolog tarafından hasta başında değerlendirme yapıldığında tespit ve boyama yöntemi patoloji grubunun sorumluluğundadır. İnce iğne aspirasyon yöntemi ile alınan materyale sıvı bazlı teknoloji uygulanacağı durumlarda aspirat doğrudan hazır solüsyona alınır.

1.7. Medikal Biopsiler: (Karaciğer, böbrek, kemik iliği, prostat, kemik, meme, testis, deri, plevra, sinir, kas biopsileri gibi kesici iğne (*trucut*) biopsileri ile endoskopik laringeal, bronşial, gastrointestinal, urotelial, servikovaginal örnekler). Prostat, meme, testis, deri, plevra biopsileri gibi özel analiz gerektirmeyenler, rutin bakı, rutin histokimyasal ve immunohistokimyasal inceleme gerektiren örnekler olduğundan %10 tamponlu formaldehid-solusyonunda tespit edilerek, işaretlenerek kapaklı temiz cam taşıyıcılar içerisinde kısa sürede gönderilmelidir. Tespitli bekleme süresi 24 saati aşmamalıdır. Metabolik değerlendirme gerektiren biyopsiler (karaciğer, böbrek, kemik iliği vb) ve rutin kemik iliği biyopsileri temiz cam kapta tespitsiz ve bekletilmeden, direkt floresan yöntemle değerlendirilecek olanlar (böbrek, deri vb) nötral fosfat tamponu (PBS) içerisinde bekletilmeden, ultrastrüktürel, enzimatik, moleküler inceleme için gönderilecek materyal (kas, sinir, böbrek vb) soğuk zincir ile gönderilmelidir.

1.8. Cerrahi Biyopsiler (İnsizyonel/Eksizyonel Biopsiler): Bu gruptasıklıkla tanı amaçlı, küçük lezyonlarda lezyonun tümünü içine alan, tek seansta tanı ve tedaviyi hedefleyen cerrahi girişimlerden elde edilen materyaller (Fibroadenom, papillom, jinekomasti, lipom, dermoid kist, sebace kist, seborreik cilt lezyonları, verrü, nevüseksizyonları, konizasyon, karaciğer wedgebiopsi, lenf nodueksizyonları gibi örnekler) yer alır. Lenf nodueksizyonları dışında bu grupta yer alan cerrahi materyallere medikal biyopsiler gibi yaklaşılmalıdır. Lenf nodueksizyonlar tespitsiz olarak, en kısa sürede kapalı cam veya polietilen malzeme içerisinde gönderilmelidir.

1.9. Küretaj Materyalleri: Jinekolojik (endoservikal, endometrial) ve kemik lezyonları, transuretral rezeksiyon materyalleri (prostat, mesane) gibi materyallerden oluşur. %10 nötral formaldehit ile tespit edilmelidirler. Jinekolojik ve benzeri kanamalı küretaj materyallerinin tespit öncesi yıkanması, dokunun takip sürecinde tanısal örneklerle farklı davranan hematoma, kesit ve boyama işlemlerini etkilemesini engelleyerek, dokuların iyi tespit, takip ve kesilmesine yardımcı olacak, kıymetli doku kaybını önleyecektir.

1.10. Total/Radikal Cerrahi Materyaller: Histerektomi, gastrektomi, larinjektomi, kolektomi, pnömektomi, nefrektomi, sistektomi, prostatektomi, orşiektomi, mastektomi, tiroidektomi gibi tüm organ ve kitle rezeksiyonları işaretlenip, etiketlenerek, kısa sürede tespitsiz olarak gönderilmelidir. Tespiti gereken materyallerde materyalin niteliğine göre dokuların tespit solüsyonu ile temasını sağlayacak, materyale oryantasyonu bozmayacak şekilde, kapalı cam

veya polietilen kaplarda materyal hacminin 8-10 katı %10 nötral formaldehitte tespit edilmeli ve 48 saat içinde patoloji laboratuvarına ulaştırılmalıdır.

1.11. Operasyon Sırasında İnceleme (Peroperatuvar Konsültasyon/Frozen) İçin Gönderilen Örnekler: Amacı tanı, cerrahi sınır kontrolü, bekçi düğüm kontrolü, invazyon derinliği, evreleme olabilir, buna bağlı olarak örnekler çok küçük biyopsilerden geniş cerrahi materyallere kadar değişebilir. Hızlı ve doğru peroperatuvar konsültasyon için iyi bir klinik-patolojik korelasyon (doğru, nitelikli örnek ve yeterli klinik bilgi) önemlidir. Bu grup sentinal dahil lenf nod örnekleri, parsiyel mastektomi, tellerle işaretleme, tiroidal, paratiroidal nodüller, metastazektomi materyalleri, tanısı olmayan kitle örnekleri, efüzyonlar, ince iğne aspirasyonları gibi materyallerden oluşur. Örnek veya örnekler tespit edilmeden, suyunu kaybetmeden (kurumadan), işaretlenerek, kapalı cam veya polietilen/plastik taşıyıcılar içerisinde, tam doldurulmuş istem formu eşliğinde, hızlı olarak patoloji laboratuvarına ulaştırılmalıdır. Tellerle işaretli meme eksizyon materyalleri patoloğun oryantasyonu için, işaretleme teli ve cerrahi materyalin grafisi (spesimengrafisi) ile birlikte gönderilmelidir. Sistemde radyolojik görüntüsü bulunmayan beyin cerrahisi, yumuşak doku ve kemik doku gibi özellikli örnekler radyolojik tetkikleri ile birlikte gönderilmelidir. Cerrahi materyale oryantasyonun güç olduğu durumlarda görevli patolog ameliyathaneye davet edilmeli veya cerrahi ekipten sorumlu bir kişi patoloğa yardımcı olmak için patoloji laboratuvarına gelmelidir.

1.12. Ampütasyon Materyalleri: Ampütasyon materyalleri için patoloji istem formu doldurulmalı; bekletilmeden büyük ampütasyonlar istem formu ile morga, küçük olanlar patoloji laboratuvarına gönderilmelidir.

1.13. Post Mortem İnceleme (Tıbbi Otopsi): (Prenatal, perinatal, pediatrik, erişkin). Ölüm sonrası morga inmiş veya ameliyathaneden doğrudan patoloji laboratuvarına gönderilen her yaş grubu otopsi istemi, aile veya yakınlarının bilgilendirilmiş onamları ve hasta dosyası eşliğinde sorumlu hekimin imzalı talebi ile gönderilmeli, fetal/prenatal olgularda ailenin cesedi geri alıp almayacağı, otopsi onamında yer almalıdır. Ailenin cesedi talep ettiği ve belediye sınırları dışında defnedeceği olgularda onaylı tahnit gerektiği unutulmamalıdır. Prenatal, perinatal olgular plasentaları ile birlikte gönderilmelidir.

1.14. Konsültasyon/İkinci Değerlendirme İçin Gönderilen Materyaller: Hazır preperatlar, parafin bloklar ve/veya saklanmış cerrahi materyal için ikinci değerlendirme talebi, ayrıntılı doldurulmuş patoloji istem formu eşliğinde gönderilmelidir.

Özetle

- Patolojik inceleme için gönderilen tüm materyallerin klinik veya ameliyathane sorumluları tarafından kontrol edilerek, tam olarak doldurulmuş patoloji istem formu eşliğinde, zimmetle (tarih ve imza

karşılığı) patoloji laboratuvarına teslimi gerekir, bu konu medikal olduğu kadar yasal zorunluluktur.

- Tespitli gönderilecek materyalde tespit solüsyonu doku hacminin 8-10 katı (en az 5-6 katı) olmalıdır. Büyük cerrahi materyaller tespit solüsyonunun dokuya penetransını sağlayabilmek için usulüne uygun şekilde kesilerek tespit edilmelidir.
- Küçük örnekler tespit solüsyonuna alındıktan ve kapağı kapandıktan sonra kapağa ve kabin çerperine yapışmaması için çalkalanmalıdır.
- Doku örneklerinin %10 nötralformaldehid ile fiksasyon süreleri 4-48 saat olmalıdır. Daha kısa ve daha uzun tespit süreleri immunohistokimyasal değerlendirmeyi olumsuz etkiler.
- Küçük örneklerin işlem sırasında ve işlem sonrasında gazlı beze alınması dokunun suyunun kaybına neden olacağından dikkatli olunmalı, zorunlu durumlar dışında küçük doku örnekleri gazlı bez üzerine alınmamalı, gazlı bez üzerinde taşınmamalıdır. Zorunlu hallerde serum fizyolojik ile ıslatılmış ıslak tampon kullanılmalı ve örnek en kısa sürede tespit solüsyonuna aktarılmalıdır.
- Direkt flöresan yöntem, metabolik, enzimatik analiz gerektiren örneklerin taşınmasında asla serum fizyolojik kullanılmamalı, nötral tampon solüsyonları tercih edilmelidir. Dokuların nötral tampon solüsyonlarında bozulmadan saklanabilme süreleri 20-30 dakikayı aşmamalıdır.
- Metabolik değerlendirme gerektiren biyopsiler (karaciğer, böbrek, kemik iliği vb) ve rutin kemik iliği biyopsileri temiz cam kapta tespitsiz ve bekletilmeden gönderilmelidir.
- Direkt flöresan yöntemle değerlendirilecek olanlar (böbrek, deri gibi) nötral fosfat tamponu (PBS) içerisinde bekletilmeden gönderilmelidir.
- Ultrastrüktürel, enzimatik, moleküler inceleme için gönderilecek materyal (kas, sinir, böbrek, karaciğer, tümör örnekleri gibi) soğuk zincir ile taşınmalıdır.
- %10 nötralformaldehid dahil tüm tespit solüsyonları patoloji laboratuvarı kontrol ve güvencesinde olmalıdır.
- Mesai saatleri dışında bilgi almak için telefon nöbetçisi (icapçı) patoloji teknisyeni ve/veya patolog aranmalıdır.
- Hasta ve hastalıkların çeşitliliği nedeniyle her zaman kural dışı hasta ve hastalıklarla karşılaşılacağı dikkate alınarak genel kuralların dışında kalan durumlarda hastadan örnek alınmadan önce patoloji laboratuvarı yetkilileri ile görüşülerek istenen tetkikin gerçekleştirilme olasılığı ve olası ise laboratuvara gönderilmesinde dikkat edilecek özellikler hakkında bilgi alınmalıdır. (Örneğin, BRAF mutasyonu, FISH yöntemi ile ALK amplifikasyonu araştırılması gibi).
- Günümüzde teknolojinin hızla gelişmekte olduğu, patoloji laboratuvarları

arşiv materyalleri üzerinde bugün ve gelecekte uygulanabilecek yöntemlerin çokluğu

- Dikkate alınarak patolojik inceleme için gönderilen materyalden beklentinin hastanın tek bir başvurusu ile sınırlanamayacağı akıldan tutularak örnek alımı ve patolojiye gönderiminde özenli, dikkatli olunmalıdır.

Kaynaklar

1. Bostwick DG, Cheng L. *Urologic Surgical Pathology*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders, 2014.
2. Brinster NK. *Dermatopathology*. Philadelphia: Elsevier- Saunders, 2011.
3. Coffey D, Kaplan AL, Ramzy I. Intraoperative Consultation in Gynecologic Pathology. *ArcPatholLabMed* 2005;129:1544-1557.
4. Coffin C. *Pediatric Surgical Pathology: Pitfalls and Strategies for Error Prevention*. ArchPatholLabMed 2005;130:610-612.
5. Elaine S, Jaffe, Harris NL, Vardiman JW, Campo E, Arber DA. Collection, Processing and Examination of Bone Marrow Specimens. In: Nguyen PL.ed. *Hematopathology*. Philadelphia: ElsevierSaunders; 2011.p. 27-35.
6. Faucar K. *Diagnostic Pathology. Blood and Bone Marrow*. Canada: Amirsysinc.; 2012.
7. Fletcher CDM. *Diagnostic Histopathology of Tumors* 3rd ed. Philadelphia: Curchill-Livingstone. Elsevier, 2007.
8. Howie AJ. *Handbook of Renal Biopsy Pathology*. 2nd ed. New York: Springer, 2007.
9. Keeling J. *Fetal and Neonatal Pathology*. 4th ed. London: Springer, 2007.
10. Koss LG, Melamed MR. *Koss' Diagnostic Pathology and its Histopathologic Bases*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2006.
11. Kumar, Abbas, Fausto. *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease*. 7th ed, Philadelphia: Elsevier-Saunders, 2005.
12. Kurman RJ, Ellenson LH, Ronnett BM. *Blaustein's Pathology of Female Genital Tract*. 6th ed. Baltimore: Springer, 2011.
13. Leslie KO, Wick MR. *Practical Pulmonary Pathology*. Philadelphia: Curchill-Livingstone. Elsevier, 2005.
14. Lester SC. *Manuel of Surgical Pathology*. 2nd ed. Philadelphia: Curchill-Livingstone. Elsevier, 2006.
15. Medeiros LJ. *Diagnostic Pathology. Lymphnode and Spleen with Extranodal Lymphomas*. Canada: Amirsysinc., 2011.
16. Rosai J. *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology*. 10th ed. Edinburg: Elsevier-Mosby, 2011.
17. Rosen PP. *Rosen's Breast Pathology*. 3rd ed. Philadelphia: Walters-Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
18. Sabire NJ, Malone M, Arkworth M, Jacques TS. *Diagnostic Pediatric Surgical Pathology*. Philadelphia: Curchill-Livingstone. Elsevier, 2010.
19. Silverberg SG. *Surgical Pathology and Cytopathology*. 4th ed. Philadelphia: Curchill- Livingstone. Elsevier, 2006.
20. Vigonta VJ. *Orthopaedic Pathology*. 2nd ed. Philadelphia: Walters-Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
21. Weiss SW, Goldblum JR. *Enzinger & Weiss's Soft Tissue Tumors*. 5th ed. Edinburg: Elsevier-Mosby, 2008.
22. Zhou M. *Uropathology*. Philadelphia: Elsevier- Saunders, 2012.

BİR MAKALE NASIL OKUNUR ?

Bülent YILMAZ

Bir makalenin nasıl okunması gerektiği ile ilgili bir anım var, isterseniz öncelikle bununla başlayayım. Bir gün, kliniğimizde her hafta düzenli olarak yapılan makale saatinde kendisine verilen makaleyi anlatan asistan doktor arkadaşımızın sunumuna eleştiri gelince kendisi sabaha kadar uyumadığını ve makaleyi anlatmak için çok çalıştığını söyledi. Bu cevap beni çok etkiledi. Oysaki bu meslektaşımız bir makaleyi etkili okuma tekniklerini bilseydi, bu kadar zaman harcamasına ve kendisini yormasına gerek kalmayacaktı.

Dilerseniz bir makaleyi etkili nasıl okuyabilirimin cevabını, makaleyi oluşturan temel bölümleri inceleyerek bulmaya çalışalım. Bilimsel bir makalenin ilk sayfasında araştırmannın başlığı, makalenin özet kısmı ve makaleyi yayınlayan derginin adı, volümü, yılı vardır. Ayrıca ilk sayfada araştırmayı yapan yazarların isimleri, çalışmanın yapıldığı yer, çalışmayı yapan araştırmacıların nerelerde çalıştığı, iletişim kurulacak yazara ait bilgiler bulunur. Yayınlanan makalenin türüne göre (editöre mektup, vaka sunumu, araştırma makalesi, derleme v.b.) makalenin içeriği değişebilse de bir araştırma makalesinin bölümleri genel olarak sırasıyla "giriş", "yöntem ve gereçler", "bulgular", "tartışma", "teşekkür", "referanslar" şeklinde devam eder. Tablolar, grafikler ve figürler makalenin çeşitli sayfalarına yerleştirilmiş olabilir.

1. Başlık. Makalenin başlığında genellikle yapılan araştırmaya göre ne, kime, nasıl sorularının cevabı verilmiştir. Başlığa bakarak genellikle çalışmanın denek grubunu (laboratuar çalışması, hücre kültürü deneyi, hayvan veya insanlarda yapılan deneysel bir çalışma) anlayabiliriz. Ayrıca denek grubu üzerinde hangi tedavinin, ilacın veya tekniğin araştırıldığı ve hangi metot ile karşılaştırıldığı kolayca anlaşılır. Ayrıca başlıkta çalışmanın şekli (retrospektif veya randomize prospektif çalışma, kohort çalışma, vaka sunumu, editöre mektup, derleme, meta-analiz gibi) hakkında genel bir kanıya varırız.

2. Dergi. Çalışmanın hangi dergide yayınlandığı da önemlidir. Tabii ki önyargılı olmamak gerekir, etki faktörü (impact factor) düşük olan bir dergide de çok kaliteli çalışmalar yayınlanabilir. Ama yine de şu genel bir kanı olarak aklımızda kalmalıdır ki; derginin etki faktörü (iki yıl boyunca dergide yayınlanan makalelerin üçüncü yıl diğer çalışmalar tarafından refere edilme oranı) arttıkça, o dergide yayınlanan makalelerin kalitesi de o oranda artar. Örneğin "Lancet", "New England Journal of Medicine", "Nature" gibi dergiler etki faktörü çok yüksek olan dünyanın en saygın dergileri arasındadırlar.

3. Yazarlar. Çalışmanın kimler tarafından yapıldığı da nispeten önemlidir. Editörler de makalenin dergilerinde yayına kabulü sırasında çalışmanın kimler

tarafından yapıldığına çok dikkat ederler. Bazı çalışma grupları belli bir alanda çalışıp bu alanda yayın yaparlar ve sonuçta da uluslararası bilim camiasında "Author" olarak kabul görürler. Yine de ön yargılı olmamak gerekir, belli bir konuda çok çalışması olmayan kişiler de yaptığı bir çalışma ile literatüre çok şey katabilirler. Çalışmadaki isim sıralamasının da önemi vardır. Genel olarak ilk üç isim sırasıyla çalışmada en çok katkısı olan kişiler olup en son isim ise saygın yazar olarak kabul görür. Ayrıca makale ile ilgili detaylı bir bilgi almak istiyorsanız veya makalenin tam metnine ulaşamadıysanız ilk sayfada bulunan iletişim adresinden sorumlu yazara e-mail atarak yardım isteyebilirsiniz.

4. Özet. Başlıktan sonra makalenin en çok okunan kısmıdır. Burada araştırmancın amacı, araştırmada kullanılan gereç ve yöntemler, ana bulgular ve çalışmanın sonucu ortalama 200 (150-300) kelimede özetlenmiştir.

5. Giriş. Makalenin giriş bölümünde araştırılan konu ile ilgili genel bilgiler yer alır. Örneğin okuduğumuz makalede araştırılan konu hipertansiyonda etkinliği bilinen A ilacı ile hipertansiyon tedavisinde yeni bulunan B ilacının karşılaştırdığı randomize kontrollü bir çalışma olsun. Giriş bölümünün ilk paragrafı kısaca hipertansiyon ve tedavi yöntemlerini konu alır. İkinci paragrafta büyük ihtimalle bilinen A ilacı, etkinliği ve bu konudaki bilinen çalışmalardan, üçüncü paragrafta ise B ilacının etki mekanizması ve varsa literatürdeki geçmiş çalışmalardan bahsedilir. Ayrıca üçüncü paragrafta neden B ilacının hipertansiyon tedavisindeki etkinliğinin araştırıldığı ile ilgili açıklamaları bulabiliriz. Giriş bölümünün son paragrafında ise genel olarak hemen her zaman kısaca çalışmanın amacından söz edilir.

6. Yöntem ve gereçler. İlk paragrafta çalışmanın hangi kurumda ve hangi yıllar arasında yapıldığı, etik kurul izni ve gönüllülerin bilgilendirilmiş onam formunu imzaladığı bilgilerine ulaşabilirsiniz. İkinci ve üçüncü paragrafta hastaların çalışmaya dahil edilme ve çalışma dışında bırakılma kriterlerini bulabilirsiniz. Dördüncü paragrafta çalışmaya dahil edilecek gönüllü sayısının nasıl hesaplandığından, bunların nasıl randomize edildiğinden ve randomizasyon sonrası A ve B ilaçlarının nasıl ve ne kadar süre verildiğinden bahsedilir. Beşinci paragrafta gönüllülerin tedavi süresince tansiyon değerlerinin nasıl takip edildiği, eğer ilaçların herhangi bir serum belirteci üzerine etkisi araştırılıyorsa, gönüllüden alınan kan örneğinde hangi belirteçlerin, nasıl, hangi kit ve cihaz ile çalışıldığı bilgilerine ulaşabiliriz. Altıncı paragrafta ana sonuç ölçütleri "*main outcome measure*" ve sekonder sonuç ölçütlerinin, ayrıca takip edilen ilaçlara bağlı olabilecek olası yan etkilerin neler olduğunu görebiliriz. Yöntem ve gereçler bölümünün son paragrafı ise standart olarak araştırmada kullanılan istatistiksel metodların neler olduğunun açıklandığı paragraftır.

BİR MAKALE NASIL OKUNUR ?

Bülent YILMAZ

Bir makalenin nasıl okunması gerektiği ile ilgili bir anım var, isterseniz öncelikle bununla başlayayım. Bir gün, kliniğimizde her hafta düzenli olarak yapılan makale saatinde kendisine verilen makaleyi anlatan asistan doktor arkadaşımızın sunumuna eleştiri gelince kendisi sabaha kadar uyumadığını ve makaleyi anlatmak için çok çalıştığını söyledi. Bu cevap beni çok etkiledi. Oysaki bu meslektaşımız bir makaleyi etkili okuma tekniklerini bilseydi, bu kadar zaman harcamasına ve kendisini yormasına gerek kalmayacaktı.

Dilerseniz bir makaleyi etkili nasıl okuyabilirimin cevabını, makaleyi oluşturan temel bölümleri inceleyerek bulmaya çalışalım. Bilimsel bir makalenin ilk sayfasında araştırmancının başlığı, makalenin özet kısmı ve makaleyi yayınlayan derginin adı, volümü, yılı vardır. Ayrıca ilk sayfada araştırmayı yapan yazarların isimleri, çalışmanın yapıldığı yer, çalışmayı yapan araştırmacıların nerelerde çalıştığı, iletişim kurulacak yazara ait bilgiler bulunur. Yayınlanan makalenin türüne göre (editöre mektup, vaka sunumu, araştırma makalesi, derleme v.b.) makalenin içeriği değişebilse de bir araştırma makalesinin bölümleri genel olarak sırasıyla "giriş", "yöntem ve gereçler", "bulgular", "tartışma", "teşekkür", "referanslar" şeklinde devam eder. Tablolar, grafikler ve figürler makalenin çeşitli sayfalarına yerleştirilmiş olabilir.

1. Başlık. Makalenin başlığında genellikle yapılan araştırmaya göre ne, kime, nasıl sorularının cevabı verilmiştir. Başlığa bakarak genellikle çalışmanın denek grubunu (laboratuvar çalışması, hücre kültürü deneyi, hayvan veya insanlarda yapılan deneysel bir çalışma) anlayabiliriz. Ayrıca denek grubu üzerinde hangi tedavinin, ilacın veya tekniğin araştırıldığı ve hangi metot ile karşılaştırıldığı kolayca anlaşılır. Ayrıca başlıkta çalışmanın şekli (retrospektif veya randomize prospektif çalışma, kohort çalışma, vaka sunumu, editöre mektup, derleme, meta-analiz gibi) hakkında genel bir kanıya varırız.

2. Dergi. Çalışmanın hangi dergide yayınlandığı da önemlidir. Tabii ki önyargılı olmamak gerekir, etki faktörü (impact factor) düşük olan bir dergide de çok kaliteli çalışmalar yayınlanabilir. Ama yine de şu genel bir kanı olarak aklımızda kalmalıdır ki; derginin etki faktörü (iki yıl boyunca dergide yayınlanan makalelerin üçüncü yıl diğer çalışmalar tarafından refere edilme oranı) arttıkça, o dergide yayınlanan makalelerin kalitesi de o oranda artar. Örneğin "Lancet", "New England Journal of Medicine", "Nature" gibi dergiler etki faktörü çok yüksek olan dünyanın en saygın dergileri arasındadırlar.

3. Yazarlar. Çalışmanın kimler tarafından yapıldığı da nispeten önemlidir. Editörler de makalenin dergilerinde yayına kabulü sırasında çalışmanın kimler

tarafından yapıldığına çok dikkat ederler. Bazı çalışma grupları belli bir alanda çalışıp bu alanda yayın yaparlar ve sonuçta da uluslararası bilim camiasında "Author" olarak kabul görürler. Yine de ön yargılı olmamak gerekir, belli bir konuda çok çalışması olmayan kişiler de yaptığı bir çalışma ile literatüre çok şey katabilirler. Çalışmadaki isim sıralamasının da önemi vardır. Genel olarak ilk üç isim sırasıyla çalışmada en çok katkısı olan kişiler olup en son isim ise saygın yazar olarak kabul görür. Ayrıca makale ile ilgili detaylı bir bilgi almak istiyorsanız veya makalenin tam metnine ulaşamadıysanız ilk sayfada bulunan iletişim adresinden sorumlu yazara e-mail atarak yardım isteyebilirsiniz.

4. Özet. Başlıktan sonra makalenin en çok okunan kısmıdır. Burada araştırmamanın amacı, araştırmada kullanılan gereç ve yöntemler, ana bulgular ve çalışmanın sonucu ortalama 200 (150-300) kelimede özetlenmiştir.

5. Giriş. Makalenin giriş bölümünde araştırılan konu ile ilgili genel bilgiler yer alır. Örneğin okuduğumuz makalede araştırılan konu hipertansiyonda etkinliği bilinen A ilacı ile hipertansiyon tedavisinde yeni bulunan B ilacının karşılaştırdığı randomize kontrollü bir çalışma olsun. Giriş bölümünün ilk paragrafı kısaca hipertansiyon ve tedavi yöntemlerini konu alır. İkinci paragrafta büyük ihtimalle bilinen A ilacı, etkinliği ve bu konudaki bilinen çalışmalardan, üçüncü paragrafta ise B ilacının etki mekanizması ve varsa literatürdeki geçmiş çalışmalardan bahsedilir. Ayrıca üçüncü paragrafta neden B ilacının hipertansiyon tedavisindeki etkinliğinin araştırıldığı ile ilgili açıklamaları bulabiliriz. Giriş bölümünün son paragrafında ise genel olarak hemen her zaman kısaca çalışmanın amacından söz edilir.

6. Yöntem ve gereçler. İlk paragrafta çalışmanın hangi kurumda ve hangi yıllar arasında yapıldığı, etik kurul izni ve gönüllülerin bilgilendirilmiş onam formunu imzaladığı bilgilerine ulaşabilirsiniz. İkinci ve üçüncü paragrafta hastaların çalışmaya dahil edilme ve çalışma dışında bırakılma kriterlerini bulabilirsiniz. Dördüncü paragrafta çalışmaya dahil edilecek gönüllü sayısının nasıl hesaplandığından, bunların nasıl randomize edildiğinden ve randomizasyon sonrası A ve B ilaçlarının nasıl ve ne kadar süre verildiğinden bahsedilir. Beşinci paragrafta gönüllülerin tedavi süresince tansiyon değerlerinin nasıl takip edildiği, eğer ilaçların herhangi bir serum belirteci üzerine etkisi araştırılıyorsa, gönüllüden alınan kan örneğinde hangi belirteçlerin, nasıl, hangi kit ve cihaz ile çalışıldığı bilgilerine ulaşabiliriz. Altıncı paragrafta ana sonuç ölçütleri "*main outcome measure*" ve sekonder sonuç ölçütlerinin, ayrıca takip edilen ilaçlara bağlı olabilecek olası yan etkilerin neler olduğunu görebiliriz. Yöntem ve gereçler bölümünün son paragrafı ise standart olarak araştırmada kullanılan istatistiksel metodların neler olduğunun açıklandığı paragraftır.

7. Bulgular. İlk paragrafta çalışmaya her bir grupta kaç gönüllü ile başlandığı, kaç gönüllü ile çalışmanın bittiği ve tedaviler sırasında A ve B ilaçlarının gönüllüler

tarafından nasıl tolere edildiği gibi genel bilgilere ulaşabiliriz. İkinci paragrafta A ve B grubundaki gönüllülerin yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, bazal sistolik ve diastolik tansiyon değerleri gibi demografik verilerin karşılaştırıldığı Tablo ile ilgili, iki grup arasında bu parametreler açısından istatistiksel anlamlı fark olup olmadığı hakkındaki yorumları görebiliriz. Üçüncü paragrafta çalışmanın en önemli ana sonuç ölçütlerinin karşılaştırmaları ve iki grup arasında fark olup olmadığından bahsedilir. Dördüncü paragrafta ise gruplarda herhangi bir yan etki görülüp görülmediğinden, yan etki varsa gruplar arasında anlamlı fark olup olmadığından bahsedilir. Bulgular kısmı bazı makalelerde direkt ikinci paragraftaki bazal demografik verilerin karşılaştırılmasıyla başlayabilir ve ikinci paragrafta da en önemli bulgular tartışılır. Bulgular kısmı ile ilgili diğer önemli bir husus da; tablolar genellikle grafik ve figürlere göre daha net bilgi verirken, grafik ve figürler sonuçları görsel olarak daha iyi sunmayı sağlamasıdır.

8. Tartışma. İlk paragrafta çalışmada ne hedeflendiği ve sonuçta neler bulunduğu kısaca özetlenmiştir. İkinci ve bundan sonraki birkaç paragrafta yazarlar literatürdeki geçmiş çalışmalar ile kendi bulgularını karşılaştırırlar. Ayrıca, ilaçların hipertansiyon üzerine önemli olumlu ve olumsuz etkilerini saptamışlar ise bunun etki mekanizmasını açıklarlar. Tartışma bölümünün sonundan bir önceki paragrafta hemen her zaman çalışmanın eksik ve zayıf yönlerinden bahsedildiğini görebiliriz. "Sonuç olarak, *"In conclusion"* diye başlayan son paragrafta ise çalışmanın ana bulgusu tek cümle ile özetlenir. Ayrıca bazen bir cümle ile bundan sonra bu konuda ne yapılması gerektiği ile ilgili bir mesaj da görebiliriz. Özetlemek gerekirse, bir makaleyi hızlıca okumak için sırasıyla başlığı, özet ve tartışma bölümlerini okumak gerekir. Fakat makaleyi tam olarak anlamak için belki de bir makalenin en önemli kısmı olan materyal metot bölümünü de dikkatli bir şekilde okumak gerekir. Çalışmanın bulguları tablo, grafik ve figürlerle genel olarak özetlenmiştir. Çalışmada toplanan verileri detaylı bir şekilde anlamak için bulgular kısmını okuyabiliriz. Ayrıca iyi bir bilimsel makale okuyucusu olmak için epidemiyoloji ve istatistikte geçen temel tanımları (Kohort çalışma, randomize prospektif çalışma, çift kör, meta-analiz, derleme, duyarlılık, özgüllük, odds oranı gibi) çok iyi bilmek gerekir. Yukarıda randomize prospektif bir çalışmadan yola çıkılarak anlatılan bölümler çalışmanın tipine göre (vaka sunumu, editöre mektup, meta-analiz v.b.) değişebilir.

BİR MAKALE NASIL SUNULUR?

Bülent YILMAZ

Bir makale nasıl sunulur? sorusunun cevabını ararken, bir makalenin nasıl okunması gerektiği ile ilgili yazdığım bölümü okuduğunuzu kabul ediyorum. Çünkü bir makale etkili bir şekilde okumadan iyi bir sunumunun yapılması beklenemez.

Ayrıca mümkün olduğunca makalenin konusu ile ilgili özellikle tartışma bölümünde geçen önemli çalışmaların, ulaşabilirseniz tam metnini ulaşamazsanız pubmed'den özetlerini okumaya çalışın. Bunun yanı sıra bu konuda yapılmış derleme ve meta-analizleri de okumanız (*Cochrane database*, *Up-to-date* v.b. gibi sitelerden) sunum sonunda gelebilecek sorulara karşı sizi çok rahatlatır. Diğer taraftan, sunumdan maksimum verim alınmak isteniyorsa, sunuma katılmadan önce dinleyiciler makaleyi mutlaka okumalıdır.

Sunumu bildiğiniz gibi genellikle "*ppt*" dosyasında hazırlanan slaytlar ile yapmaktayız. Sunum sırasında dikkat edilmesi gereken en önemli noktalardan birisi konuyu mümkün olduğunca az slayt ile ve kısa bir sürede sunmaktır. Ortalama 10 slayt ideal olabilir. Çünkü konu genişledikçe ve zaman uzadıkça verilmesi gereken mesajlardan uzaklaşmakta, gereksiz detaylara inilmekte ve sonuç olarak dinleyicilerin dikkati dağılmaktadır. Hemen burada dile getirmem gereken çok önemli noktalardan birisi de slayt zemininin sade ve mavi renkte olması gerektiğidir. Ana başlıkların sarı, diğer yazıların beyaz renkte olması ve yazıların mümkün olduğunca yüksek puntoda yazılması çok isabetli olacaktır. Her slaytta en fazla 8 satır yer almalıdır, aksi takdirde hem siz sunum sırasında zorlanırsınız hem de dinleyici sizi slayttan takip edemez. Ayrıca slayt zemininde veya kendi hazırladığınız slaytlarda ekstra şekil, resim, animasyondan mutlaka kaçının çünkü bunlar dinleyicinin dikkatini dağıtır.

Her ne kadar sunulan makalenin türüne ve içeriğine göre slayt sayısı değişebilse de, standart 10 slayttan oluşan bir makale sunumunda her bir slaytta yer alması gereken bilgiler aşağıda kısaca özetlenmiştir.

1. Slayt. Makalenin başlığı, yazarlar, yayınlayan derginin adı, yayınlandığı yıl mutlaka olmalıdır. Ayrıca sunumu yapan kişinin adı soyadı, çalıştığı bölüm ve kurum adı da ilk slaytta bulunmalıdır. Makalenin başlığı, dergi adı v.b. gibi makalenin künyesini ilgilendiren bilgileri slayta hazırlarken, kendiniz yazmak yerine makalenin *pdf* dosyası üzerinden dergiye ait orijinal yazıları *paint* dosyası üzerinden *ppt* dosyasına aktarılması durumunda slayt çok daha şık görünür (*Printscreen*, kopyala, *paint* dosyasına yapıştır, istediğiniz kısmı seç ve kopyala, *ppt* dosyasına yapıştır). Çünkü her derginin kendine has logosu ve yazı şekli mevcuttur. Bu ilk slaytı çok karışık hale de getirmemek gerekir; sade bir şekilde

sunulan makalenin künyesini ve sunumu yapan kişiyi özetlemelidir.

2. Slayt. Burada giriş bölümündeki bilgiler tek slaytta özetlenmelidir. Bu slaytın son cümlesinde kısaca çalışmanın amacından (giriş bölümünün son paragrafı) bahsedilmelidir.

3 ve 4. Slayt. Bu iki slaytta materyal metot bölümünü özetlemeniz gerekir. Burada özetin içeriği makalenin türüne göre değişir ama genel olarak çalışmanın nerede, ne zaman yapıldığı, çalışma gruplarının kaçar kişiden oluştuğu, grupların nasıl oluşturulduğu (çalışmaya dahil edilme ve çalışma dışı bırakılma kriterleri), gruplara nasıl bir tedavi uygulandığı, araştırmanın ana sonuç ölçütleri nelerdir v.b. gibi önemli bilgiler yer almalıdır.

5, 6. ve 7. Slayt. Burada bulgular özetlenmelidir. Bulgular kısmını makalenin *pdf* dosyasındaki orijinal tablo ve figürleri alıp yine *paint* yardımıyla slayta ekledikten sonra konuşmanız hem görsel olarak hoş görünür hem de sizin sunumunuzu kolaylaştırır.

8, 9. ve 10. Slayt. Burada tartışma bölümünü özetlemeniz gerekir. Son slaytın (10. slayt) son cümlesi çalışmanın sonucunu ("*In conclusion, ...*" veya "Sonuç olarak, ..." diye başlayan tartışma bölümünün son paragrafı) çok kısa ve net bir şekilde açıklamalıdır ve bu kısım anlatılırken ses tonu değiştirilerek ve üzerinde vurgu yapılarak ifade edilmelidir. Çünkü bu son cümle hem sunumu yapan kişi hem de dinleyiciler için söz konusu makalede akılda tutulması gereken en önemli mesajı içerir.

Kaynaklar

1. Bir makale sözlü olarak nasıl sunulur? Herbert B. Michaelson <http://journals.tubitak.gov.tr/kitap/maknasyaz/Bolum24.pdf>
2. Bilimsel sunu teknikleri. Derleme. Prof. Dr. Süleyman Taşgetiren. http://teknolojikarastirmalar.com/e-egitim/sunular/bilimsel_sunu.pdf
3. How to Present a Journal Article. Carl Hose http://www.ehow.com/how_5117494_present-journal-article.h

BİR ARAŞTIRMA NASIL HAZIRLANIR? NASIL YAPILIR?

Fehime Esra ÖZER

Bilimsel araştırma; amaçlı, planlı ve sistemli olarak verilerin toplanması, gruplandırılması, analizi, sentezi, açıklanması, yorumlanması ve değerlendirilmesi işlemleriyle problemlere ya da sorulara güvenilir çözüm yolları bulma sürecidir.

Bilimsel araştırmanın amaçları problemin tanımlanması, sorunların sınıflandırılması, olaylar arasındaki ilişkilerin bulunması, olayların önceden tahmin edilmesi ve sebep-sonuç ilişkilerinin ortaya konulmasının sağlanmasıdır. Tıpta ise hekimleri araştırma yapmaya yönlendiren en önemli unsur, deneysel ya da klinik bir çalışma yaparak, elde ettiği sonuçlarla, yeni bir tıbbi uygulama başlatma veya mevcut bir uygulamayı değiştirip geliştirme isteğidir. Bilimsel bir araştırma yapan hekim, o konu ile ilgili temel prensipleri yeniden yorumlayabilir, yeni bilgiler ve bakış açısı geliştirebilir. Araştırmanın planlanması, hazırlanması, uygulanması, sonuçların yorumlanması ve yazılması sabırlı ve özenli davranılması gereken bir süreçtir ve hemen daima aşağıdaki belirli sırayı izler:

1. Araştırmanın Konusu

Araştırmanın başlangıcında yapılması gereken ilk iş, araştırmanın konusunun belirlenmesidir. Araştırılacak problemin/sorunun tespit edilmesi en zor aşamadır. Problemin önce hissedilmesi, konu hakkında bilgi edinilmesi ve tanımlanması gerekir. Bu bağlamda araştırma konusu ile ilgili aşağıdaki unsurlar önem taşımakta olup, araştırmacılar tarafından göz önünde tutulmalıdır.

- Araştırma konusu önemli ve ilginç olmalıdır.
- Tıbbi bir sorunu ya da problemi aydınlatmaya yarayan bir soru içermeli, çözülebilir bir problem olmalıdır.
- Üzerinde çalışılması planlanan konuda yenilik getirmelidir. Daha önce yapılmış benzerlerini desteklemek üzere yapılmış bir çalışma çoğu zaman bilimsel bir değer taşımaz. Ancak, aynı ya da benzeri bir konuda daha önce yapılmış çalışmalarda yönetime ait sorunlar varsa, yeni yöntemlerin denendiği araştırmalar değer taşırlar.
- Araştırılan konu bilimsel yarar sağlamalıdır. Yarar sağlamayan konu problem olamaz. Ayrıca konunun seçiminde bilimsel ahlak kurallarına uymak zorunludur.
- Araştırma konusu araştırmacının elindeki imkanlar ve ekipman ile geniş olarak değerlendirilmeli ve üzerinde çalışılabilir olmalıdır.
- Bilimsel çalışmanın konusuna göre çalışmanın yöntemi (retrospektif, prospektif, laboratuvar verilerine dayalı veya deney hayvanlarını içerecek bir çalışma) belirlenmelidir.

1.1.Problemin Tanımlanması

Araştırılacak konuya ilişkin problemin tanımlanması, onun nicel ve nitel ayrıntıları ile araştırılacak biçimde ifade edilmesidir. Problem açık, seçik ve anlaşılabilir biçimde ifade edilmelidir.

1.2.LiteratürünTaranması

Seçilen konu ve saptanan sorun hakkında literatürün taranması, araştırmaya başlamadan önce araştırmacıya yol gösterici olur. Çalışmadaki yöntemin seçilmesi, modelin ve çalışma protokolünün oluşturulması ilgili literatür taramasından sonra ortaya konabilir.

Literatür taraması günümüzde en sıklıkla internet üzerinden, MEDLINE/pubmed arama motorundan (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) yapılmaktadır. Ayrıca Google scholar (<http://scholar.google.com.tr/>) alternatif olabilecek bir arama motorudur. Türkiye'de yayınlanan bilimsel makalelere erişebilmek için de ulusal kütüphane ağı kapsamında www.ulakbim.gov.tr, www.turkmedline.net sitelerinden de yardım alınabilir.

Taranan literatürlerin elektronik ortamda ücretsiz edinilmesi arama motorundan olabileceği gibi, veri tabanına abone ulusal kütüphane ağı ile de mümkündür.

1.3.Hipotezin Oluşturulması

Varsayım veya hipotez, bilimsel yöntemde olaylar arasında ilişkiler kurmak ve olayları bir nedene bağlamak üzere tasarlanan ve geçerli sayılan, doğruluğu istatistiksel teknikler ile irdelenecek önermelere denir.

Hipotez, araştırmacının araştırdığı konuda yer alan değişkenler arasında ne tür bir ilişki olduğuna dair beklentilerini ve yargılarını ifade eder. Hipotez açık ve net, bilimsel önem taşıyacak kadar kapsamlı, ancak çalışma protokolü çerçevesinde sonuca ulaşacak kadar sınırlı ve okuyucuyu ikna edecek kadar akla yatkın olmalıdır.

1.4.Çalışma yönteminin belirlenmesi

Bu aşamada araştırılacak konu ve hipoteze göre;

- Hangi araştırma modelinin benimseneceği (ileriye yönelik "*prospektif*", geriye yönelik "*retrospektif*",kesitsel, girişimsel, bilgi-tutum-davranış araştırmaları, hizmet araştırmaları, yineli tek olgu çalışmaları, deneysel araştırmalar, meta analizler),
- Hangi birey, denek ya da ortamların kullanılacağı (örneğin deney hayvanları laboratuvarında sıçan yavruları, polikliniğe başvuran 65 yaş üstü hipertansiyon hastaları, vb),
- Araştırma verilerinin nasıl toplanacağı (patolojik inceleme, anket, dosya tarama, vb),

- Herhangi bir finansal destek gerektiren araştırmalarda (örneğin laboratuvar kitlerinin satın alınması) desteğin nereden ve nasıl temin edileceği,
- Araştırma verilerinin hangi istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edileceği (örneğin MannWhitney-U testi, vb) belirlenir.

Yöntemin belirlenmesi aşamasında en önemli noktalardan birisi de örnek seçimidir.

1.5.Etik kurul onayı alınması

Tıbbi araştırmaların yürütülmesi ve yayınlanması aşamasında etik kurallara uygun davranılması önemli bir zorunluluktur. Etik kurallara uygunluk denetimini araştırma etik kurulları, hakemler ve editörler yürütürler.

Etik kurullar, etikle ilgili durumları, süreçleri, olayları geniş açılı bir bakışla gözden geçirip değerlendiren, heterojen üye profiline sahip oluşumlardır. Araştırma etik kurullarının ülkemizdeki ilk örnekleri 1990'ların başında tıp fakülteleri bünyesinde belirmiştir. Ocak 1993'te yürürlüğe giren İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, etik kurul kavramını sağlık mevzuatımıza dahil etmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı tarafından en son 13 Nisan 2013 tarihinde yayınlanmıştır.

Güncel yönetmelikler ve yasal düzenlemeler gereği, araştırmaların planlandıktan sonra etik kurul izni alınması ve deney/araştırmaya bu izinler alındıktan sonra başlanması zorunludur. Araştırmanın türüne göre etik kurul başvuruları ve gereklilikleri değişir. Örneğin deney hayvanlarında yapılması planlanan bir araştırma için deney hayvanları etik kuruluna başvuru yapılması, bu kurulun öngördüğü belge ve hazırlıkların yapılması gerekir. Özellikle insanlar üzerinde yapılan klinik araştırmalarda etik kurul denetimi ve izni olmaksızın araştırma yapılmasının cezai yaptırımı olduğu unutulmamalıdır.

Klinik araştırmalar topluma ve bireye yarar sağlaması beklenen bilimsel bir soruya yanıt ararken, asla unutulmaması gereken şey, araştırmanın etik kurallar çerçevesinde yapılması gerekliliğidir. Araştırma etiğinin tüm kurallarını yerine getirirse bile, gerçek bir bilimsel soruya yanıt aramayan bir çalışma, nereye varmak istediğini bilmeyen gereksiz bir çaba iken; etik ilkelerin uygulanmadığı bilimsel bir çalışma ise, insan onurunu zedeleyen ve bu yönü ile sakat olarak tanımlanabilecek bir emek olarak kabul edilebilir.

1.6.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verisi, araştırma tipine göre özellik gösterir. Ayrıca araştırmanın veri toplama yöntemine göre, verinin ölçümle mi yoksa sayımla mı elde edileceği ortaya çıkar.

Veri toplama işleminin uygun şekilde düzenlenmesine özen gösterilmelidir. Her

bireyden ya da denekten alınacak verinin nesnel ölçütlerle ve standart alınmasına dikkat edilmelidir. Laboratuvar ve klinik çalışmalarda ölçme, kan alma, derecelendirme, vb işlemlerin her bireyde olabildiğince tıpatıp aynı uygulanması gerekir.

Sağlık alanındaki çalışmalarda üç temel veri kaynağı bulunur: Ölçüm, kayıt ve kişilerle doğrudan görüşme (anket).

1.7.Verilerin Çözümlemesi

Çözümleme, verinin saptanan sonuçlarının anlamlılığını inceleyen ve sonuç olarak ortaya koyan işlemler bütünüdür. Çözümlemesi yerinde ve uygun biçimde yapılmayan veriler araştırma sonucu ya da tez olarak yazılamaz ve sunulamaz.

Araştırma verisinin çözümlemesinde kullanılan yöntemler çeşitlilik gösterir. Çözümleme yönteminin seçilmesinde belirleyici olan araştırmanın tipi ve verinin özellikleridir. Hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın araştırmanın amacına uygun olmak zorundadır. Sonuç ne olursa olsun araştırmacının görevi kendi çalışmasında elde ettiği çıkarımları yansız olarak ortaya koyabilmektir. Her araştırma kendi olanakları çerçevesinde ortaya çıkan sonuçların yorumuyla evrensel bilime katkıda bulunmaya çalışır. Veri çözümlemenin amacı gruplar arası farkın anlamlı olduğunu ortaya koymak değil, görülen farkın anlamlı olduğunu ya da olmadığını nesnel olarak saptamaktır.

1.8.Araştırmanın Yazımı

Araştırmanın son aşaması yazım sürecidir. Yazım aşamasına gelen araştırma tamamlanmış demektir. Araştırma dergi yazısı, poster, tez, rapor, vb gibi farklı amaçlara yönelik olarak farklı biçimlerde yazılabilir. Biçim ne olursa olsun yazım sırasında dergi, kongre, fakülte gibi kurum, kuruluş ve etkinliklerin özel koşullarına uygun yazım kurallarına uyulması zorunludur. Araştırma yazısı konu bütünlüğü açısından olduğu kadar, dil bütünlüğü yönünden de özenle kaleme alınmalıdır. Kullanılan sözcüklerin ve terimlerin seçiminde dikkatli olunmalı, yazının tümünde tutarlı olarak kullanılmalarına özen gösterilmelidir.

Araştırmanın dilbilgisi kurallarına uygun yazılmasına özen gösterilmelidir. Güncel ve duru bir dille yazılmalı, anlaşılır olmasına dikkat edilmelidir. Çekim ekleri tutarlı kullanılmalı, yazının tümünde aynı eylem zamanının kullanılmasına dikkat edilmelidir. Standart ölçü birimleri ve uluslararası sistem işaretleri dışında mümkün olduğu kadar kısaltma yapmaktan kaçınılması tercih edilmelidir. Eğer kısaltma kullanılacaksa, yazıda ilk geçtiği yerde açık olarak tam adıyla yazılmalı, yanında parantez içinde ileride kullanılacak olan kısaltması belirtilmelidir.

Bilimin ayrılmaz parçaları doğruluk ve etik değerlerdir. Özellikle tıbbi bilimsel araştırmalarda tıp etiği önemli bir yere sahiptir. Tıbbi araştırmalar, çok özenerek

yapmak zorunda olduğumuz bilimsel araştırmalardır. Tıbbi araştırmalar, araştırma sırasında ve sonrasında etkileri insanlığı olumlu-olumsuz etkileyecek sonuçlar doğuracaktır. Tıbbi araştırma yapanların, öncelikle tıp etiği ve araştırma etiği açısından çok iyi eğitilmeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Bostancı K, Yüksel M. Araştırma nasıl yapılır, makale nasıl yazılır? *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 2005;13:298-302.
2. Özkaya Ö, Bingöl D, Üşçetin İ, Aksan T, Karahangil M, Akan M. Tıbbi bilimsel makale yazımında temel kurallar, tercihler ve seçenekler nelerdir? *Okmeydanı Tıp Derg* 2012;28:65-71.
3. Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve tıp etiği temel kavramları. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2007;29:7-12.
4. Day RA. Bilimsel bir makale nasıl yazılır ve yayımlanır? 6. Baskı. Çev. Altay GA. Tübitak Yayınları, Ankara, 2000. Pp 7-19
5. Çelik İ. Tıbbi makale nasıl yazılır? *İyi Klinik Uygulamalar Dergisi* 2001;1:7-16.
6. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma ve çözümleme. 3. Baskı. İzmir, 2013. Pp 1-76.
7. Hamuryudan V. Tıbbi makale yazım kuralları. *Anadolu Kardiyol Derg* 2003;3:199-202.
8. Tosun Z, Karabekmez FE, Keskin M, Duymaz A, Savacı N. Bilimsel makale nasıl hazırlanır? *Türk PlastRekonstrEst Cer Derg* 2008;16:147-153.

TEZ HAZIRLIĞI VE BAŞVURUSU NASIL YAPILIR?

Öner ÖZDOĞAN

Tez bir iddiaya dayanarak bir fikir yaratıp, onu yazılı olarak tartışmaktır. Tıp eğitiminde tezin amacı; asistanlık dönemi sürecinde araştırma yapma yeteneğinin kazanılması ve özellikle yapılan araştırma ile bilime katkıda bulunulmasıdır.

Tüm tez projeleri ne kadar karışık olsa da, tek bir soruya indirgenebilir. Eğer projeniz, sağlık çalışanları arasında obesite sıklığını araştırmaksa, soru olarak 'sağlık çalışanlarında obesite sıklığı nedir?' gibi bir soru ile işe başlanabilir.

Tez hazırlanırken bazı aşamalardan geçmek gerekir. Öncelikle konu seçilmeli ve sınırlandırılmalıdır. Konunun sınırlandırılması çok önemlidir, çünkü bir konuyu bütün yönleriyle ele alamazsınız. Sonrasında bu konu ile ilgili bir hipotez kurulmalı ve bu hipotez için bir araştırma metodu belirlenmelidir. Bunların tez çalışmasına başlamadan önce ayrıntılı olarak planlanması daha sonra ortaya çıkabilecek sorunları çözebilmek için çok önemlidir. Tez konusu seçerken daha önceki yıllarda yazılmış tezler asistanlık öğrencilerine yardımcı olabilir. Özellikle, ilgi alanlarınızla ilgili bir konu seçmeye gayret etmek gerekir. Tez yazarken amacınızın önceden belirlenmesi hedefinize ulaşma konusunda size yön gösterecektir. 'Neden bu tezi yapıyorum?' sorusunu sorduğunuzda buna vereceğiniz cevap, sizin tezinizin amacını ortaya koyacaktır.

İntihal yapmadan, her türlü yerli ve yabancı kaynaktan yapılabilecek taramalar ve tabii ki önceden belirlenen tez danışmanının da konu ile ilgili önerileri doğrultusunda tez konusu belirlenir. Tez konusunun ve tez danışmanının kim olacağının asistanlığın erken döneminde belirlenmesi özellikle yapılacak tezin kalitesini, alınacak hasta sayısını (anlamlı bir istatistiksel değerlendirme için vaka sayısının yeterince fazla olması gereklidir) ve özellikle tezin bir takip çalışması olup olmasını belirleyeceği için çok önemlidir.

1. TEZ HAZIRLIĞI AŞAMALARI

Tez hazırlığı aşamalarından ilki tezin türünü belirlemektir. Tez hazırlamaya başlarken bazı sorular önemlidir:

- Tezin ne zaman sonlanması, teslim edilmesi gereklidir?
- Ne tür tez hazırlamak gerekmektedir?
- Tezin ana amacı nedir ve tezden kimler faydalanacaktır?

Bu sorular yanıtlandıktan sonra nasıl bir tez hazırlanacağı hakkında önemli bir fikre sahip olunur ve çalışmalara başlanır. Öncelikle bilgi kaynakları araştırılır. Çeşitli kitaplar ve internetten makaleler (Pubmed, googlescholar vs), kişisel gözlemler ve konu hakkında bilgi ve deneyime sahip kişilerle yapılacak

konuşmalar bu bilgi kaynaklarını oluşturur. Notlar alınır, tezin amaçları ile olası sonuçları değerlendirilir.

Tez uzun bir düşünme periyodunun sonucudur. Herhangi bir konuda tartışma oluşturmadan önce, kanıtların toplanması ve düzenlenmesi gereklidir. Bilinen gerçekler ile olası ilişkiler sürpriz benzerliklere ve karşıtlıklara yol açmamak için araştırılmalıdır. Bunun sonucunda temel bir fikir elde edilir ve kanıtlar ile bunun desteklenmesine çalışılır. Bir tezin ön sunumu (önerisi) ne demektir ve teze başlamadan önce neden bir tez ön sunumu hazırlanmalıdır? Tez ön sunumu ya da önerisi, asistanlık öğrencisinin yapacağı tezi ana hatlarıyla tanımladığı bir belgedir. Bu belge asistanlık öğrencisinin inceleyeceği konuyu tüm yönleriyle ele almasını sağlar. Bunun yanında artık tez ön sunumu tüm doktora programları için zorunlu hale gelmeye başlamıştır. Tez ön sunumu hazırlanarak, ilk bakışta tez olarak yapılması uygun görünen bazı konuların aslında asistanlık dönemi boyunca tamamlanamayacağı ve bu ya da başka nedenlerle yapılmasının uygun olmadığı fark edilebilir. Öte yandan, tez ön sunumu asistanlık öğrencisi ile tez danışmanının iletişim problemlerini de çözebilmektedir. Bu nedenlerle, tez ön sunumu önemsenmelidir. Aslında, tez ön sunumu hazırlamadan teze başlamak başlangıçta hızlı ve avantajlı gibi görünse de, sonradan karşılaşılabilecek sorunlar nedeniyle aslında doğru değildir. Tez ön sunumu; amaç, önem, varsayımlar, tanımlar, yöntem, çalışma planı ve kaynaklar gibi bölümlerinden oluşmaktadır.

Asistan eğitimini araştırma ağırlıklı bir eğitim haline getirmek, araştırma sonuçlarının bilim topluluğuna aktarılmasını sağlama konusunda isteği arttırmak ve kılavuzluk yapmak amacıyla asistan tez çalışmalarının belirli bir standarda ulaştırılması önemlidir. Bilimsel araştırma projeleri ve asistan tez çalışmalarının yazılması, tartışılması ve kabul edilmesi, yayınlanması aşamalarının hepsinde, öncelikle standartları belirlemek ve yükseltmek amacıyla, T.C.S.B Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Planlama Koordinasyon Kurulu (EPKK) ve Eğitim Koordinatörlüğü (EK) bünyesinde, Bilimsel Araştırma ve Tez Yazılması ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge hazırlanmıştır.

Bilimsel araştırma tezlerinin sonucunda elde edilen yeni bilgilerin bilim topluluğuna aktarılması, ayrıca başkaları tarafından her yönüyle eleştirilebilmesi ve gerektiğinde sınılanabilmesi önemlidir. Bu yüzden bu yönerge ile belli bir standarda ulaşması düşünülen asistan tez çalışmalarının oluşma sürecinde; etik kurula ulaşma, istatistik, kit ve benzeri sarf malzemelerin temini, çeviri ve literatür hizmetine ulaşma, kongrelerde sunma ve son olarak yayın haline gelmesinde her türlü maddi desteği imkanlar doğrultusunda vermek amacıyla hastanemizde bir komisyon kurulmuştur ve bu komisyon tarafından bir tez değerlendirme formu hazırlanmıştır. Bu değerlendirme formunun içeriğinde; tezin konusu, gerekçesi, amacı ve muhtemel katkıları, materyal ve metodu, araştırmanın öngörülen

başlama ve sonlanma tarihi, istatistiksel yöntem ve konu hakkında literatür gibi değerlendirmeler yer almaktadır.

1.1.ETİK KURUL BAŞVURUSU

Tezin planlanması aşamasında, tezin yapılabilmesi için kurum etik kurul onayının alınması gereklidir. Öncelikle tez çalışmalarının ve diğer akademik çalışmaların yayınlanabilmesi için zorunlu kılınan etik kurul kararının alınması zamanla zorunluluk olmaktan çıkıp, yapılan çalışmanın değerini arttırması yönüyle de hekimlere cazip hale gelmiştir. Bu amaçla hem Sağlık Bakanlığı bünyesinde, hem de üniversite hastanelerinde tıbbi etik kurullar oluşturulmuştur.

Yapılan tezlerde ve akademik çalışmalarda, etik kurul kararının alındığına dair bilgiler çalışma metnine eklenmektedir. Yapılacak olan tezin bilimsel bir veri olarak kabul edilebilmesi için tıbbi etik değerlere uygun olması zorunluluğu mevcuttur (3). Ayrıca, tez çalışmasında kullanılmak üzere "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" hazırlanmalıdır (arşiv materyalinin taranmasına dayalı geriye dönük tezler haricinde). Tez hazırlığı yaparken özellikle dikkat edilmesi gereken başka hususlar da mevcuttur. Tez araştırma ekibinin tamamı "İyi Klinik Uygulamaları" çerçevesinde yazılı olarak bilgilendirilmelidir. Helsinki Deklarasyonu'nun son metni araştırmacılar tarafından okunup, araştırmada bu deklarasyona aykırı bir unsur olmadığı tüm araştırmacılar tarafından teyit edilmelidir. Tez için arşiv materyali kullanılacaksa ilgili Eğitim Görevlisi ve Başhekimlikten izin alınmalıdır. Araştırma hastanedeki rutin işleyişi ve iş akışını önemli derecede aksatmamalıdır. Fakat daha da önemlisi, tez çalışmasının hasta hakları açısından uygunsuz unsurlar içermediğine dikkat etmek gerekir.

Sonuç olarak, tez hazırlığı hekime bir konuyu derinlemesine öğrenme, konuyu araştırma ve en önemlisi de sistemli bir şekilde aktarabilme yetisi kazandırır. Unutulmaması gereklidir ki, tez hazırlama ve yazma çok sıkıntılı bir süreçtir. Fakat ilerideki tıbbi akademik hayatta ne kadar önemli bir yeri olduğu daha sonra anlaşılabacaktır.

Kaynaklar

1. Eymen U. Erman. *Tez Önerisi Nasıl Hazırlanır? Sayfa: 6-8, İstatistik Merkezi, 2007.*
2. TCSB Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu *Asistan Eğitim Kalitesi ve Bilimsel Performansın Arttırılması Hakkında Yönerge, İzmir, 2003.*
3. Güzeldamar Erdal M. *Bilimsel yazı nasıl yazılmalı? Sayfa: 16-17, Logos Yayıncılık, İstanbul, 2003*

BİLİMSEL TEŞVİK KOMİSYONU

Önder KALENDERER

Bilgi ve zeka, toplumların en önemli gücü ve en önemli beşeri sermayesidir. Gelişmiş ülkelerin refah düzeyi ve toplumsal gelişmişliği, ürettikleri bilgi ile oluşturdıkları katma değerın yanı sıra, toplumsal hayatın geliştirilmesi ve güçlendirilmesidir. Sağlık alanında gelişmenin desteklenmesi ise, insan hayatının kalitesini arttıracak, insan ömrünü uzatacaktır. Bu alanda, ülkemizin gelişmesini istiyorsak, bu konuda çalışanların desteklenmesi kaçınılmaz bir gerekliliktir.

Bilimsel teşvik komisyonunun temel amacı; İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği bünyesinde bulunan hastanelerde, bilimsel aktiviteleri ödüllendirmek, kliniklerin ve çalışanların bilimsel performanslarını artırmaya yönelik çalışmaları desteklemektir.

Bu komisyon 7 kişiden oluşmaktadır. Komisyonun başkanı Başhekimlik tarafından atanan Hastane Eğitim Koordinatörüdür. Her yıl klinik bilimsel performans değerlendirmesinde (Ek 1) yer alan en başarılı 3 eğitim kliniğinin eğitim görevlileri doğal üyelerdir ve bu üyeler her yıl değerlendirme sonuçlarına göre yeniden belirlenirler. Komisyonun bir diğer üyesi hastanenin klinik asistan temsilcilerinin kendi aralarından seçtiği asistan temsilcisidir. Hemşire grubunun temsilcisi olarak yer alan üye, hastanemizde yüksek lisans eğitimi almış hemşirelerin kendileri arasında yaptıkları seçimle belirlenir. Komisyonun son üyesi ise, eğitim kliniği olmayan branşları temsilen çalışan uzmanlar arasından bilimsel performansı ve H faktörü en yüksek olan uzman hekimdir. (H faktörü, bir hekimin yaptığı yayınlara aldığı atıf sayısıdır. Yayın sayısı ile atıf sayısı, yatay ve dikey eksenlere gelecek şekilde noktalar yerleştirildikten sonra bu noktalardan geçen bir eğri çizilir. Bunu grafiğe bir açıortay çizilmesi izler. Açıortay çizgisi ile eğrinin kesişim noktasının yatay ya da dikey eksenindeki izdüşüm değeri H-faktörünü verir).

Bilimsel teşvik ve ödüllendirme komisyonu, yılda en az 2 kez Nisan ve Eylül aylarında toplanır. Kendilerine ulaşan tüm bilimsel çalışmaları, araştırma projelerini, tez çalışmalarını ve kongre destek istemlerini değerlendirir. Ardından bilimsel proje çalışmaları, ilgili branştan en az iki hakeme gönderilir. Hakem incelemesi sonrası hastane bütçesi göz önüne alınarak hangi bilimsel çalışmaların destekleneceği komisyon tarafından belirlenir ve hastane Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kuruluna (EPKK) onay için gönderilir. Bilimsel aktiviteleri ödüllendirme ve teşvik komisyonu bilimsel çalışmaları desteklerken pozitif ayrımcılık ilkesine göre hareket etmektedir. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinin belirlediği bütçenin %30'u asistan hekimlerin

çalışmalarına, %30'u hemşire grubunun ve yine %30'u başasistan ve eğitim kliniğinde çalışmayan uzman hekimlerin bilimsel çalışmalarının desteklenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Bütçenin sadece %10'luk kısmı eğitim görevlileri, profesör ve doçentlere ayrılmıştır.

Bilimsel teşvik ve ödüllendirme komisyonu; tez çalışmaları, bilimsel araştırma projeleri ve kongre-seminer aktif katılımı gibi başlıca üç konuyu değerlendirmek ve ödüllendirmek üzere kurulmuştur. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi EPKK tarafından oluşturulan tez yönergesine göre araştırma görevlilerinin yaptığı tez çalışmalarının (etik kurul izni almak şartıyla) tüm istatistik giderleri hastane bütçesi üzerinden karşılanmaktadır. Bunun dışında bilimsel teşvik ve ödüllendirme komisyonuna bildirilen ve proforma fatura ile sunulan harcama giderleri, hastane bütçesine ve teşvik komisyonunun uygun kararıyla karşılanmaktadır.

Bilimsel teşvik ve ödüllendirme komisyonunun en temel görevi, hastanenin bilimsel araştırma projelerinin sayısını ve kalitesini artırmaya yönelik çalışmaları desteklemektir. Etik kurul onayı alınmış ve bilimsel çalışma formu (Ek 2) eksiksiz olarak tamamlanmış tüm araştırma projeleri, hastanenin bütçesi doğrultusunda desteklenmeye çalışılacaktır.

Özellikle araştırma görevlisi ve hemşire arkadaşların birinci isim olarak yer aldığı çalışmaların kongrelerde sözel bildiri olarak kabul edildiği durumlarda, yine komisyonun olumlu kararı doğrultusunda desteklemeye gidilecektir. Kongreye kayıt, ulaşım ve konaklama ücretleri hastane bütçesi göz önüne alınarak karşılanmaya çalışılacaktır.

Bilimsel teşvik ve ödüllendirme komisyonu tarafından desteklenmesine karar verilen ve hastane tarafından giderlerin ödendiği tüm makale, bildiri ve bilimsel çalışmalarda, çalışmayı destekleyen kuruluş olarak, İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'nin adı yazılmak zorundadır. Bilimsel teşvik ve ödüllendirme komisyonu, hastanede yapılan tüm bilimsel çalışmaları desteklemeye ve hem hastanenin hem de hekimlerin ulusal ve uluslararası platformda adlarının duyurulmasına hastane bütçesine uygun olarak çaba sarf etmeye hazır bir komisyondur. Şu anda bilimsel teşvik ve ödüllendirme komisyonunun yaptığı destek anlamlı ve iyi bir başlangıçtır. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri için ise bir yeniliktir. İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği EPKK olarak, bilimsel teşvik komisyonu ile hastane çalışanları tarafından üretilen özgün ve yüksek nitelikli bilimsel çalışmaların, ülkemiz sağlık, eğitim ve bilim alanlarının uluslararası tanınırlığını ve saygınlığını arttıracak kanaatindeyiz. Bu komisyon ile evrensel bilgiye katkı sağlayacak olan bilim adamlarını yüreklendireceğimizi umuyoruz.

Ek 1: Klinik bilimsel performans çizelgesi

1. ASİSTAN VE SERVİS EĞİTİMİ BÖLÜMÜ (40 PUAN)

- a. Çekirdek müfredat programı uygulaması (8 puan)
- b. Asistan karnesi (aylık periyodik olarak imzalanıyor mu?) (6 puan)
- c. Yazılı ve sözlü sınav uygulaması (5 puan)
- d. Asistanların bilimsel etkinliklere katılımı
 - i. Makale yazımı (5 puan)
 - ii. Kongrede bildiri sunumu (2 puan)
 - iii. Kongreye katılım (1 puan)
 - iv. Periyodik (haftalık, aylık) hastane içi-dışı konseylere katılım (2 puan)
 - v. Klinik veya hastane içi planlı ders programlarına veya seminerlerine düzenli katılım (2 puan)
- e. Klinik içi eğitim programlarında eğitim görevlisinin payı (planlı-yazılı) (4 puan)
- f. Zorunlu klinik içi eğitim (1 puan)
- g. Hemşire ve yardımcı sağlık personeli eğitimi (makale, kongre bildirisi, katılım, 4 puan)

2. BİLİMSEL YAYINLAR VE FAALİYETLER (60 PUAN)

- h. Makaleler
 - i. SCI, SCI-Expanded, SSCI, AHCI gibi indekslerce taranan dergilerde yayınlanan araştırma makalesi (5 puan)
 - ii. SCI, SCI-Expanded, SSCI, AHCI dışında uluslararası indeksler tarafından taranan (Index medicus, Excerpta medica vb) dergilerde yayınlanan araştırma makalesi (4 puan)
 - iii. SCI, SCI-Expanded, SSCI, AHCI gibi indekslerce taranan dergilerde yayınlanan olgu sunumu (3 puan)
 - iv. SCI, SCI-Expanded, SSCI, AHCI dışında uluslararası indeksler tarafından taranan (Index medicus, Excerpta medica vb) dergilerde yayınlanan olgu sunumu (2 puan)
 - v. Yurt içi hakemli dergilerde araştırma ve derleme makaleleri (1 puan)
 - vi. Yurt içi hakemli dergilerde olgu sunumu (0,5 puan)
- i. Uluslararası toplantı, kongre ve sempozyum bildirileri
 - i. Sözlü bildiri (1,5 puan)
 - ii. Poster (0,5 puan)
- j. Ulusal toplantı, kongre ve sempozyum bildirileri
 - i. Sözlü bildiri (0,5 puan)
 - ii. Poster (0,25 puan)
- k. Kitaplar
 - i. Yurtdışında yayınlanan kitap (ISBN) (20 puan)

- ii. Yurtdışında yayınlanan kitapta bölüm ya da ünite (10 puan)
- iii. Yurtiçinde yayınlanan kitap (ISBN) (10 puan)
- iv. Yurtiçinde yayınlanan kitap bölümü veya ünite (5 puan)
- v. Alanında kitap çevirisi veya çeviri editörlüğü (3 puan)
- vi. Kitapta bölüm çevirisi (1 puan)
- e. Bilimsel dergilerde editörlük / yayın kurulu üyeliği
 - i. SCI-SCI Expanded, SSCI, AHCI de yer alan dergilerde (8 / 4 puan)
 - ii. SCI-SCI Expanded, SSCI, AHCI dışı uluslar arası indekslerde yer alan dergilerde (4 / 2 puan)
 - iii. Ulusal hakemli dergiler (2 / 1 puan)
 - iv. Ulusal hakemsiz dergiler (1 / 0,5 puan)
- f. Bilimsel dergide hakemlik
 - i. SCI-SCI Expanded, SSCI, AHCI de yer alan dergilerde (1 puan)
 - ii. SCI-SCI Expanded, SSCI, AHCI dışı uluslar arası indeklerde yer alan dergilerde (0,5 puan)
 - iii. Ulusal hakemli dergilerde (0,25 puan)
- g. Atıflar
 - i. SCI-SCI Expanded, SSCI, AHCI de yer alan dergilerde (2 puan)
 - ii. Diğer yayınlar (1 puan)
 - iii. Yurtdışında yayınlanan kitapta (4 puan) iv. Yurtiçinde yayınlanan kitapta (2 puan)
- h. Araştırma projeleri (8 puan)
 - i. Uluslar arası projelerde yürütücü
 - ii. Uluslar arası projelerde görev alma
 - iii. Ulusal destek alan projelerde yürütücü
 - iv. Ulusal destek alan projelerde görev alma
- i. Bilimsel etkinliklerde görev alma
 - i. *Uluslar arası sempozyum ve kongrelerde*
 - 1. Başkanlık (8 puan)
 - 2. Bilim kurulu üyeliği (3 puan)
 - 3. Sekreteryaya (10 puan)
 - 4. Oturum başkanlığı (3 puan)
 - 5. Panelistlik (6 puan)
 - ii. *Ulusal sempozyum ve kongrelerde*
 - 1. Başkanlık (6 puan)
 - 2. Bilim kurulu üyeliği (2 puan)
 - 3. Sekreteryaya (8 puan)
 - 4. Oturum başkanlığı (2 puan)
 - 5. Panelistlik (5 puan)
- j. Bilim, hizmet ve Teşvik ödülleri (2 puan)
 - vii. Uluslar arası (2 puan)
 - viii. Ulusal (1 puan)

YEREL ETİK KURULU, HAYVAN ETİK KURULU NEDİR? NASIL BAŞVURULUR?

Mehmet ÖZEREN

İnsanlar üzerinde klinik araştırma yapılması tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sıkı kurallara bağlıdır. Klinik araştırmalar bir araştırma ürününün klinik ve farmakolojik etkilerini ortaya çıkarmak, güvenliliği ve/veya etkililiğini teyit etmek üzere, gönüllüler üzerinde yapılan araştırmalardır. İnsanlar üzerinde yapılan klinik ilaç araştırmaları, ilaç dışı klinik araştırmalar, tıbbi cihazlarla yapılan klinik araştırmalar ve yeni bir cerrahi yöntem kullanılarak yapılan klinik araştırmalar gibi her türlü klinik araştırma bu kapsamda değerlendirilir. Klinik öncesi (kimya deneyleri, hücre, doku ve hayvan çalışmaları gibi) araştırmalardan geçmiş yeni bir ilaç, cihaz veya cerrahi teknik insanlar üzerinde yapılan klinik çalışmalardan sonra topluma sunulmak zorundadır. Bu araştırmalar yetkin araştırmacıların denetiminde sınırları iyi belirlenmiş olarak gerçekleştirilmelidir. TDK sözlüğünde 'meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü' olarak da açıklanan '*Etik*', evrensel insani değerlere dayanan iyi ve doğru davranış içinde bulunmaktır. Uluslararası anlaşmalar ve ulusal yasalarla tıbbi araştırmalarda uyulması gereken kurallar belirlenmiştir. Dünya Tıp Birliği (WMA) Helsinki Bildirgesi-İnsan Gönüllüler Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalar için Etik İlkeler bu konuda öncülerden olup ilk 1964 yılında oluşturulmuştur. Tıbbi araştırmacının öncelikli amacı olan yeni bilgilere ulaşmanın hiçbir zaman gönüllü bireylerin hak ve menfaatlerinin önüne geçemeyeceği kabul edilmiştir.

- Türk Ceza Kanununa göre (Madde 90);insan üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel deneyin ceza sorumluluğunu gerektirmemesi için "deneyle ilgili olarak yetkili kurul veya makamlardan gerekli iznin alınmış olması"şart olarak düzenlenmiştir.
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa göre (Ek Madde 10);herhangi bir tedavi yöntemi veya araçlarının veyahut ruhsat veya izin alınmış olsa dahi ilaç ve terkiplerinin, tıbbi ve biyolojik ürünler, bitkisel ürünler, kozmetik ürünler ve hammaddeleri ile tıbbi cihazların bilimsel araştırma amacıyla insanlar üzerinde kullanılabilmesi için Sağlık Bakanlığı veya bağlı kuruluşlarından izin alınmasının yanında; yapılacak araştırmayı ilgili etik kurulun uygun görmesi gerekmektedir.
- Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik(2013) (Madde1);taraf olunan uluslararası anlaşmalar ile Avrupa Birliği standartları ve iyi klinik uygulamaları çerçevesinde, insanlar üzerinde bilimsel araştırma yapılması

ve gönüllülerin haklarının korunmasına dair usul ve esaslar ile Klinik Araştırmalar Danışma Kurulu ve etik kurulların teşkili, görevleri, çalışma usul ve esaslarını düzenlemiştir.

Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, biyoyararlanım ve biyoeşdeğerlik çalışmaları dâhil, ruhsat veya izin alınmış olsa dahi insanlar üzerinde yapılacak olan ilaç, tıbbi ürünler ve bitkisel tıbbi ürünler ile ilaç dışı klinik araştırmaları, klinik araştırma yerlerini ve bu araştırmaları gerçekleştirecek gerçek veya tüzel kişileri kapsamaktadır. Retrospektif çalışmalar bu Yönetmeliğin kapsamı dışında tutulmuştur. Çocukların, gebeler, lohusalar ve emziren kadınların, kısıtlıların, yoğun bakımdaki ve bilinci kapalı kişilerin araştırmaya iştirak etmeleri bu Yönetmelikte düzenlenmiştir.

Tıbbi araştırmalar aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

1.PRİMER ARAŞTIRMA

1.1. Temel Bilim Araştırmaları(Deneyisel Araştırmalar)

- Teorik Araştırmalar: Yöntem geliştirme (Analitik ölçme işlemleri, Görüntüleme işlemleri, Biyometrik işlemleri, Test geliştirme ve değerlendirme işlemleri)
- Uygulamalı Araştırmalar: Hayvan çalışması, Hücre çalışması, Genetik mühendisliği, Genetik çalışmalar, Biyokimya, Materyal geliştirme

1.2. Klinik Araştırmalar

- Deneyisel – Müdahale içeren: Klinik çalışma (ilaç çalışması: Faz I-IV çalışmaları, Tıbbi cihazlar veya cerrahi yöntemleri içeren çalışmalar)
- Gözlemsel - Müdahale içermeyen: Tedavi çalışması, prognoz çalışması, tanısal çalışma, ilaçla yapılan gözlemsel çalışma, sekonder veri analizi, olgu serileri, olgu sunumu.

1.3. Epidemiyolojik Araştırmalar

- Deneyisel: Girişimsel çalışmalar (Alan çalışması, Grup çalışması).
- Gözlemsel: Kohort çalışması (prospektif, retrospektif), Olgu-kontrol çalışması, kesitsel çalışma, çevresel çalışma, izlem ve takip çalışması, kayıtlı verilere dayalı tanımlayıcı çalışma.

2.SEKONDER ARAŞTIRMA

2.1. Meta-analiz

2.2. Derleme(Sistematik, Basit) İnsanlar üzerindeki klinik araştırma dönemleri 4 faza ayrılır (Madde 10, kısaltılmıştır):

- Faz I veya I. Dönem: Araştırma ürününün farmakokinetik özelliklerinin, toksisitesinin ve vücut fonksiyonlarına etkisinin tespit edilebilmesi için seçilmiş yeterli sayıda sağlıklı gönüllüye veya imkân olmayan durumlarda hasta gönüllülere uygulanmak suretiyle denendiği klinik araştırma

dönemidir. Klinik öncesi araştırmaları tam yapılmadan Faz I veya I. Dönem klinik araştırmalarına geçilemez.

- Faz II veya II. Dönem: Araştırma ürününün terapötik doz sınırlarının, klinik etkililiğinin ve emniyetinin araştırılması amacıyla, araştırmanın niteliğine ve mahiyetine göre seçilmiş yeterli sayıda gönüllü hastaya uygulanmak suretiyle denendiği klinik araştırma dönemidir.
- Faz III veya III. Dönem: Seçilmiş, yeterli sayıda gönüllü hastaya uygulanarak, etkililiği, emniyeti, yeni bir endikasyon araştırması, farklı dozları, yeni veriliş yolları ve yöntemleri, yeni bir hasta popülasyonu ve yeni farmasötik şekiller yönünden denendiği klinik araştırma dönemidir.
- Faz IV veya IV. Dönem: Türkiye'de ruhsat almış ürünlerin onaylanmış endikasyonları, pozoloji ve uygulama şekilleri, izinli ürünlerin ise önerilen kullanımlarına yönelik emniyetinin ve etkililiğinin daha fazla incelenmesi veya yerleşik diğer tedavi, ürün ve yöntemlerle karşılaştırılması için fazla sayıda gönüllü hasta üzerinde gerçekleştirilen klinik araştırma dönemidir.

Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliğe göre etik kurullara başvuru gerekliliği açısından ise tıbbi araştırmaları şu şekilde gruplayabiliriz: Etik kurul onayı + Sağlık Bakanlığı onayı gerekenler:

- Ruhsat veya izin alınmış olsa dahi insanlar üzerinde, ilaç ve terkipleriyle yapılacak klinik ilaç araştırmaları,
- Gözlemsel ilaç veya tıbbi cihaz çalışmaları,
- Tıbbi cihazlar, biyolojik ürünler, bitkisel tıbbi ürünler, kozmetik ürünler veya hammaddeleri ile yapılacak klinik araştırmaları,
- Biyoyararlanım ve biyoeşdeğerlik çalışmaları,
- İnsanlar üzerinde gerçekleştirilecek olan yeni bir cerrahi yöntem araştırması, kök hücre nakli araştırması, doku nakli araştırması veya organ nakli araştırması.
- **Gözlemsel ilaç çalışması:** İlaçların Türkiye'de ruhsat aldığı endikasyonları, pozoloji ve uygulama şekillerinde, Bakanlığın güncel tanı ve tedavi kılavuzlarına uygun olarak tedavisi devam eden hastalarda, spontan reçete edilen ilaca ait verilerin toplandığı epidemiyolojik çalışmaları;
- **Gözlemsel tıbbi cihaz çalışması:** CE işareti taşıyan ve tıbbi cihaz kullanım kılavuzunda belirtilen kullanım amacı doğrultusunda, spontan olarak kullanılan cihaza ait verilerin toplandığı epidemiyolojik çalışmaları ifade eder.

Gözlemsel ilaç veya tıbbi cihaz çalışmasında dahil olmak üzere her türlü ilaç veya tıbbi cihaz çalışması etik kurullar onayından sonrasında Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu izni ile başlatılabilir.

Retrospektif çalışmalar Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliğin kapsamı dışındadır. Önceki yönetmelikte bulunan "Girişimsel Olmayan Klinik

"Araştırmalar" sınıflaması, tanımı ve kapsamı tartışmalı olduğundan, bu yeni yönetmelikte kaldırılmıştır. Yeni yönetmelik kapsamına girmeyen retrospektif çalışmalar için etik kurul onayı gerekmez de "Araştırma Etiği" açısından etik kurullara veya "yerel etik kurul" veya benzeri kurullara danışılması önerilir. Tartışmalı olan girişimsel olmayan klinik araştırmalar içinse etik kurullara başvurulmalıdır. Etik kurullar bu çalışmaları da değerlendirir ve çalışmanın hangi kapsamda değerlendirilmesi gerektiğine de karar verir. Sonuç olarak retrospektif çalışmalarda araştırmacıların mevcut durumda üç seçeneği vardır:

- Yerel etik kurullar veya benzeri kuruluşlar (örneğin Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu),
- Mevcut Etik kurullar (iş yükü fazla olsada) veya
- Hiçbir yere başvurmamak (araştırma ve yayın etiği açısından uygun olmayan bir durumdur) Girişimsel olmayan çalışmalarda da eğer retrospektif bir çalışma değilse etik kurula başvurulması gerekir.

Sadece Etik kurul onayı gerekenler: gönüllüye bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmeden yapılacak tüm araştırmalar ve retrospektif çalışmalar (isteğe bağlı yukarıda yazılan durumlarda) bu kapsamda değerlendirilebilir.

- Gözlemsel ilaç veya tıbbi cihaz çalışmaları dışında yer alan tüm gözlemsel çalışmalar,
- Anket çalışmaları (Gözlemsel ilaç çalışması niteliğinde sorular içermeyen),
- Dosya ve görüntü kayıtları gibi geriye dönük (retrospektif) arşiv taramaları,
- Kan, idrar, doku, radyolojik görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin muayene, tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak araştırmalar,
- Verilen sağlık eğitiminin sonuçlarını ölçen araştırmalar,
- Antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışmalar,
- Hücre veya doku kültürü çalışmaları,
- Gen tedavisi klinik araştırmaları dışında kalan ve tanımlamaya yönelik olarak genetik materyalle yapılacak araştırmalar,
- Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırmalar,
- Gıda katkı maddeleriyle yapılacak diyet çalışmaları,
- Egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar,
- Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi insana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmeden yapılacak tüm araştırmaları içerir.

Kan, idrar, doku, radyoloji görüntüleri ve benzeri materyalin toplanmış koleksiyonlarını klinik araştırma amacıyla kullanabilmesinayı eski yönetmelikte bölge etik kurullara bırakılırken yapılacak çalışmalarda hasta kimlik bilgilerinin gizliliğini ve olası çalışmalar için eskiden onayının olmasını istemektedir. Eğer bu

imkân dâhilinde değilse 2011 yılındaki Yönetmelikten önce tutulan bilgiler için etik kurul onayı ile bu koleksiyon anonim kabul edilebilir. Bu tarihten sonraki bilgilerin kullanımı için ise materyal sahiplerinin veya yasal temsilcilerinin onayı gerekmektedir. Mevcut çalışma ile ilgili alınan onamlarda gelecekteki yeni çalışmalara da izin verip vermediği belirtilmelidir. Aslında tüm hastalardan, gelecekteki olası çalışmalarda kullanmak üzere, gizlilik şartı ile tıbbi kayıt ve materyallerinin kullanılabilceği şeklinde bir onam alınması önerilir.

ETİK KURULLARIN YAPISI

Etik kurullar, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve Biyoyararlanım-Biyoeşdeğerlik Çalışmaları Etik Kurulu şeklinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunca onaylanarak teşekkül ettirilir. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, biyoyararlanım-biyoeşdeğerlik çalışmaları dışındaki araştırmaları bilimsel ve etik yönden değerlendirmek için kurulur. Bakanlık bünyesinde oluşturulan Klinik Araştırmalar Danışma Kurulu Sağlık Bakanlığı Müsteşarı veya uygun göreceği bir Müsteşar Yardımcısının başkanlığında tıbbın cerrahi, dâhili ve temel bilimlerinden Kurumca seçilen uzmanlığını almış veya doktorasını yapmış üçer kişi, birer klinik psikolog ve ilahiyatçı ile Kurum 1. Hukuk Müşaviri veya görevlendireceği bir hukuk müşavirinden oluşur ve klinik araştırmalarla ilgili olarak etik kurullarca veya klinik araştırmancının taraflarınca Kuruma iletilen ve uzmanlık görüşü gerektiren hususlarda görüş bildirme görevini yerine getirir. Bu Yönetmeliğin kapsamı içinde kalan konuları değerlendirmek amacıyla, başka kurum veya kuruluşlarca etik kurul veya etik kurul fonksiyonlarını icra edecek ayrı bir kurul veya yapı oluşturulamaz. Ancak yürürlükteki yönetmelik kapsamına girmeyen çalışmalarla ilgili nasıl bir usul uygulanacağı kurum ağ sayfasında sıkça sorulan sorular kapsamında açıklanmıştır. Bir önceki (2011 yılı) yönetmelikte var olan ilgili kurum veya kuruluşlar, "*Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu*" adı altında, üye yapısını ve görevleri ile çalışma usul ve esaslarını kendilerinin belirleyecekleri bir etik kurulu, bu yönetmeliğin kapsamı dışında kalan araştırmaları değerlendirmek amacıyla bünyelerinde teşekkül ettirebilirler ifadesi yeni yönetmelikte olmamasına rağmen 'yerel etik kurul' için uygulanabilir. Bu ilgili yerel kurum veya kuruluşların kendi başına alacağı karardır.

Etik kurullar gönüllülerin hakları, güvenliği ve esenliğinin korunması amacıyla araştırma ile ilgili diğer konuların yanı sıra gönüllülerin bilgilendirilmesinde kullanılacak yöntem ve belgeler ile bu kişilerden alınacak olurlar hakkında bilimsel ve etik yönden değerlendirme yapmak amacıyla, üyelerinin çoğunluğu doktora veya tıpta uzmanlık seviyesinde eğitilmiş sağlık meslek mensubu olan, en az yedi ve en çok on beş üyeden oluşturulur (Madde 26). Yönetmelikte kurulların asgari kimlerden oluşacağı ve nitelikleri (bazı üyeler zorunlu değildir) belirlenmiştir. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu uzman hekimler, tıp

doktoru, farmakoloji, biyoistatistik veya halk sağlığı, deontoloji, klinik eczacı ve biyomedikal alanında çalışan mühendis veya biofizik veya fizyolog, hukukçu ve sağlık mensubu olmayan kişiden oluşmaktadır. Biyoyararlanım-Biyoeşdeğerlik Çalışmaları Etik Kurulunda ise ayrıca doktora yapmış eczacı veya kimya mühendisi gibi farklı üyelerde bulunur. Etik kurullar, başvuruları bilimsel ve etik yönden değerlendirme ve karar verme hususlarında bağımsızdır.

Etik kurullar, araştırma başvurusu hakkında görüş oluştururken asgari olarak; Araştırmadan beklenen yarar, zarar ve risklerin analizini, bilimsel verilere ve yeni bir hipoteze dayanıp dayanmadığını, araştırmanın öncelikle insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda hayvan üzerinde yapılmış olması zarureti, insan üzerinde yapılabilecek olgunluğa erişip erişmediği ve bunun insan üzerinde de yapılmasını gerekli kılması hususunu, araştırma protokolünü ve broşürünün içeriğinin, gönüllü olurlarının alınması amacıyla izlenen yöntemi, muhtemel kalıcı sağlık problemleri de dâhil olmak üzere yaralanma veya ölüm hallerinde, sorumlu araştırmacı veya araştırmacı ya da destekleyicinin sorumluluğunu, bir yaralanma veya ölüm durumunda tazminat verilmesini, gönüllülerin araştırmaya alınmasına ilişkin düzenlemeleri, araştırmada görev alan araştırma ekibinin araştırmanın niteliğine göre uygunluğunu değerlendirir. Klinik araştırmalar, sorumlu araştırmacının başkanlığında, araştırmanın niteliğine uygun bir ekiple yürütülür. Faz IV klinik araştırmaları ve gözlemsel ilaç çalışmaları dışındaki klinik araştırmalara katılacak gönüllüler için ilgili mevzuat gereğince sigorta yaptırılması zorunludur. Ancak, bu durum ilaç dışı klinik araştırmalarda araştırmanın niteliğine göre belirlenir. Araştırmada kullanılan her türlü araştırma ürününün, ürünlerin kullanılmasına mahsus cihaz ve malzemeler ile muayene, tetkik, tahlil ve tedavilerin bedeli destekleyici tarafından karşılanır. Bu bedel, gönüllüye veya sosyal güvenlik kurumlarına ödettilmez. Araştırmayı yapacak olan gerçek veya tüzel kişilerin araştırmanın finansmanını ve bütçesini başvuru dosyasında ayrıntılı olarak belirtmesi zorunludur. Ancak hasta için rutinde yapılması gereken tanı ve tedavi masraflarının, SGK tarafından ödeneceği, rutin dışı araştırma ile ilgili masrafların ise SGK tarafından ödenmeyeceği görüşü hâkimdir. Bu konuda resmi bir tebliğ veya genelge henüz yoktur. Eski yönetmelikte geçen rutin işlemlerin masrafı için SGK ya bildirim ve onay alınması şartı (etik kurul kararında araştırmacıya bildiriliyordu) bu yönetmelikte kaldırılmıştır.

Araştırmadan beklenen bilimsel faydalar ve kamu menfaati, araştırmaya iştirak edecek gönüllü sağlığından veya sağlığı bakımından ortaya çıkabilecek muhtemel risklerden ve diğer kişilik haklarından daha üstün tutulamaz. Elde edilecek faydaların araştırmadan doğması muhtemel risklerden daha fazla olduğuna etik kurulca kanaat getirilmesi hâlinde, kişilik hakları gözetilerek, usulüne uygun bir şekilde bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınması kaydıyla,

etik kurulun onayı +/- Kurum izni alındıktan sonra araştırma başlatılabilir. Araştırma ancak bu şartların devamı hâlinde yürütülür. Etik kurul kendisine yapılan başvurulardan onay alanları, gerektiğinde araştırma sırasında ve yerinde izleyebilir. Araştırmanın tamamlanmasından sonra klinik araştırmaya ve gönüllülere ait bilgi ve belgeler yönetmelikteki belirtilen sürelerde muhafaza edilmelidir.

Etik kurullara başvururken ilgili etik kurulun istediği form ve evraklar internet ortamındaki kendi ağ sayfalarından elde edilmektedir. Sağlık Bakanlığı **Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna yapılacak başvurular için kılavuz ve formlar** <http://www.titck.gov.tr> sayfasından indirilebilir. **Araştırma tipine göre bazı çalışmalar Bakanlık onayının alınmasından sonra başlatılabilir. Bu durum etik kurul tarafından kararda bildirilir. Bakanlığının haberdar edilmesi gereken tüm çalışmalarda etik kurul ve Bakanlığa aynı anda başvurulabilir. Hayvan Deneyleri ve Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulları**

Deney hayvanları üzerinde yapılan tıbbi araştırmaların koşulları uluslararası ortamda açık şekilde belirlenmiştir. Ülkemizde de bu duruma paralel olarak 2006 yılında hayvan çalışmaları için bir yönetmelik çıkarılarak, bu çalışmaların nasıl ve hangi kurallarla yapılacağı kesin sınırlarla çizilmiştir. Bu yönetmeliğe göre Hayvan Deneyleri Merkezi Etik Kurulu ve hayvan deneyleri yerel etik kurulları oluşturularak bunların kuruluş ve çalışma esasları belirlenmiştir. Hayvan Deneyleri Merkezi Etik Kurulu, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın bünyesinde başka Bakanlık ve Kurumlardan da katılımı ile geniş bir ekiple oluşturulurken, hayvan deneyleri yerel etik kurulları ise üniversitelerin bünyesinde oluşturulmuştur. Hayvan deneylerinde yer alan araştırmacılar arasında birinde bununla ilgili sertifikasyonu olmalıdır. Sonuç olarak bir bilimsel araştırmaya başlayabilmek için belirli etik kurullardan izin alınması gerekmektedir. Önce yapılacak araştırma için hangi etik kurula başvurulması gerektiği tespit edilerek gerekli bürokratik işlemler yerine getirilir ve etik kurul onayından sonra araştırma başlatılır. Etik Kurulların, araştırmaların yürütülmesi ve gönüllülerin güvenliğinin sağlanmasındaki önemi büyüktür.

Teşekkür

Sayın Dr. Hilal İlbars ve Dr.Bariş Karadaş'a katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Kaynaklar

1. Ulusal Klinik Araştırma Altyapı Ağı <http://tucrin.deu.edu.tr> 2014-02-03.
2. T.C.Başbakanlık Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük. <http://www.tdk.gov.tr> 2014-03-06.
3. Arda B, Şahinoğlu SP. Tıbbi Etik: Tanımı, İçeriği, Yöntemim ve Başlıca Konuları. Ankara Tıp Mecmuası 1995;48:323-36.
4. Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi, İnsanlar Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarla ilgili Etik ilkeleri. TTB Çevirisi, <http://www.ttb.org.tr> 2013-12-18.
5. Tuğlular I. İlaç Klinik Araştırmalarında Etik yaklaşımlar Tarihçesi ve Helsinki Bildirgesi.
6. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başvurusu Değerlendirme Kursu, 19-20 Aralık 2013 İzmir.
7. Tunçok Y, Oktay Ş. Klinik Araştırma Nedir? Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başvurusu Değerlendirme Kursu, 19-20 Aralık 2013 İzmir.
8. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu "Ek Madde 10".
9. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik 2013 Resmî Gazete Sayı: 28617.
10. Gözlemsel İlaç Çalışmaları Kılavuzu 2013.
11. Klinik Araştırmalarda Gönüllülerin Sigortalanması Hakkında Kılavuz 2013.
12. İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu 2013.
13. Klinik Araştırmalarda Etik Kurula Başvuru Şekline İlişkin Kılavuz 17.04.2013.
14. Akova M. Bilimsel Araştırmaya Hazırlık Aşamasında Etik Kurul İşlemleri. Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık – 2008.
15. Hayvan Deneyleri Etik Kurullarının Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik 2006.
16. Röhrig B, Baptistdu Prel J, Wachtlin D, Blettner M. Types of Study in Medical Research. Deutsches Ärzteblatt International DtschArztebl Int 2009;106:262-8.
17. İlbars H, Ayaz A, Akan H. Türkiye'de Etik Kurul Çalışma Usulleri. İKU 2009;21:38-42.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ HEKİM HAKLARI BİLDİRGESİ

Suat KAPTANER

Türk Tabipleri Birliği hekimlerin mesleklerini uygularken bazı haklara sahip olduklarını kabul eder. Ancak öncesinde önemle vurgulamak gerekir ki, hekim hakları hasta hakları kavramına karşı geliştirilmiş haklar değildir. Diğer bir deyişle, hekim hakları hasta hakları temel alınarak gerekçelendirilemez ve hasta haklarının getirdiği sorumlulukları azaltmaz.

Hekim haklarını hekimin sağlık hizmeti sunduğu kişi ve topluma karşı hakları ve hekimin sağlık hizmetini örgütleyen ve finanse eden kurumlar ve çalıştığı kurumlara ilişkin hakları olarak iki şekilde tanımlamak gerekir.

1.HEKİMİN SAĞLIK HİZMETİ SUNDUĞU KİŞİ VE TOPLUMA KARŞI HAKLARI

Tıbbi ölçüler dışında hiçbir özellik ya da ölçüte göre ayırım yapmadan hizmet sunma, hekimlik mesleğinin temel değerlerindendir. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ve Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kurallarında belirtildiği üzere, hekim belli koşulların oluşması halinde sağlık hizmeti sunmayı reddedebilir. Ancak bu hakkın kullanılması için aşağıdaki koşulların sağlanması gereklidir, aksi takdirde hekim "ayırım yapmama" ilkesini çiğnemiş olacaktır.

- Kişinin sağlık durumu acil bir girişim gerektirmiyor olmalıdır.
- Sağlık hizmeti sunulacak kişi erişilebilir ve gereksinimle uyumlu nitelikteki bir başka hekime yönlendiriliyor olmalı ve bu yönlendirme kişinin sağlığını tehlikeye atmıyor olmalıdır. Hekim hizmet sunduğu kişiyle ilgili edindiği tüm tıbbi bilgileri meslektaşına aktarmakla yükümlüdür.
- Hekim hizmet sunmayı reddetme nedeni ve diğer hizmet olanakları konusunda hastayı bilgilendirmeli, yönlendirmenin sağlık üzerine olumsuz etkisi olmayacağını açıklamalıdır.
- Sözlü ya da fiziksel bir şiddet söz konusu olduğunda hekim hizmet sunmayı reddedebilir. Ancak yine de, yukardaki üç koşulun sağlanması üzerine gösterilmelidir.
- Hekim kendisine başvuran ya da hizmet sunmakta olduğu kişi ile daha önceden var olan kişisel ilişkisi nedeniyle mesleki yargılarının etkilenebileceğinden kaygılanıyor ve böylesi bir durumda o kişinin uygun nitelikte sağlık hizmeti alamayacağı düşüncesi ile hizmet sunmayı reddedebilir. Bu durumda da ilk üç koşulun gerekleri yerine getirilmiş olmalıdır.
- Hekim bulaşıcı bir hastalık söz konusu olduğunda, çalışma ortamında rutin korunma araçları bulunmuyor ve o hastalığın bulaş riski tıbbi uygulama ile anlamlı biçimde artıyor olması durumunda hizmet sunmayı reddedebilir.

- Rutin korunma önlemlerinin yetersiz kaldığı, enfeksiyon zinciri henüz tam olarak tanımlanmamış bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda, böyle bir duruma ilişkin kesin kurallar getirmek güç olmakla birlikte, Türk Tabipleri Birliği hekimin mesleki bilgi ve becerisi dolayısıyla hala toplumun diğer üyelerine göre etkin girişimde bulunabilecek tek kişi olduğunu, ayrıca tıp mesleği ile toplum arasında bulunan geleneksel sözleşmenin gereği olarak hekime sorumluluk düştüğünü anımsatır.

2. HEKİMİN SAĞLIK HİZMETİNİ ÖRGÜTLEYEN VE FİNANSE EDEN KURUMLAR VE ÇALIŞTIĞI KURUMLARA İLİŞKİN HAKLARI

- Çalışma koşullarına ilişkin haklar: Hekimin, çalışma ortamının fizik özelliklerinden mesleki risklerin olası en düşük düzeye indirilmesine ve hizmetin uygun nitelikte sunulabilmesi için gerekli araçların sağlanmasına dek tüm koşulların belli nitelikte olmasını talep etme haklarına sahiptir. Hekimlerin çalıştıkları kurumlarda, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı sağlanmalıdır. Sağlık hizmeti sunan kurumlar, özellikle de devlet hem sağlık hizmetlerini sunması, hem de denetleme görevinin olması nedeniyle, bu hakkın kullanılmasının koşullarını güvence altına almakla yükümlüdür.
- Hekim, hekimlik meslek etiğine uygun olmayan davranışlara ortak olmayı reddetme hakkına sahiptir.
 - 2.1. Özlük hakları:** Hekim bir çalışan olarak çalışma güvencesi, yeterli gelir elde etme, izin kullanma, emeklilik, sürekli mesleki gelişimini sağlayacak etkinliklere katılma gibi haklara sahiptir.
 - 2.2. Demokratik haklar:** Hekim örgütlenme hakkına, çalıştığı kurumlarda yönetsel ve hizmete ilişkin kararlara katılma ve denetleme hakkına sahiptir.
- Hekim, kurumların bilimsel bilgiyle gerekçelendirilmeyen istemlerini reddetme hakkına sahiptir

İNSAN HAKLARI EVRENSEL BİLDİRGESİ

Suat KAPTANER

Madde 1. Bütün insanlar özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğarlar. Akıl ve vicdana sahiptirler, birbirlerine karşı kardeşlik anlayışıyla davranmalıdırlar.

Madde 3. Yaşamak, özgürlük ve kişi güvenliği herkesin hakkıdır.

Madde 12. Kimsenin özel yaşamına, ailesine, konutuna ya da haberleşmesine keyfi olarak karışamaz, şeref ve adına saldırılamaz. Herkesin bu gibi karışma ve saldırılara karşı yasa tarafından korunmaya hakkı vardır.

Madde 21.2. Herkesin ülkesinin kamu hizmetlerinden eşit olarak yararlanma hakkı vardır.

Madde 23.1. Herkesin çalışma, işini serbestçe seçme, adaletli ve elverişli koşullarda çalışma ve işsizliğe karşı korunma hakkı vardır.

Madde 23.3. Herkesin kendisi ve ailesi için vicdan ve onuruna yaraşır ve gerekirse her türlü sosyal korunma önlemleriyle desteklenmiş bir yaşam sağlayacak adil ve elverişli bir ücrete hakkı vardır.

Madde 25.1. Herkesin kendisini ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyinme, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır.

HEKİM HASTA İLİŞKİSİ

Mevlüt ÜLGEN

Tıp, bilgi birikimini, teknolojiyi, sanatsal yaklaşımı ve iletişim becerilerini kapsayan bir alandır. Hekim ile hasta arasındaki ilişki tıbbi uygulamaların merkezinde yer almaktadır. Tıbbi uygulamaların başarısı aynı zamanda hasta-hekim ilişkisinin başarısına dayandırılmaktadır. Hekim ile hasta arasındaki ilişki ve bu iletişimin niteliği, hastalıkların teşhis ve tedavisinde de temel araç olarak değerlendirilmektedir. Sağlık personelinin kullanabileceği teknolojik ve bilimsel ilerlemelere rağmen, iletişim hâlâ hastalıkların teşhis ve tedavisinde klinik işlemlerin özü olarak görülmektedir. Hastadan sadece öykü ve anamnez alınarak yüzde 76 ile 83 arasında tanıya gidildiği yönünde çalışmalar bulunmaktadır.

Hekimlerin ve hastaların muayene sırasındaki ilişkileri ile hastanın sonraki sağlık durumu arasında doğrudan bir bağlantının olduğunu gösteren bir çok çalışma bulunmaktadır. Moira Stewart'ın bu konudaki çalışmaları, etkin bir iletişimin yalnızca hastanın duygusal sağlığı üzerinde değil, semptomların yok edilmesinde, işlevsel ve fizyolojik durum ve ağrı denetimi üzerinde de olumlu bir etki yaratabileceğine işaret etmektedir.

ABD'in de 42 yoğun bakım biriminde yapılan araştırmalar, hastanın birim personeli ile etkileşiminin, hastaların yatış süresi ve yoğun bakım birimine verimli bir şekilde giriş-çıkışının sağlanmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Ek olarak, hastalar aldıkları bakımın teknik niteliğinin daha üstün olduğunu düşünmüşler, hatta aile üyelerinin gereksinimlerinin bile daha iyi karşılandığına inandıklarını ifade etmişlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü, tıp fakültesinden mezun olan bir hekimin "hizmet sunucu, karar verici, iletişimci, toplum lideri ve yönetici" rollerinin ön planda olması gerektiğini vurgulayarak hekimlik mesleğinde iletişimin önemine vurgu yapmaktadır. Multidisipliner bir kavram olan "sağlık iletişimi" kişiler arası iletişimin perspektifinden hekim, hasta, ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi incelemektedir.

Kişiler arası iletişim, sözlü ya da sözsüz mesajların değişmesiyle kişiler tarafından anlamların, duyguların ve bilgilerin paylaşıldığı bir süreçtir. Bu iletişim, kişilerin, kendilerini anlayabilmeleri, başkalarına anlatabilmeleri, başkalarını tanıyabilmeleri, anlayabilmeleri ve etkilemeleri amaçlarıyla kullanılır. Kişiler arası iletişim, sözlü ve sözsüz olarak iki ana sınıfa ayrılmış, bu sınıflardan her birisi, kendi içinde alt sınıflara bölünmüştür. Sözlü iletişimler "dil ve dil-ötesi" olmak üzere iki alt sınıfa ayrılmaktadır. Dille iletişimde kişiler, ürettikleri bilgileri birbirlerine ileterek anlamlandırırılar. Dil-ötesi iletişim, sesin niteliği ile ilgilidir. Ses tonu, sesin hızı, şiddeti, hangi kelimelerin vurgulandığı, duraklamalar ve

benzeri özellikler, dil-ötesi iletişim sayılır. Dille iletişimde kişilerin "ne söyledikleri", dil-ötesi iletişimde ise "nasıl söyledikleri" önemlidir. Araştırmalar, insanların günlük yaşamda birbirlerinin ne söylediklerinden çok, nasıl söylediklerine dikkat ettiklerini göstermektedir.

Sözsüz iletişim, (beden dili) sözel iletişimde kelimelerle, cümlelerle ilettiğimiz mesajın mimikler, jestler, dokunma, fiziksel hareketler, vücudun duruşu, beden donatıları, hatta ses tonu, sesin yüksekliği vb. yollarla iletilmesidir. Sözsüz iletişim iki insan arasındaki mesafeyle başlar, duruş, oturuş, giyim, kuşam, yüz ve bedenin biçimi, selam, mimik, jest, hareket gibi değişik birçok öğeden oluşan geniş bir yelpaze içinde sürdürülür. Sözsüz iletişimde insanın içinde bulunduğu alan, bu alan içinde yapılan hareketler baş, el, kol hareketlerinin oluşturduğu jestler, yüzün değişik ifadeleri, yani mimikler rol oynar. Kısaca, sözsüz iletişimde ileti hareketlerden oluşmaktadır. Sözsüz iletişimin mesaj ve anlam ifade etmenin yanında sözel iletişimi destekleme, akıcılığına katkıda bulunma gibi iki önemli işlevi bulunmaktadır. Araştırmalar sözel olmayan sinyallerin, sözel kanalın en az beş katı daha etkili olduğunu göstermektedir. Sözel iletişim ile sözel olmayan iletişim arasında uyumsuzluk olduğu durumda insanların sözel içeriğe aldırmadan sözsüz mesajları dikkate aldıklarını göstermiştir. Albert Mehrabian, bir mesajın toplam etkisinin, yaklaşık % 7'sini ne söylendiğinin, % 38'inin nasıl söylendiğinin, %55'inin ise beden dili öğelerinden oluştuğunu belirtmiştir. Kişilerarası iletişimin niteliğinin belirlenmesinde pozitiflik, açıklık, destekleyicilik, eşitlik ve empati gibi özelliklere vurgu yapılmaktadır.

Tablo 1. Kişilerarası İletişimin Niteliksel Bileşenleri (8)

Niteliksel Bileşenler	Niteliksel Bileşenlerin ifadesi
Pozitiflik (Positiveness)	Kişilerarası iletişimde bulunan kişilerin yüksek düzeyde bir saygı ile pozitif tutumlar sergilemesidir.
Açıklık (Openness)	Kişilerarası iletişimde bulunan kişilerin birbirlerine karşı yüksek düzeyde güven ve dürüstlük ile özgürce açıklamalarda bulunmasıdır.
Destekleyicilik (Supportiveness)	Kişilerarası iletişimde diğer kişinin fikirlerini kavrama yeteneği ile tanımlayıcı olabilir.
Eşitlik (Equality)	Kişilerarası iletişim sürecinde karşılıklı olarak iki kişinin saygı içinde eşit konumda bulunmasıdır.
Empati (Empathy)	Kişinin kendini diğerinin yerine koyarak, duygu ve düşüncelerini anlayabilmesi ve karşısındakine iletebilmesidir.

Kişilerarası iletişim anlatmak, anlaşılacak, anlamak ve paylaşmak amacı üzerine yapılandırılır. Kişilere saygı duymak, onların varlığını kabul etmek, önemli ve değerli olduklarını hissettirmek, olduğu gibi benimsemek etkili iletişimin temel koşullarındandır. İletişim sürecinin açık ve içten olması, beden dilinin doğru kullanılması, etkin dinleme ve empati başarılı iletişim için temel özelliklerdir.

Empati, kişinin kendisini başkasının yerine koyarak, olaylara onun bakış açısı ile bakması, onun duygu ve düşüncelerini doğru anlaması, hissetmesi, bunun sonucunda zihninde oluşan empatik anlayışın iletilmesi davranışdır. Karşınızdaki kişinin duygu ve düşünceleri tam olarak anlaşılmasına karşın, anlaşıldığı ona ifade edilmezse empati kurma süreci tamamlanmış sayılmamaktadır. Mutlaka doğru anlaşıldığına ilişkin geri bildirimde bulunulması gerekmektedir. Empati çoğu kez sempati ile karıştırılmaktadır.

Sempati bir insanın sahip olduğu duygu ve düşüncelerin aynısına sahip olmak demektir. Empatide iletişimin merkezinde karşınızdaki kişi yer alırken, sempatide kişinin kendisi yer alır. Empati ile kurulan bu duygu ortaklığı, iletişimin gücünü artırmakta; karşılıklı anlama ve anlaşılma sürecine katkı yapmaktadır. Etkili iletişimin en temel ögesi dinlemedir. İyi bir dinleyici olmak etkili bir iletişim için ön koşuldur. Yapılan çalışmalarda kişilerarası iletişimin çok büyük kısmının dinleme ile geçtiği saptanmıştır. Dinlemek kişiyi kabul etmek, değerli ve önemli olduğunu, anlaşıldığını hissettirmektedir.

Etkili bir dinleme için kişinin söylediklerinin yanı sıra sözsüz iletişim öğelerine de odaklanmayı gerektirmektedir. Yüz ifadeleri, el ve kol hareketleri, bedenin duruş tarzı, ses tonu gibi sözsüz mesajlar bize kişinin ruhsal durumu, sıkıntıları ve düşünceleri hakkında eşsiz bilgiler vermektedir. Dinlemenin bir çok çeşidi bulunmakta, farklı sınıflandırmalar yapılmaktadır. Pasif, aktif, yansıtarak ve empatik dinleme bunlar arasında yer almaktadır.

- **Pasif dinleme;** kişinin karşısındaki kişiye yüzü ve bedeni dönük olarak, göz teması kurarak hiçbir söz söylemeden, tepki vermeden dinlemesidir. Bu dinleme biçimi söz söylememenin daha fazlasıdır. Kişinin sözünü kesmeden, aralara kendi görüş ve bakış açısını sokuşturmadan dinlemektir. Bu dinleme şeklinin kısa süreli iletişimlerde kullanılması önerilir. Çünkü bir süre sonra karşısındaki insana dinlenmediği, anlaşılmadığı izlenimi verebilmektedir.
- **Aktif dinleme;** kişiyi dinlerken, dinlediğimize ilişkin sözlü veya sözsüz mesajlarla geri bildirimde bulunmak aktif dinlemedir. Dinlenildiğini hissettirmek için sözlü ya da sözsüz mesajlar, belirtiler (baş sallama, gülümseme, kaş çatma, evet, öyle mi, tabi, hıhı vb. gibi) vererek dinlemedir. Aktif dinlemede sözcükler ve beden dili ile "seni dinliyorum, dikkatimi sana odakladım" mesajı verilmektedir.
- **Yansıtarak dinleme;** kişinin söylediklerinin önemli kısımlarını tekrar

edilerek geri yansıtıldığı dinleme biçimidir. Yansıtarak dinleme kişinin söylediklerinin önemli kısımlarının tekrar edilerek kişinin belirti ve kaygılarının doğru anlaşılıp anlaşılmadığı kontrol imkanı sağlamaktadır. Yansıtarak dinleme doğru anlamayı güvence altına almaktadır. Hekim ile hasta görüşmesinde hastanın "başım daha çok akşamları ağrıyor, özellikle sol taraftan başlıyor" açıklamasına hekimin "sol taraftan" şeklinde yaptığı geri bildirimiyansıtarak dinlemeye örnek oluşturmaktadır.

- **Empatik dinleme;** kişinin hastalığı ya da sorunun duygusal yönüne hitap eder. Düşüncenin, bakış açısının anlaşılmasından öte bir şeydir. Söylenenin, sorunun duygusal bileşenleri ile anlaşılması, paylaşılması ve doğru olarak yansıtılmasıdır. Kişi ile aynı açıda bulunmayı, kişiye yoğunlaşmayı, yargılamadan dinlemeyi gerektirmektedir. Elinde patoloji sonucu ile gelen, heyecan ve kaygı içinde, sesi titreyerek soran hastaya "sonuçlar pozitif" demekten öte bir şeydir. Üzüntü ve kaygısını paylaşıldığını belirten bir ses tonu ile "kanser çıkmasından mı korkuyorsun?", "kanser olma endişesi mi taşıyorsun?" demektir. Bazen yapılan bilgilendirmeden sonra sessizce hiçbir şey söylemeden ağlayan hastaya mendil uzatmak, ona şefkatle sessizce dokunmaktır. Can kulağı ile dinlemek, üç kulakla dinleyerek, şimdi orada, hastanın duygu ve düşünce dünyasında olmaktadır.

Sağlığın metalaşma süreci ile birlikte tıp bilgi birikimini, teknolojiyi, sanatsal yaklaşımı ve iletişim becerilerini kapsayan bir alan, bir meslek , uygulamalı bir bilim dalı ve bir alt kültür olmaktan uzaklaşmaktadır. Teknoloji ve endüstriye dayalı modern tıp, hasta-hekim ilişkisinde yabancılaşmayı ve hekimin hastadan çok semptoma odaklanma tehlikesini de beraberinde getirmektedir. Hastanın sadece bir hastalık adı olarak görülmesi hasta ve hekimin birbirine yabancılaşmasına neden olabilmektedir. Yabancılaşmanın aşılması ve daha sağlıklı hekim hasta ilişkisi kurulması için, insanın biyolojik açıdan değerlendirilmesinin yanı sıra psiko-sosyal açıdan da değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın bütüncül bir yaklaşımla ele alınması ve semptom yerine hastaya odaklanılması tedavi başarısını artıracaktır.

Belli bir hekimin tercih edilmesinin nedenlerini saptamak üzere yapılan bir ankette, hastaların yüzde 84 ü tercih nedeni olarak "hekimin ne kadar iyi iletişim kurduğu" ve "şefkatli bir yaklaşım" gösterip göstermediğinin belirleyici olduğunu belirtmiştir. Hekim-hasta ilişkisinde iletişim becerilerini geliştirmenin daha doğru bilgi ve tanı /teşhis, daha az ilaç, tahlil ve tetkik, zamandan tasarruf, hekim ve tedavi ekibine güven, tedaviye daha az direnç, gereksiz hekim değiştirmede azalma, daha fazla doyum (hekim ve hasta için), hastanın korku ve kaygısında azalma, tedaviye daha iyi yanıt verme, hasta uyumunun ve hasta katılımında artma, daha yüksek nitelikli bakım, hasta memnuniyetinde artma, malpraktis iddiasında azalma, daha az şikayet ve dava, hekim görüş ve

önerilerine uyumda artma, hastaların iyimserliğinde ve yaşama isteklerinde artma olduğuna ilişkin araştırma verileri bulunmaktadır. Hekimile hasta ilişkilerinin karşılıklı destek, saygı ve güvene dayalı ortaklığa dönüştüğü zaman tanı ve tedavi sürecinde çok daha olumlu sonuçlar elde edildiği rapor edilmektedir. Hastalar tıbbi uygulamaları ve verilen hizmeti değerlendirirken ağırlıklı olarak kendi sezgilerine güvenmektedirler. Verilen sağlık hizmetinin niteliğini değerlendirirken, onlarla ne kadar iyi iletişim kurduğunuz, onları önemseyip onlara ne kadar hissettirdiğinize, yani onların psikolojik ve fiziksel kaygılarını gidermek için güvenli bir cennet yaratıp yaratamayacağınıza bakmaktadırlar. Hasta-hekim ilişkisinin özelliklerinden biri hastanın hekime varoluşsal bir bağımlılık içinde olmasıdır. Bu nedenle hastanın hekime güven duyması tedavinin başarısında birinci koşul olarak görülmektedir. Bu güven hekimin hem mesleki yeteneğine, hem de insan olma özelliklerine duyulan güveni kapsamaktadır. Hastanın bedenini, iç dünyasını, kendisi ile ilgili sırlarını paylaşması, mahremiyetine hekimin girmesine izin vermesi, hasta-hekim ilişkisinde güven duygusunun önemini vurgular. Bunun sonucu olarak, hekimin hastasına karşı her zaman dürüst davranacağı ve hekimin kendisine güvenen hastasının haklarını gözeteceği beklentisi vardır. Bazı hastalar özerkliklerini kullanmak ve tıbbi kararlarda tam bir kontrol sahibi olmak isterken, diğerleri her kararın hekim tarafından verilmesini tercih ederler. Hastalar her koşulda hekimi ile güven ilişkisi geliştirmek ister. Hekim ile hasta arasında güvene dayalı bir ilişki tesis edilmek için, hasta ve hekim açısından en uygun modelin seçilmesi gerekmektedir. Hekim ile hasta arasındaki ilişki, temelde kişilerarası bir ilişki türüdür. Kişilerarası ilişki modelleri Burgoon ve arkadaşları tarafından asimetrik, simetrik ve paralel ilişki olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Asimetrik ilişki, bir tarafın baskın olduğu diğer tarafın bu duruma izin verdiği ve pasif rolü kabul ettiği ilişkidir. Bu ilişki türünde bir taraf planlarını uygulamaya koyduğunda, diğeri kabul etmektedir. Asimetrik ilişkide rol oynayan en önemli etkenler, ödüllendirme ve cezalandırma gücü ile uzmanlıktır. Diğer tür olan simetrik ilişki, eşitlik ilkesine dayanmaktadır. Her iki taraf da, ilişkiyi belirlemede eşit haklara sahip olduklarına inanmaktadır. Paralel ilişki ise, her bir tarafın bazı alanları kontrol edebildiği ve bir tarafın bazen aktif, bazen de pasif rolü oynadığı ilişki türüdür. Bu ilişki çeşidinde, taraflar eşitliğe inanmakta ve her bir tarafın kontrol ve yönlendirme hakkı olduğunu kabul etmektedir.

Kişilerarası ilişki modellerinin, hekim ve hasta arasındaki ilişki modelleriyle büyük ölçüde benzeştiği görülmektedir. Hekim ve hasta ilişkisiyle ilgili bilinen model sınıflamalarından bir tanesi, 1955 yılında Szasz ve Hollender tarafından önerilmiştir. Bunlar, aktiflik-pasiflik modeli, rehberlik-işbirliği modeli ve karşılıklı katılım modelidir. Bunlardan aktiflik-pasiflik modeli, ebeveynle bebek arasında, rehberlik-işbirliği modeli, ebeveynle yetişkin çocuk arasında, karşılıklı katılım

modeli ise yetişkinle yetişkin arasındaki iletişim modellerine benzemektedir. Burgoon ve arkadaşlarının sınıflandırması göz önünde tutulduğunda, aktiflik-pasiflik modeliyle, rehberlik-işbirliği modelinin daha çok asimetrik, karşılıklı katılım modelinin ise simetrik ve paralel ilişki türlerine yakın olduğu görülmektedir. Hekim ile hasta arasında uygulanan ilişki modelleriyle ilgili daha geniş bir sınıflandırma, EJ, Emanuel ve LL,Emanuel tarafından yapılmıştır. Yazarlar, hekimle hasta arasındaki ilişki modellerini dörde ayırarak incelemektedir. Bunlar,paternalistik(*babacıl*), bilgilendirici (*informative*), yorumlayıcı (*interpretive*) ve müzakereci (*deliberative*) modellerdir.

Paternalistik modelde, hasta yeterince bilgilendirilmeden onun adına hekim karar vermektedir. Bilgi-lendirici modelde, doktor hastaya gerekli bilgileri aktarmakta ve kararı hastadan beklemektedir. Yorumlayıcı modelde, hastaya gerekli bilgiler verildikten sonra, hastanın isteğinin ne olduğu doktor tarafından yorumlanmaktadır. Müzakereci modelde ise, karşılıklı görüşme ve tartışma sonucunda doktor, hastaya en iyiyi önermekte ve bu doğrultuda ikna etmeye çalışmaktadır. Kişilerarası ilişki literatürü açısından ise paternalistik modelin asimetrik, bilgilendirici modelin simetrik, yorumlayıcı ve müzakereci modelin ise daha çok paralel ilişki niteliği taşıdığı ortaya çıkmaktadır(1,2,6,8). Geleneksel hekim-hasta ilişkisi olan, paternalistikmodelin günümüzde hekim-hasta ilişkisine yanıt veremediği düşünülmektedir. Hipokrat uygulamalarına dayanan paternalistik model, hastalarına saygı ve ilgiyi, adaleti, iyiliği ve bilgeliği vurgulamakta, hekimin rolü en iyiyi bilmesinden kaynaklanmakta ve hastası adına karar vermesi beklenmektedir. Meryn, günümüz hastalarının sağlık tüketicileri olduklarına ve tıbbi karar verme sürecinin aktif katılımcıları kabul edildiklerine dikkat çekerek, bu değişimin enformasyon toplumunun gelişmesiyle paralel gittiğini belirtmektedir. Ona göre hastalar sadece belirtiler ve tedaviler hakkında bilgi istememekte, sağlık maliyetleri, kalite ve alternatif tedavilerle uğraşmaya da odaklanmaktadır. Bireylerin eğitim ve bilgi düzeylerinin yükselmesi gibi nedenlerle, paternalistik model, hekim ve hasta ilişkisinde oldukça yetersiz kalmaktadır. Burada üzerinde önemle durulması gereken noktalardan bir tanesi de, etkili doktor-hasta ilişkisinde hangi modelin daha kullanışlı olacağıdır. Emanuel ve Emanuel klinik şartlara göre farklı modellerin uygulanabileceğini, farklı zamanlarda dört modelin de hekim ve hastaya rehberlik edebileceğini belirtmektedir. Örneğin, hastanın tedavisini geciktirecek acil durumlarda paternalistik model, değerleri açık olan ancak çatışan hastalarda yorumlayıcı model daha geçerli olabilecektir. ideal bir doktor-hasta ilişkisinde ise Emanuel ve Emanuel, daha çok müzakereci modelin geçerli olacağını savunmaktadır. Çünkü, bu model hastanın özerkliğini daha çok kapsamakta ve ideal doktor imajıyla daha fazla örtüşmektedir. Onlara göre ideal hekim bilgisiyle bütünleşen, öneride bulunan ve tartışma yoluyla iknaya

çabalayandır. Benzer şekilde Bellet de müzakereye önem vermekte, karşılaşılan problemlerin çözümünde tartışmanın ilişkiye yardım eden önemli bir parça olduğunu, hekim ile hastanın tartışma yoluyla bir çok problemi birlikte çözebileceğini belirtmektedir. Hekim ile hasta iletişiminde bilgilendirme, dinleme eksiklikleri ve teknik dil kullanımından kaynaklı sorunlara dikkat çekilmekte, bu durumun karşılıklı güven oluşumunu olumsuz etkilediği, teşhis ve tedavi sürecinde sorunlara yol açtığı vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda, hasta görüşmelerinin %69'unda doktorun ilk 18 saniyede hastanın sözünü kestiği, Bu görüşmelerin %77'sinde hastanın doktora gelme nedenini henüz açıklayamamış olduğu, hekimin ofisinden henüz çıkmış hastaların sadece % 50'sinin hastalığı ve tedavisi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğu, hastaların %50'sinin kullanacağı ilaçları bilmediği, hastaların %22-70 inin doktorlarının önerilerine uymadığı gösterilmiştir. Sadece öykü ile %82 oranında tanıya gidildiği, tanının fizik muayene sonrası %9 ve incelemeler sonrası da %9 değiştiği bulunmuştur. Kalenderve arkadaşları tarafından 2001 yılında Konya'da yapılan çalışmada hastaların hekimlerden beklentilerinde dürüstlük, hastaya değer verme, eşit davranma, ilgili, saygılı davranma, iyi dinleme, hastanın şikayetlerini uzunca dinleme, kişiye hastalığı ile ilgili ayrıntılı bilgi verme boyutu ön plana çıkmıştır. Hekim ile hasta ilişkisini çok büyük oranda olumsuz etkileyen temel bir faktör de hekimlerin kullandığı dille ilgilidir. Bir görüşe göre, hastanın hastalığı anlatma dili ile hekimin dili arasındaki farklılıklar, ilişkideki problemlerin gelişmesine ve artmasına büyük katkıda bulunmaktadır. Yine, hekimlerin kullandığı dilin genellikle açık olmadığı hastaların kafalarını karıştırdığı bu durumun da sağlıklı bir iletişim sağlanamamasına, hastanın yeterince bilgilendirilememesine neden olduğu belirtilmektedir. Yağbasan ve arkadaşları tarafından 2005 yılında Elazığ'da yapılan çalışmada ise doktorların büyük bir oranı (% 63.9) hasta ile kurdukları iletişimde mesleki (tıbbi) terminolojiyi tercih ettikleri ve hastaların % 65.9'u da verilen bilgileri kısmen veya tamamen anlamadıklarını belirtmişlerdir. Hasta ile iletişimde olabildiğince mesleki terminoloji ve jargondan kaçınılması, hastanın anlayabildiği dil kullanılması iletişimin niteliğini olumlu yönde artıracaktır. Günlük yaşamda yaygın kullanılan sözcüklerden oluşan bir dil kullanarak bu türlü karışıklıkları ve yanlış anlamaları önlemek mümkündür. Doktorun hastayı yeterince dinlememesi, iki taraf arasındaki ilişkinin önündeki diğer bir engeldir. Hastalar, doktorların kendilerini dinlememelerinden yaygın bir şekilde yakınmaktadır. Oysa dikkatli dinleme doktora, hastanın sosyo-kültürel düzeyi ve iç dünyası hakkında bazı ipuçları sağlayacaktır. Hekimin hastasını iyi dinlemesi, dinlediğini sözel ve sözel olmayan iletişim öğeleri ile belli etmesi, hastanın kendini değerli hissetmesi ve kendini açmasına yardımcı olacaktır. Etkili bir dinleme süreci, daha sağlıklı teşhis ve tedavinin vazgeçilmez unsurları arasında yer almaktadır.

Hekim ve hasta ilişkisindeki engelleri aşmak için, bazı yazarlar hekimlerin empati özelliği üzerinde önemle durmaktadır. Bu anlamda empati, hekim ve hasta ilişkisinin temel çekirdeği görülmekte ve hekimlerin kendilerini hastalarının yerine koyup, onların duygularını anlayabilmelerinin çok önemli olduğu vurgulanmaktadır. Hekimlerin empati yapmaları, daha önce ele alınan dinleme eksikliği, yeterince bilgilendirmeme, teknik dil kullanımı gibi bir takım engellerin aşılmasında büyük katkı sağlayacaktır. Hastalık ve özellikle hastane de yatma, hasta için bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan dengenin bozulduğu, yeni bir denge arayışı olduğu bir dönemdir. Hasta kontrol sorunu yaşar. Kendi yaşamı üzerinde kontrolünü önemli oranda kaybeder. Bu da hastada tedirginlik, endişe, kaygı ve gerginlik yaratır. Hekimin hastayı muayene ederken hastası ile konuşması, yapılan işlemlerle ilgili açıklamalarda bulunması kontrol sorunu olan hastayı rahatlatmakta, hastanın kontrol kurmasını kolaylaştırmakta, hasta işbirliğini artırmakta ve güven duygusu geliştirmektedir. Hekimin hastası ile karşılaştığı ilk anlar altın öneme sahiptir. Karşılaşmalarda oluşan ilk imaj beden dilinin de yüksek etkisiyle sadece 30 saniye içerisinde gerçekleşmektedir. Oluşacak olumlu izlenim ilişkinin güven oluşumunu artırırken, olumsuz izlenimin yıkılması ise bu kadar kısa sürede olmamaktadır. Sağlığı ile ilgili kötü bir şey duymanın korkusu ve kaysı içinde olan hastanın zihninde, "ne çıkacak, neler olacak, ya kötü sonuç çıkarsa ya olduysam, ya iyileşemezsem, yaşamımı bundan sonra nasıl sürdüreceğim" vb. sorular uçuşmaktadır. Merak içindedir, sabırsızdır ve bir an önce neler olduğunu öğrenmek istemektedir. "Bu hekim nasıl biri?", "Cana yakın mı, buyurucu mu, zamanı kısıtlı biri mi, eleştirici mi? Ona rahatça derdimi anlatabilecek miyim? O beni anlayabilecek mi?" gibi sorular da kafalarını kurcalamaktadır. Hekimin odasına giren hastaya doğru yönelip, gözlerinin içine bakarak, sıcak bir tebessüm ve yumuşak bir ses tonu ile ben doktor , bey / hanım (hastanın ismini söyleyerek)"hoş geldiniz, geçmiş olsun, size nasıl yardımcı olabilirim, buyurun oturun, sizi dinliyorum" şeklinde yapacağı ilk karşılaşmanın hastada yarattığı duygu "hekimim beni önemsiyor, değer veriyor, bana yardım etmek istiyor, beni dinleme ve anlamaya, derdime çare bulmaya hazır" olacaktır. Bu durum güvene, saygıya dayalı hasta-hekim ilişkisinin oluşması için eşsiz bir fırsat oluşturacak, hasta- hekim işbirliğini geliştirip, tanı ve tedavi sürecinde uyumu ve memnuniyeti artıracaktır. Dünya Hekimler Birliği (DHB) Tıp Etiği El Kitabında hekimlerin iletişim için çok daha fazla çaba göstermesi gerektiği belirtmekte, hekimlere iletişim becerilerini geliştirmesi çağrısı yapılmaktadır. Çağrıda "iyi iletişim becerileri çoğu insanda doğal olarak bulunmaz; bilinçli bir çaba ile geliştirilmeli ve sürdürülmelidir" görüşüne yer verilmiştir. Etkili iletişim becerilerinin tıp uygulamalarının her aşamasında kullanılması, daha sağlıklı teşhis, tedavi ve bakım süreci için eğitimin her aşamasında iletişim becerilerine yer verilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Atıcı E. Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;33:45-50.
2. Gordon T, Edvards WS. Doktor-Hasta İşbirliği, Çev. Aksay E., Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2001.
3. Kalender A, Uludağ A, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Doktor Hasta İlişkisinin Rolü, *Amme İdaresi Dergisi* 2004;37:4.
4. Elçin M, Odabaşı OS, Turan SM, Sincan M, Başusta NB. Tıp eğitiminde iletişim becerilerinin standart hastalar ve yapılandırılmış değerlendirmelerle geliştirilmesi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2010;41:219-230.
5. Bahadır G, Özgülnar N, Tıpta Uzmanlık Öğrenciliğine Başlayanlar için Uyum Programı, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, 2013
6. Desmond J, Copeland LR, Günümüz Hastasıyla İletişim, Çeviri: Yamaç D, Tekin E, Efil Yayınevi, 2010 Ankara.
7. Dilek AD, Sayek İ. Tıp eğitimi içinde "uluslararası sağlık" yaklaşımı, *Hacettepe Tıp Dergisi* 2005; 36:135.
8. Yılmaz E, Doktorumun Hastasıyım.com. Mavna Yayınları, Birici Basım, İstanbul.
9. Baltaş A, Baltaş Z, Bedenin Dili, Remzi Kitapevi, 31. Basım, 2002 İstanbul.
10. Navarro J, Karlins M. Beden Dili, Eski FBI Ajanının İnsanların Bedenini Okuma Rehberi, Alfa Basım Yayın Dağıtım. 7. Basım 2008 İstanbul.
11. Pease A, Beden Dili, Rota Yayınları, 2003 İstanbul.
12. Dökmen Ü, İletişim Çatışmaları ve Empati, Sistem Yayıncılık, 16. Baskı. 2001-İstanbul.
13. Yağbasan M, Çakar F. Fırat Üniversitesi 2005 Doktor Hasta İletişiminde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması.
14. Dünya Tabipler Birliği, Tıp Etiği El Kitabı, Türk Tabipler Birliği Yayını, Çeviri Civaner M

HASTA HAKLARI

Mevlüt ÜLGEN

Sağlık hakkı uluslararası alanda kabul görmüş olan insan haklarındandır. İnsan hakları; insanın, insan olması nedeniyle bütün yönleriyle kişiliğini korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan, insan onurunu güvence altına alan evrensel ilke ve kurallar bütünüdür. Sağlık hakkı ise, kişinin toplumdan ve devletten sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilerek iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Hasta hakları kavramı ise, hasta olan bireyin eski sağlığına tekrar kavuşabilmesi hakkı, eski sağlığına kavuşma imkanı, hastalığın tedavi edilemez hal alması durumunda, mümkün olamıyorsa en azından hastalığın insanın maddi ve manevi bütünlüğüne getirmiş olduğu kısıtlama ve sınırlamaları asgari düzeye indirerek, bireyin yaşam kalitesini olabildiğince yüksek tutarak devam ettirebilmesine imkan tanınması hakkıdır. Hekimler tarihin her döneminde hasta yararını öncelemiş, tıbbın kötüye kullanımına karşı kendi etik değerlerini oluşturmuştur. Tıp etiği ile ilgili yazılı belgelerin 3500 yıllık geçmişleri bulunmaktadır. Hindistan'da M.Ö. 15-10. yüzyıllarda yazılmış olan "Veda" adındaki yapıtlarda, hekimlerin hastaları ile ilişkilerinde uymaları gereken kurallardan söz edilmektedir. Eski Mezopotamya'nın Sümer ve Babil uygarlıkları zamanından kalan kil tabletlerinde de tıp kuralları konusunda yaptırımlar açıklanmaktadır. Tıp etiğinin kurucusu kabul edilen Hipokrat'ın hizmet alana zarar vermeme, yararlılık, saygı, adalet, eşitlik, doğruluk, sözünde durma, sır saklama ilkeleri günümüzde de hasta hakları belgelerinde ifadesini bulmaktadır. Sağlık ve hasta hakları kavramının gelişmesi, insan hakları alanındaki ilerlemelerle paralellik göstermiştir. Dünya Tabipler Birliği'nin 3. Genel Kurulu'nda (Londra,1949) kabul edilen Hekimlik Etiği Uluslararası Yasası, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin hemen ardından yayınlanmıştır. Bu belgede; hasta yararı, insanı değerlere saygı, sevecenlik, adalet, doğruluk, sözünde durma, sır saklama gibi hasta hakları kavramı içinde de ele alınan ilkelere yer verildiği görülmektedir.

Hasta haklarını uluslararası düzeyde kapsamlı olarak düzenleyen ilk belge, 1981 yılında Lizbon'da imzalanan Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi'dir. Bu bildiri, 1995'te Bali'de yeniden ele alınarak yenilenmiş ve son olarak 2005 Santiago Bildirgesi'yle geliştirilmiştir. Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi'nde (Santiago 2005) hekimlerin özerkliklerine vurgu yapmakta, hekimlerin hastaları ve toplumla ilişkisinde yaşanan değişimlere dikkat çekerek, hekimleri, hasta özerkliği ve adaletin

sağlanması konusunda da çaba sarf etmeye davet etmektedir. Bu bildirgede, tıp mesleğinin desteklediği ve geliştirdiği bazı temel hasta haklarına vurgu yapılarak, hekimlerle diğer kişi veya kurumların bu hakları tanıma ve destekleme konusunda ortak sorumluluklarına dikkat çekilmektedir. Bildirgede sağlık hizmetlerinin ekip hizmeti olduğuna atıf yapılmakta, mesleki işbirliği ve dayanışmanın altı çizilmektedir. Aynı zamanda "Yasama, hükümetlerin eylemleri veya herhangi bir başka yönetim veya kurum, hastaları bu haklarından yoksun bıraktığında, hekimler bu hakların güvenceye alınması ya da yeniden sağlanması için uygun yollara başvurmalıdırlar." denilerek hekimleri sağlık ve hasta hakları konusunda duyarlı olmaya, hakları korumaya davet etmektedir.

Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi (Santiago 2005) ilkeleri arasında,

- Nitelikli Sağlık Hizmeti Alma Hakkı
- Seçim Yapma Hakkı
- Kendi Kaderini Belirleme Hakkı
- Bilinci Kapalı Hastaya Yaklaşım
- Yasal Yeterliliği Bulunmayan Hastaya Yaklaşım
- Hastanın İsteğine Karşın Yapılan Girişimler
- Bilgilenme Hakkı
- Gizlilik Hakkı
- Sağlık Eğitimi Hakkı
- Onurunu Koruma Hakkı
- Dini Destek Hakkı yer almıştır.

1975 yılında Avrupa Konseyi Parlamenterler Asamblesi hasta hakları ile ilgili öneri taslağı hazırlamıştır. Avrupa Birliği sağlık programlarının geliştirilmesi çerçevesinde "Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi) Temel Dokümanını" Roma'da 2002 tarihinde yayınlamıştır. Bu sözleşmenin, temel hakları Nice Ana Sözleşmesi ve oluşturulacak olan Avrupa Anayasasının bir parçası olacağı belirtilmiştir. Sözleşmede hasta haklarına ait toplam on dört madde bulunmaktadır. Tüm bu hakların amacı olarak "insan sağlığının yüksek düzeyde korunmasını" ve "ulusal sağlık hizmetleri veren kurum ve kuruluşların verdikleri hizmetin yüksek kalitede olmasını sağlamaktır" denilmektedir. Ana sözleşmenin temel maddeleri;

- Koruyucu tedbirlerin alınması hakkı
- Yararlanma hakkı
- Bilgi hakkı
- Rıza (onay) hakkı
- Özgür seçim hakkı
- Özel hayata saygı ve gizlilik hakkı
- Hastaların vaktine saygı hakkı

- Kalite standartları hakkı
- Güvenlik hakkı
- Yenilikleri talep etme hakkı
- Acılarının dindirilmesini isteme hakkı
- Tedavi sürecini yönlendirme hakkı
- Şikayette bulunma hakkı
- Tazminat hakkı olarak belirtilmiştir.

Hasta haklarının geliştirilip yaygınlaştırılması, hasta hakları eğitimine önem verilmesi, şikayet hakkının etkin bir şekilde kullanılması, sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanmasında vatandaş katılımının sağlanması üçüncü ve dördüncü bölümlerinde yer almıştır. Sağlık Bakanlığı, hasta hakları uygulamalarında bu sözleşmenin önemli bir yeri bulunmaktadır. Türkiye'de hasta-hekim ilişkilerini düzenleyen ilk yazılı metin, Türk Tabipleri Birliği tarafından 1960'da hazırlanan "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi"dir. Bu nizamname "Hekimlik ve Meslek Etiği Kuralları" adı altında yeniden düzenlenerek Türk Tabipleri Birliği'nin Ekim 1998'de Ankara'da yaptığı 47. Büyük Kongresi'nde kabul edilmiştir. Türk Tabipleri Birliği ve uluslararası hukuk, bilim ve etik kurumunun 2-3 Mayıs 1997 tarihlerinde İstanbul'da gerçekleştirdiği "*Patients'right: A Healthfor Allobjective*" konulu toplantı bir sonuç bildirgesi ile sonlanmış ve bu bildirmede "tüm sağlık çalışanları ve örgütleri, toplumun duyarlı kesimleri, politikacılar ve yöneticiler, toplumsal iş bölümünün bütün grupları, kamuoyunu uyuracak ve oluşturacak iletişim organlarının temsilcileri; hizmetin alıcıları olan hastaların haklarının yerleşmesi ve yaygınlaşması için üzerlerine düşen tüm hak ve ödevleri yerine getirmeye" çağırılmıştır.

Hasta Hakları Yönetmeliği 01.08.1998 tarih,23420 sayılı, Resmi Gazete yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği ile değişik yasa ve tüzüklerde dağınık bir halde bulunan hasta hakları ile ilgili düzenlemelerin, tek bir düzenleme içerisinde toplanması ve kapsamının genişletilmesi sağlanmıştır. Hasta hakları ile ilgili olabilecek veya gelişebilecek tartışmalı konulara hukuksal açıklık getirilmiştir. Yönetmelikte uluslararası hasta hakları bildireleriyle ile hastalara tanınan haklara yer verilmiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde **Hasta hakları**, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan bireylerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder şeklinde tanımlanmıştır. Yönetmelik dokuz bölümden oluşmakta ve elli bir madde içermektedir.

Bunlar,

1.Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma

Madde 6.Hasta,adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak

üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.

2.Bilgi İsteme

Madde 7.Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar.

3.Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme

Madde 8.Hasta; tabi olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile, sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkına sahiptir.

4.Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme

Madde 9.Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir.

5.Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme

Madde 10.Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır.

6.Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım

Madde 11.Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir.

7.Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı

Madde 12. Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de bulunulamaz.

8.Tıbbi Özen Gösterilmesi

Madde 14. Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.

9.Genel Olarak Bilgi İsteme

Madde 15. Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve

hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

10. Kayıtları İnceleme

Madde 16. Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.

11. Kayıtların Düzeltilmesini İsteme

Madde 17. Hasta; sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir.

12. Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18. Bilgi, gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir.

13. Mahremiyete Saygı Gösterilmesi

Madde 21. Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.

14. Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama

Madde 22. Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz.

15. Bilgilerin Gizli Tutulması

Madde 23. Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.

16. Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24. Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

17. Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25. Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

18.Küçüğün veya Mahcurun Tıbbi Müdahaleye İştiraki

Madde 26. Kanuni temsilcinin muvafakatinin gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük veya mahcur olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştiraki sağlanır.

19.Tıbbi Araştırmalarda Rıza

Madde 32. Hiç kimse; Bakanlığın izni ve kendi rızası bulunmaksızın, tecrübe, araştırma veya eğitim amaçlı hiçbir tıbbi müdahale konusu yapılamaz.

20.İlaç ve Terkiplerin Araştırma Amacıyla Kullanımı

Madde 36. Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmış olsa dahi, sırf tıbbi araştırma amacı ile hasta üzerinde kendi rızası ve Bakanlığın izni bulunmaksızın hiçbir ilaç ve terkip kullanılamaz.

21.Güvenliğin Sağlanması

Madde 37. Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır.

22.Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma

Madde 38. Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkanları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır.

23.İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret

Madde 39. Hasta, kişilik değerlerine uygun bir şekilde ve ortamda sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir.

24.Refakatçi Bulundurma

Madde 40. Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkanlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir

25.Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı

Madde 42. Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları vardır .

HASTA HAKLARI UYGULAMALARI

15.10.2003 tarihinde Hasta Hakları Yönergesi ile Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşları ve hastanelerinde hasta hakları uygulamaları pilot olarak uygulamaya sokulmuştur. Pilot olarak uygulanan hastane ve sağlık kuruluşlarından edinilen deneyim ve bilgi birikimi üzerine 26.04.2005 tarihinde "Hasta Hakları Uygulama Yönergesi " çıkartılarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastane ve sağlık kuruluşlarında hasta hakları uygulaması yaygınlaştırılmıştır. Bu çerçevede hastanelerimizde Hasta Hakları Birimleri kurulmuştur. Hasta Hakları Birimi , "Hasta Hakları Uygulama Yönergesi "nde belirtilen görev, sorumluluk ve

işleyiş çerçevesinde görev yapmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarından gelen şikayet ve önerileri değerlendirmek, şikayetleri mümkün olduğunca yerinde çözmek, çözülemeyen şikayet ve sorunları gerekli prosedürü işleterek Hasta Hakları Kuruluna sunmak bu işleyişi oluşturmaktadır. Hasta Hakları Kurulu'nda görüşülen dosyaları alınan kararlar çerçevesinde ilgililere bildirerek gerekli işlemlerin yapılmasını takip etmektedir. Hasta Hakları Birimi hasta hakları, sorumlulukları, iletişim, empati, hastalık psikolojisi vb. konularında hastalar ile hastane personeline yönelik eğitimler yapmaktadır. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hasta Hakları Birimi'nde birim sorumlusu olarak Psikolog Mevlüt ÜLGEN, Ege Doğumevi ek hizmet binasında Hemşire Perihan BAŞTAN , birim memuru olarak Fikret GÜRLEYEN hasta eğitim ve iletişim görevlisi olarak Hemşire Hatice ÇİFTÇİ, Hemşire Perihan DAYANÇ ve Hemşire Şükran YAVUZ , İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi hasta hakları biriminde birim sorumlusu olarak Hemşire Ayfer Zengin görev yapmaktadır. Hasta Hakları Birimine şikayet ve öneriler birimlere direk hastalar ve hasta yakınları tarafından yapılabildiği gibi Sağlık Bakanlığı web sitesi aracılığı ile İnternet ortamından da yapılabilmektedir. Hasta Haklarına gelen her başvuru aynı gün Sağlık Bakanlığı web sitesine aktarılmakta, başvuru sahibi, Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Şube Müdürlüğü ile İl Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü tarafından takip edilmektedir. Hasta Hakları başvurularının tüm gelişmeleri ve kurul kararları İnternet ortamından başvuru sahibi ve yetkililer tarafından görülmektedir. Ayrıca kurul kararı başvuru sahibine yazılı olarak iletilmektedir. Hasta Hakları başvurularını değerlendirmek üzere "Hasta Hakları Uygulama Yönergesi" çerçevesinde Hasta Hakları Kurulu oluşturulmuştur. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta Hakları Kurulunda, Kurul Başkanlığını Dr.Faik URBARLI yapmakta olup, kurulda, İl Genel Meclisi üyeleri arasından Vali tarafından seçilen üye olarak İzmir İl Genel Meclisi üyesi Mehmet ARISOY, Hasta Hakları Birim Sorumlusu olarak Psikolog Mevlüt ÜLGEN, 4688 sayılı Kamu Sendikaları Kanununa göre o kurumda yetki almış sendika temsilcisi olarak Sosyal Hizmet Uzmanı Aysun İNAN, Hasta hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi olarak İzmir Sağlık ve Hasta Hakları Derneği temsilcisi Dr.Serdar SAVACI, Valiliğin belirlediği vatandaş temsilcisi olarak Seydi ÖNDER görev yapmaktadır. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta Hakları Kurulunda, Kurul Başkanlığını Baştabip Yrd.Dr.Özgür USLU yapmakta olup, kurulda, İl Genel Meclisi üyeleri arasından Vali tarafından seçilen üye olarak İzmir İl Genel Meclisi üyesi İsmet DUTAR, Hasta Hakları Birim Sorumlusu olarak Hemşire Ayfer ZENGİN, 4688 sayılı Kamu Sendikaları Kanununa göre o kurumda yetki almış sendika temsilcisi Hemşire Nagehan AKDAR, Hasta hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi olarak İzmir Sağlık ve Hasta Hakları Derneği

temsilcisi Aydın ÇUBUKGİL, Valiliğin belirlediği vatandaş temsilcisi olarak Ünal BAYSAL görev almaktadır. Ayrıca kurulda görüşülecek konu ve dosyaya göre başvuru yapılan personelin amiri ile başvuru yapan hasta ve hasta yakınının varsa yasal temsilcisi hasta hakları kuruluna katılmaktadır. Hasta Hakları Birimi ve Kurulu hastalarımızın hizmetten daha etkin yararlanması ve çalışanların daha iyi hizmet ortamında hizmet vermesi için hastane yönetimi ve Sağlık Bakanlığı'na sunulmak üzere görüş ve öneriler hazırlayarak sunmakta, hastaları ve çalışanlar için sağlık ortamının daha iyi seviyeye çıkartılması için çalışmaktadır. Herkesin yeterli sağlık bakımı ile sağlığının korunması ve mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşması, temel insan hakları ve sağlık hakkı arasında bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin herkes için eşit, ulaşılabilir ve sürekli olması ise, sağlık hakkı gibi hasta haklarının da önemli amaçlarından birini oluşturmaktadır. Hasta haklarının daha etkin kullanılması ve geliştirilmesi için hekim hasta işbirliğinin artırılması, karşılıklı güvene dayalı ilişkinin tesis edilmesi yararlı olacaktır. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarının iyileştirilmesi, ekonomik ve sosyal haklarının geliştirilmesi hasta haklarına olumlu katkı yapacaktır.

Kaynaklar

1. Erdem Ö. Sağlık Personeli ve Hastaların , Hasta Hakları Konusunda Bigi Düzeyleri ve Uygulanan Müdahale Yöntemlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 1993 , <http://lib.baskent.edu.tr/tez/baskent1/00252.pdf>
2. Sağlık Bakanlığı, Kocaeli Devlet Hastanesi web sitesi http://www.kocaelidh.gov.tr/uploaded/file/hasta-haklari-sorumluluklari/.HASTA_HAKLARI_TARİHCESİ_VE_HASTA_HAKLARI_BİRİMİ_UYGULAMALARI.
3. **Aydın, N:** "Hasta Haklarının Hukuki Boyutu ve Korunma Yolları", http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/haberler/hk_hukukiboyutu/index.htm
4. Hasta Hakları Yönetmeliği , Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420 <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/yonetmelik.htm>
5. Türk Tabipleri Birliği, Füsün Sayek TTB Raporları / Kitapları 2009 Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/belgeler2009.pdf>
6. Türk Tabipleri Birliği, Hasta Hakları Klavuzu
7. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=984:hasta&catid=26:etik&Itemid=65
8. Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi , İstanbul Tabip Odası web sitesi http://www.istanbulsaaglik.gov.tr/w/hasahak/belge/dunya_hekimler_birligi.pdf
9. Kayar H.Hasta haklarına ilişkin avrupa statüsü. Türkhukuk sitesi
10. <http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=6593>
11. 9. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete. Sayı:23420, Tarih:01/08/1998
12. TC Sağlık Bakanlığı resmi web sitesi. Hasta hakları.<http://sbu.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/yeniyonerger.htm> Erişim : 10/02/2014
13. Hasta Hakları, **İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, web sitesi**,<http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/hastahaklari.htm>**erişim. 10.02.2014**
14. Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Uygulama Yönergesi <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/yeniyonerger.htm> erişim : 10.02.2014

UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN YASAL SORUMLULUKLARI

Ekin Özgür AKTAŞ

Uzmanlık eğitimi birçok hekim için fakülteden hemen sonra kazanılan ve doğal olarak hem memuriyet ile ilgili idari konular, hem de klinik deneyim ve becerinin kazanıldığı çok önemi bir periyottur.

Uzmanlık eğitimi dönemindeki birçok hekim yeterli idari bilgi ve deneyimi olmadığı için idari konularda, klinik deneyim ve beceriyi kazanacağı klinik eğitimde sıkıntı yaşayabilmektedir. Uzmanlık eğitim döneminde sıkıntılar ile karşılaşmamanız için size yararlı olabilecek bazı idari ve önemli bilgiler aşağıda sunulmuştur. Bu bilgilerin kapsamlı şekline metin içinde vurgulanan yasal düzenlemeleri inceleyerek ulaşabilirsiniz.

Uzmanlık Eğitimi Yapan Hekimlerin Hukuki ve İdari Konumları:

Uzmanlık eğitimini Sağlık Bakanlığına bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna ait Eğitim ve Araştırma Hastanelerine tanınan kontenjandan kazanan hekimler özlük hakları açısından 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na (DMK) bağlıyken, Tıp Fakültelerinin kadrosundan kazananlar 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu'na (YÖK) tabii devlet memuru olarak görev yapmaktadırlar. Her iki kadroda da bazı küçük farklılıklar olmakla birlikte memuriyet için tanınan temel özlük hakları aynıdır.

Uzmanlık eğitimi ile birlikte ilk kez devlet memurluğuna atanan hekimlerin ilgili yasal düzenlemeler nedeniyle görevlerinin ilk yılı aday memurluk dönemi olarak adlandırılmaktadır. Bu hekimler ilgili yasal düzenlemeler uyarınca birinci yılı tamamlanıncaya kadar asaletleri onaylanamamaktadır. Bu dönem tamamlanmadan yıllık izin gibi bazı özlük haklarını kullanamamaktadırlar. Aday memurluk döneminde yeterli görülmeyenlerin devlet memurluğuna asli olarak atamaları yapılmayabilir. Birinci yıl sonunda yeterli görülen aday memurlar amirlerinin uygun görmesi ve yazılı teklifte bulunması şartı ile asaleten göreve atanırlar (657 SK Madde 58). Birinci yıl sonunda asaleten atanmaları teklif edilmeyen aday memurların adaylık süreleri ikinci yıla uzar. Bu nedenle memuriyette çok önemli bazı özlük haklarına kavuşabilmek için birinci yılınızı tamamladığınızda asalet onayı için teklif yazınızı mutlaka takip ediniz.

Aday memurluk süresi yasal açıdan iki yılı geçemez. Bu süre içinde 657 sayılı DTK uyarınca yer değişikliği yapılamaz ancak uzmanlık öğrencileri için Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitim Yönetmeliği (TDHUEY) uyarınca eğitim kurumu değiştirilebilir.

DMK'nda; "Adaylık süresi içinde hal ve hareketlerinde memuriyetle bağdaşmayacak durumları, göreve devamsızlıkları tespit edilenlerin sicil amirlerinin teklifi ve atamaya yetkili amirin onayı ile ilişkileri kesilir (DMK Md.56)."

Yine "Adaylardan en geç iki yıl içinde Devlet memuru olabilmeleri için olumlu sicil alamayanların sicil amirlerinin teklifi ve atamaya yetkili amirin onayı ile ilişkileri kesilir ve ilişkileri kesilenler (sağlık nedenleri hariç) 3 yıl süre ile Devlet memurluğuna alınmazlar (DMK Md.57)" hükümleri yer almaktadır.

Yukarıda açıklandığı üzere asli devlet memurluğuna atanmada bir tür inceleme-hazırlık dönemi olan aday memurluk dönemi memuriyet ile ilgili kural ve şartları öğrenme ve uymanız için çok önemli bir dönemdir.

Devlet memurları, Türkiye Cumhuriyeti Anayasasına ve kanunlarına sadakatle bağlı kalmak ve milletin hizmetinde Türkiye Cumhuriyeti kanunlarını sadakatle uygulamak zorundadırlar (657 Sayılı Kanun 6. Madde). Devlet memurları, bu hususu "Asli Devlet Memurluğuna" atandıktan sonra en geç bir ay içinde kurumlarınca düzenlenecek merasimle yetkili amirlerin huzurunda yapacakları yeminle belirtirler ve özlük dosyalarına konulacak aşağıdaki "Yemin Belgesi" ni imzalayarak göreve başlarlar.

Yemin Metni:

"Türkiye Cumhuriyeti Anayasasına, Atatürk İnkılap ve İlkelerine, Anayasada ifadesi bulunan Türk Milliyetçiliğine sadakatle bağlı kalacağıma; Türkiye Cumhuriyeti kanunlarını milletin hizmetinde olarak tarafsız ve eşitlik ilkelerine bağlı kalarak uygulayacağıma; Türk Milletinin milli, ahlaki, insani, manevi ve kültürel değerlerini benimseyip, koruyup bunları geliştirmek için çalışacağıma; insan haklarına ve Anayasanın temel ilkelerine dayanan milli, demokratik, laik, bir hukuk devleti olan Türkiye Cumhuriyetine karşı görev ve sorumluluklarını bilerek, bunları davranış halinde göstereceğime namusum ve şerefim üzerine yemin ederim." şeklindedir.

Devlet memurları siyasi partiye üye olamazlar. Herhangi bir siyasi parti, kişi veya zümrenin yararını veya zararını hedef tutan bir davranışta bulunamazlar. Görevlerini yerine getirirlerken dil, ırk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din ve mezhep gibi ayırım yapamazlar; hiçbir şekilde siyasi ve ideolojik amaçlı beyanda ve eylemde bulunamazlar ve bu eylemlere katılamazlar. Devlet memurları her durumda Devletin menfaatlerini korumak mecburiyetindedirler. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasına ve kanunlarına aykırı olan, memleketin bağımsızlığını ve bütünlüğünü bozan Türkiye Cumhuriyetinin güvenliğini tehlikeye düşüren herhangi bir faaliyette bulunamazlar. Aynı nitelikte faaliyet gösteren herhangi bir harekete, gruplaşmaya, teşekküle veya derneğe katılamazlar, bunlara yardım edemezler (657 SK, Madde 7).

Devlet Memurları, kamu görevleri hakkında basına, haber ajanslarına veya radyo ve televizyon kurumlarına bilgi veya demeç veremezler. Bu konuda gerekli bilgi ancak bakanın yetkili kılacağı görevli illerde valiler veya yetkili kılacağı görevli tarafından verilebilir (657 SK, Madde 11).

Devlet memurları kanun, tüzük ve yönetmeliklerde belirtilen esaslara uymakla

ve amirler tarafından verilen görevleri yerine getirmekle yükümlü ve görevlerinin iyi ve doğru yürütülmesinden amirlerine karşı sorumludurlar (657 SK, Madde 11).

Devlet memuru bağlı olduğu kuruma yazılı olarak müracaat etmek suretiyle memurluktan çekilme (istifa) isteğinde bulunabilir. İzinsiz veya kurumlarınca kabul edilen mazereti olmaksızın görevin terk edilmesi ve bu terkin kesintisiz 10 gün devam etmesi halinde, yazılı müracaat şartı aranmaksızın, çekilme isteğinde bulunulmuş sayılır.

Çekilmek isteyen memur yerine atanan kimsenin gelmesine veya çekilme isteğinin kabulüne kadar görevine devam eder. Yerine atanan kimse bir aya kadar gelmediği veya yerine bir vekil atanmadığı takdirde, üstüne haber vererek görevini bırakabilir (657 SK Madde 94). Çekilen Devlet memurlarından devir ve teslim ile yükümlü olanlar, bu işlemlerin sonuna kadar görevlerini bırakamazlar (657 SK Madde 95). Olağanüstü hal, sıkıyönetim, seferberlik ve savaş hallerinde veya genel hayata müessir afetlere uğrayan yerlerdeki Devlet Memurları yerine atanacaklar gelip işe başlamadıkça görevlerini bırakamazlar (657 SK Madde 96).

94. maddeye uygun şekilde istifa edenler 6 ay, bu maddeye uymadan istifa edenler 1 yıl, 95. maddeye uymadan istifa edenler 3 yıl müddetler ile bir daha devlet memurluğu görevine geri dönemezler (başka kurumda dahi olsa). 96 maddeye uymadan görev bırakanlar hiçbir şekilde bir daha devlet memurluğuna atanamazlar (657 SK Madde 97). Yukarıda açıklanan nedenler ile devlet memurluğu görevine yeni atanan uzmanlık öğrencilerinin de uzmanlık alanından memnun olmama, yeni bir bölüm veya kuruma geçme gibi nedenler ile istifa ederken dikkatli düşünmeleri gereklidir.

Önemli bir diğer konuda devlet memurluğuna uygunluk şartları arasında belirtilen (DMK Md.48) "Taksirli suçlar ve aşağıda sayılan suçlar dışında tecil edilmiş hükümler hariç olmak üzere, ağır hapis veyahut 6 aydan fazla hapis veyahut affa uğramış olsalar bile Devletin şahsiyetine karşı işlenen suçlarla, zimmet, ihtilas, irtikap, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, inancı kötüye kullanma, dolanlı iflas gibi yüz kızartıcı veya şeref ve haysiyeti kırıcı suçtan veya istimal ve istihlak kaçakçılığı hariç kaçakçılık, resmi ihale ve alım satımlara fesat karıştırma, Devlet sırlarını açığa vurma suçlarından dolayı hükümlü bulunmamak." şartıdır. Bu şart, Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitim Yönetmeliğinin 16. Maddesinde de yer aldığından, yukarıdaki suçların varlığı, devlet memurluğu ve uzmanlık öğrenciliğine alınmaya engel olmaktadır.

Özellikle resmi belge ve evraklar ile raporlarda değişik nedenler ile yapılan gerçek durumla uygun olmayan davranışlar (hatır için istirahat raporu verme, tıbbi belgelerde özensizlik vb.) sahtecilik suçunu oluşturmuş olabileceğinden bu suçlama ile karşılaşan uzmanlık öğrencilerinin memuriyete alınmalarında sıkıntı yaşanabilmektedir. Bu nedenle uzmanlık öğrenciliği dönemi dâhil olmak üzere

memuriyet hayatının hiçbir döneminde yukarıda sayılan suçları işlememeniz, hataen de olsa bu tür davranışlarda bulunmamanız çok önemlidir.

Yapacağınız görev sırasında disiplin cezası gerektiren durumlar da bilginiz olması açısından aşağıda sunulmuştur (657 SK Madde 125).

Devlet memurlarına verilecek disiplin cezaları ile her bir disiplin cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

1. Uyarma: Memura, görevinde ve davranışlarında daha dikkatli olması gerektiğinin yazı ile bildirilmesidir. Uyarma cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

1.1. Verilen emir ve görevlerin tam ve zamanında yapılmasında, görev mahallinde kurumlarca belirlenen usul ve esasların yerine getirilmesinde, görevle ilgili resmi belge, araç ve gereçlerin korunması, kullanılması ve bakımında kayıtsızlık göstermek veya düzensiz davranmak,

1.2. Özürsüz veya izinsiz olarak göreve geç gelmek, erken ayrılmak, görev mahallini terk etmek,

1.3. Kurumca belirlenen tasarruf tedbirlerine riayet etmemek,

1.4. Usulsüz müracaat veya şikâyetle bulunmak,

1.5. Devlet memuru vakarına yakışmayan tutum ve davranışta bulunmak,

1.6. Görevine veya iş sahiplerine karşı kayıtsızlık göstermek veya ilgisiz kalmak,

1.7. Belirlenen kılık ve kıyafet hükümlerine aykırı davranmak,

1.8. Görevin işbirliği içinde yapılması ilkesine aykırı davranışlarda bulunmak.

2. Kınama: Memura, görevinde ve davranışlarında kusurlu olduğunun yazı ile bildirilmesidir. Kınama cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

2.1. Verilen emir ve görevlerin tam ve zamanında yapılmasında, görev mahallinde kurumlarca belirlenen usul ve esasların yerine getirilmesinde, görevle ilgili resmi belge, araç ve gereçlerin korunması, kullanılması ve bakımından kusurlu davranmak,

2.2. Eşlerinin, reşit olmayan veya mahcur olan çocuklarının kazanç getiren sürekli faaliyetlerini belirlenen sürede kurumuna bildirmemek,

2.3. Görev sırasında amire hal ve hareketi ile saygısız davranmak,

2.4. Hizmet dışında Devlet memurunun itibar ve güven duygusunu sarsacak nitelikte davranışlarda bulunmak,

2.5. Devlete ait resmi araç, gereç ve benzeri eşyayı özel işlerinde kullanmak,

2.6. Devlete ait resmi belge, araç, gereç ve benzeri eşyayı kaybetmek,

2.7. İş arkadaşlarına, maiyetindeki personele ve iş sahiplerine kötü muamelede bulunmak,

2.8. İş arkadaşlarına ve iş sahiplerine söz veya hareketle sataşmak,

2.9. Görev mahallinde genel ahlak ve edep dışı davranışlarda bulunmak ve bu tür yazı yazmak, işaret, resim ve benzeri şekiller çizmek ve yapmak,

2.10. Verilen emirlere itiraz etmek,

2.11. Borçlarını kasten ödemeyerek hakkında yasal yollara başvurulmasına neden olmak,

2.12. Kurumların huzur, sükûn ve çalışma düzenini bozmak.

3. Aylıktan kesme: Memurun, brüt aylığından 1/30 - 1/8 arasında kesinti yapılmasıdır. Aylıktan kesme cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

3.1. Kasıtlı olarak; verilen emir ve görevleri tam ve zamanında yapmamak, görev mahallinde kurumlarca belirlenen usul ve esasları yerine getirmemek, görevle ilgili resmi belge, araç ve gereçleri korumamak, bakımını yapmamak, hor kullanmak,

3.2. Özürsüz olarak bir veya iki gün göreve gelmemek,

3.3. Devlete ait resmi belge, araç, gereç ve benzerlerini özel menfaat sağlamak için kullanmak,

3.4. Görevle ilgili konularda yükümlü olduğu kişilere yalan ve yanlış beyanda bulunmak

3.5. Görev sırasında amirine sözle saygısızlık etmek,

3.6. Görev yeri sınırları içerisinde her hangi bir yerin toplantı, tören ve benzeri amaçlarla izinsiz olarak kullanılmasına yardımcı olmak,

3.7. İkamet ettiği ilin hudutlarını izinsiz terk etmek,

3.8. Toplu müracaat veya şikâyet etmek,

3.9. Hizmet içinde Devlet memurunun itibar ve güven duygusunu sarsacak nitelikte davranışlarda bulunmak,

3.10. Yasaklanmış her türlü yayını görev mahallinde bulundurmak.

4. Kademe ilerlemesinin durdurulması: Fiilin ağırlık derecesine göre memurun, bulunduğu kademede ilerlemesinin 1 - 3 yıl durdurulmasıdır. Kademe ilerlemesinin durdurulması cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

4.1. Göreve sarhoş gelmek, görev yerinde alkollü içki içmek,

4.2. Özürsüz ve kesintisiz 3 - 9 gün göreve gelmemek,

4.3. Görevi ile ilgili olarak her ne şekilde olursa olsun çıkar sağlamak,

4.4. Amirine veya maiyetindekilere karşı küçük düşürücü veya aşağılayıcı fiil ve hareketler yapmak,

4.5. Görev yeri sınırları içinde herhangi bir yeri toplantı, tören ve benzeri amaçlarla izinsiz kullanmak veya kullandırmak,

4.6. Gerçeğe aykırı rapor ve belge düzenlemek,

4.7. Yetkili olmadığı halde basına, haber ajanslarına veya radyo ve televizyon kurumlarına bilgi veya demeç vermek,

4.8. Ticaret yapmak veya Devlet memurlarına yasaklanan diğer kazanç getirici faaliyetlerde bulunmak,

4.9. Görevin yerine getirilmesinde dil, ırk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç,

din ve mezhep ayrımı yapmak, kişilerin yarar veya zararını hedef tutan davranışlarda bulunmak,

4.10. Belirlenen durum ve sürelerde mal bildiriminde bulunmamak,

4.11. Açıklanması yasaklanan bilgileri açıklamak,

4.12. Amirine, maiyetindekilere, iş arkadaşları veya iş sahiplerine hakarette bulunmak veya bunları tehdit etmek,

4.13. Diplomatik statüsünden yararlanmak suretiyle yurt dışında, haklı bir sebep göstermeksizin ödeme kabiliyetinin üstünde borçlanmak ve borçlarını ödemedeki tutum ve davranışlarıyla Devlet itibarını zedelemek veya zorunlu bir sebebe dayanmaksızın borcunu ödemedен yurda dönmek,

4.14. Verilen görev ve emirleri kasten yapmamak,

4.15. Herhangi bir siyasi parti yararına veya zararına fiilen faaliyette bulunmak.

5. Devlet memurluğundan çıkarma: Bir daha Devlet memurluğuna atanmamak üzere memurluktan çıkarmaktır. Devlet memurluğundan çıkarma cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

5.1. İdeolojik veya siyasi amaçlarla kurumların huzur, sükûn ve çalışma düzenini bozmak, boykot, işgal, engelleme, işi yavaşlatma ve grev gibi eylemlere katılmak veya bu amaçlarla toplu olarak göreve gelmemek, bunları tahrik ve teşvik etmek veya yardımda bulunmak,

5.2. Yasaklanmış her türlü yayını veya siyasi veya ideolojik amaçlı bildiri, afiş, pankart, bant ve benzerlerini basmak, çoğaltmak, dağıtmak veya bunları kurumların herhangi bir yerine asmak veya teşhir etmek,

5.3. Siyasi partiye girmek,

5.4. Özürsüz olarak (...) (1) bir yılda toplam 20 gün göreve gelmemek,

5.5. Savaş, olağanüstü hal veya genel afetlere ilişkin konularda amirlerin verdiği görev veya emirleri yapmamak,

5.6. Amirine ve maiyetindekilere fiili tecavüzde bulunmak,

5.7. Memurluk sıfatı ile bağdaşmayacak nitelik ve derecede yüz kızartıcı ve utanç verici hareketlerde bulunmak,

5.8. Yetki almadan gizli bilgileri açıklamak,

5.9. Siyasi ve ideolojik eylemlerden arananları görev mahallinde gizlemek,

5.10. Yurt dışında Devletin itibarını düşürecek veya görev haysiyetini zedeleyecek tutum ve davranışlarda bulunmak,

5.11. 5816 sayılı Atatürk Aleyhine İşlenen Suçlar Hakkındaki Kanuna aykırı fiilleri işlemek.

Yukarıda yer alan disiplin cezaları dikkatinizi çekmesi açısından konmuştur. Aynı cezalar Üniversitelerde görev yapan memurlar ile ilgili mevzuatta (Bkz. Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı Ve Memurları Disiplin Yönetmeliği) da yer almaktadır. Alacağınız disiplin cezalarının özlük dosyanıza

işleneceğini unutmayınız. Memur olarak hak ve yetkileriniz konusunda daha geniş bilgiyi 2547 ve 657 sayılı kanunlar ve ilgili mevzuatta bulabilirsiniz.

Hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinin ve diğer idari işlerin düzenli yürütülmesi ile ilgili olarak dekanlık, başhekimlik, Anabilim ve Bilim Dalı Başkanlıkları, Hastane Yöneticisi, Başhekim, İdari ve Eğitim Sorumluları tarafından belirlenip duyurulan kurallara da uyulması zorunludur. Kuralları bilmemek yasal açıdan ceza alınmasına engel olamamakta, hatta bilinmesi gereken kuralları bilmemek, ayrıca cezalandırmayı gerektiren bir suç olarak kabul edilmektedir.

Memuriyet hizmeti sırasında yapılabilecek bazı eylemler Türk Ceza Kanununa göre de suç sayıldığından bunların kısaca bilinmesinde de fayda vardır. Memuriyet görevi ile ilgili suçlar kısaca şunlardır.

İrtikap (Haksız çıkar sağlama):

T.C.K. MADDE 250. - (1) Görevinin sağladığı nüfuzu kötüye kullanmak suretiyle kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına bir kimseyi icbar eden kamu görevlisi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Görevinin sağladığı güveni kötüye kullanmak suretiyle gerçekleştirdiği hileli davranışlarla, kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına bir kimseyi ikna eden kamu görevlisi, üç yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(3) İkinci fıkrada tanımlanan suçun kişinin hatasından yararlanarak işlenmiş olması hâlinde, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Hekimin hasta ve yakınını kendisi tarafından yardım yapılmadığı takdirde kötü sonuçların meydana geleceğine inandırması (manevi cebir) ve bu manevi cebir (zorlama) altında mağdurun haksız olduğunu bildiği halde ödeme yapması veya vaat etmesi irtikap suçunu oluşturur (Y5. CD 1980 yılı 4260/644 sayılı kararı). Hastanın tedavisinde gerekmediği halde hataen alınıp doktora verilen ilaç ve benzeri malzemenin doktor tarafından yanlışlık bilinmesine rağmen alınması ve şahsen bunlara sahip çıkılması da bir irtikap örneğidir.

Rüşvet: İki taraf arasında kanuni olmayan bir işlemin yapılması için veya çıkar sağlanması için rızaya dayanan anlaşma yapılmasıdır. Bu durumlarda rüşveti veren de alan da sorumludur.

T.C.K. MADDE 252. - (1) Rüşvet alan kamu görevlisi, dört yıldan on iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Rüşvet veren kişi de kamu görevlisi gibi cezalandırılır. Rüşvet konusunda anlaşmaya varılması hâlinde, suç tamamlanmış gibi cezaya hükmolunur.

(3) Rüşvet, bir kamu görevlisinin, görevinin gereklerine aykırı olarak bir işi yapması veya yapmaması için kişiyle vardığı anlaşma çerçevesinde bir yarar sağlamasıdır.

Yetkili olmadığı bir iş için yarar sağlama

MADDE 255. - (1) Görevine girmeyen ve yetkili olmadığı bir işi yapabileceği veya yaptırabileceği kanaatini uyandırarak yarar sağlayan kamu görevlisi, bir yıldan beş yıla kadar hapis ve adli para cezası ile cezalandırılır.

Görevi kötüye kullanma

T.C.K. MADDE 257. - (1) Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan hâller dışında, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan hâller dışında, görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(3) İrtikap suçunu oluşturmadığı takdirde, görevinin gereklerine uygun davranması için veya bu nedenle kişilerden kendisine veya bir başkasına çıkar sağlayan kamu görevlisi, birinci fıkra hükmüne göre cezalandırılır.

Memur aldığı emri yasal düzenlemelere aykırı görürse yerine getiremez ve aykırılığı emri verene bildirir. Ancak üst, emrinde ısrar ederse ve bu emri yazılı olarak yenilerse emir yerine getirilir. Bu halde emri yerine getiren sorumlu olmaz. Emri yerine getirmeyen memur bu maddeye göre sorumlu olacaktır. Emir konusu suç ise, hiç bir suretle yapılamaz.

Görevi savsama; kamu hizmetini yerine getirmekle yükümlü memurun yükümlü olduğu görevi yapmaması, görevi gereği olarak yerine getirmemesi, belirlenen süre içinde yapmamasıdır. Eğer eylem failin memuriyet görevine girmeyen yani yasal olarak yapmaya mecbur olmadığı bir görev ise suç sayılmaz.

Kendisine müracaat eden hastaların anamnez ve müşahedelerini diğer kişilere bırakan hekimler görevi ihmal etmiş sayılır.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY) 72. Madde: "Yatırılan hastanın ilk 24 saat içinde anamnezi alınır. Tabipten başka kimse anamnez alamaz. Yatan her hastanın ilk muayenesi ilgili tabiplerce hemen yapılip her türlü laboratuvar incelemesi ve tetkikleri mümkün olan en seri şekilde yapılarak sonuçları müşahade kâğıtlarına yazılır."

Göreve ilişkin sırrın açıklanması

T.C.K.MADDE 258. - (1) Görevi nedeniyle kendisine verilen veya aynı nedenle bilgi edindiği ve gizli kalması gereken belgeleri, kararları ve emirleri ve diğer tebligatı açıklayan veya yayınlayan veya ne suretle olursa olsun başkalarının bilgi edinmesini kolaylaştıran kamu görevlisine, bir yıldan dört yıla kadar hapis cezası verilir.

(2) Kamu görevlisi sıfatı sona erdikten sonra, birinci fıkrada yazılı fiilleri işleyen kimseye de aynı ceza verilir.

Zimmet

T.C.K. MADDE 247. - (1) Görevi nedeniyle zilyetliği kendisine devredilmiş olan veya koruma ve gözetimiyle yükümlü olduğu malı kendisinin veya başkasının zimmetine geçiren kamu görevlisi, beş yıldan on iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Suçun, zimmetin açığa çıkmamasını sağlamaya yönelik hileli davranışlarla işlenmesi hâlinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(3) Zimmet suçunun, malın geçici bir süre kullanıldıktan sonra iade edilmek üzere işlenmesi hâlinde, verilecek ceza yarı oranına kadar indirilebilir.

Zimmet suçu bilinmeden kamu hastanelerinde sıklıkla yapılan bazı işlemlerde söz konusu olabilir. Örneğin kuruma ait tansiyon aleti veya stetoskobun ya da bilgisayarın alınması, ilaç veya malzeme götürülmesi gibi.

Resmî belgede sahtecilik

TCK MADDE 204:(1) Bir resmî belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir resmî belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren veya sahte resmî belgeyi kullanan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Görevi gereği düzenlemeye yetkili olduğu resmî bir belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren, gerçeğe aykırı olarak belge düzenleyen veya sahte resmî belgeyi kullanan kamu görevlisi üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(3) Resmî belgenin, kanun hükmü gereği sahteliği sabit oluncaya kadar geçerli olan belge niteliğinde olması hâlinde, verilecek ceza yarısı oranında artırılır.

Bu duruma örnek olarak sıkça yapılan, gerçek sağlık durumunu yansıtmayan rapor veya belge düzenlemek, tıbbi belgelerde yapılmayan işlemleri göstermek gibi durumlar verilebilir.

Resmî belgeyi bozmak, yok etmek veya gizlemek

TCK MADDE 205. - (1) Gerçek bir resmî belgeyi bozan, yok eden veya gizleyen kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Suçun kamu görevlisi tarafından işlenmesi hâlinde, verilecek ceza yarı oranında arttırılır.

Bu duruma örnek olarak ta, soruşturma veya davalarda kendi aleyhine olacağı düşüncesi ile hasta kayıt ve dosyalarını gizlemek verilebilir.

Gerçeğe aykırı bilirkişilik veya tercümanlık

MADDE 276. - (1) Yargı mercileri veya suçtan dolayı kanunen soruşturma yapmak veya yemin altında tanık dinlemek yetkisine sahip bulunan kişi veya kurul tarafından görevlendirilen bilirkişinin gerçeğe aykırı mütalaada bulunması hâlinde, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi

MADDE 280. - (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Suç delillerini yok etme, gizleme veya değiştirme

MADDE 281. - (1) Gerçeğin meydana çıkmasını engellemek amacıyla, bir suçun delillerini yok eden, silen, gizleyen, değiştiren veya bozan kişi, altı aydan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kendi işlediği veya işlenişine iştirak ettiği suçla ilgili olarak kişiye bu fıkra hükmüne göre ceza verilmez.

(2) Bu suçun kamu görevlisi tarafından göreviyle bağlantılı olarak işlenmesi hâlinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

Uzmanlık Eğitimi boyunca yürüttüğünüz görevin temel amacının Eğitim olduğunu unutmayınız. Buradaki hedef belli bir alanda uzmanlaşmak için gerekli bilgi ve becerileri kazanmak olmalıdır. Uzmanlık eğitimi sırasında uyulması gerekli kurallar Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitim Yönetmeliğinde yer almaktadır. Buna göre;

Uzmanlık Öğrencileri, Uzmanlık öğrencisi; kurumlarındaki kadro unvanı ne olursa olsun, tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık ana veya yan dallarından birinde uzman olarak yetiştirilmek amacıyla, bu Yönetmelik ve ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde eğitim ve öğrenim gören, araştırma ve uygulama yapan tabip veya diş hekimidir. Uzmanlık öğrencilerinin istihdam şekli, kurumlarının özel mevzuat hükümlerine tabidir. (Md.4, Md.14).

Uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitiminin gerektirdiği öğrenim, eğitim, araştırma ve uygulama çalışmaları dışında, kamu kurum ve kuruluşları veya özel kurum ve kuruluşlarda aylıklı veya aylıksız hiçbir işte çalışamazlar, muayenehane açamazlar.

Buna aykırı davrandığı tespit edilen uzmanlık öğrencileri önce yazılı olarak uyarılır, aykırılığın devamı veya tekrarı halinde ilgili eğitim kurumunca uzmanlık öğrenciliği ile ilişkileri kesilir (Md 20).

Bu Yönetmelik hükümlerine göre uzmanlık belgesi almayanlar, hiçbir yerde ve şekilde uzmanlık unvan ve yetkisini kullanamazlar (Md.5). Uzmanlık öğrencisi, eğitim sorumlusunun gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alır, deontolojik ve etik kurallara uyar (Md.26). Bu düzenleme nedeniyle uzmanlık eğitimi boyunca uzmanlık öğrencileri temel olarak pratisyen hekim yetkisine sahip olup, hangi kıdemde olurlarsa olsunlar eğitim sorumlusu veya uzman nezaretinde olmaksızın eğitim gördükleri alanda tek başına sağlık hizmeti (konsültasyon, poliklinik, klinik hizmet vb.) yürütemezler. Bu nedenle yaptığınız tüm işlerin eğitim sorumlusu ve uzmanların bilgisi dâhilinde ve onların gözetiminde yapılmasına özen göstermelisiniz.

Uzmanlık eğitiminin kesintisiz olması şarttır. Askerlik hizmeti, doğum sonrası ücretsiz izin ve diğer kanuni veya mücbir sebepler haricinde herhangi bir

sebeple eğitime ara verenler veya kendi isteği veya fiiline bağlı olarak uzmanlık eğitimi sona erenler bu uzmanlık eğitimine tekrar başlayamaz. (Madde 23).

Her uzmanlık öğrencisine eğitim başlangıcında bir rehber eğitim sorumlusu atanır ve yazı ile kendisine bildirilir. Eğitimde belirlenen bilgi ve beceri hedeflerinizi Çekirdek Eğitim Programı çerçevesinde hazırlanan ve Tıpta Uzmanlık Kurulunca onaylanan "Uzmanlık Eğitim Karnesinde" bulacaksınız. Bu karneye uzmanlık öğrencisinin yaptığı teorik ve pratik tüm etkinlikler uzmanlık öğrencisi tarafından işlenir ve eğitim sorumlusu ve birim sorumlusu tarafından onanır. Eğitim karnesi kurum amirleri tarafından altı ayda bir kontrol edilir varsa eksiklikler süresi içinde tamamlattırılır. Uzmanlık eğitimi tamamlayanlara kurum tarafından eğitim karnesinin onaylı bir örneği verilir. Karneler takip sistemi içinde uzmanlık eğitimi tamamlayanlara ayrılan arşiv kısmında saklanmaya devam edilir (Md. 25).

Birim sorumluları altı ayda bir uzmanlık öğrencilerinin göreve bağlılık, çalışma, araştırma ve yönetme yetenekleri ile meslek ahlakı hakkındaki görüş ve kanaatlerini uzmanlık eğitimi takip sistemine kaydedip kurum amirlerine onaylatır. Uzmanlık eğitiminin altı aylık değerlendirme devresinin birden fazla birim sorumlusu yanında geçmesi halinde, bu kaydı yanında en fazla süre geçirilen birimin sorumlusu yapar. Bu değerlendirme sonucunda olumsuz görüş ve kanaat notu alanlar kurum amiri tarafından yazılı olarak uyarılır. İki kez olumsuz kanaat notu alan uzmanlık öğrencisinin birimi, varsa aynı kurumdaki, yoksa mevzuatı çerçevesinde belirlenen başka bir kurumdaki eğitim birimi ile Kurulca değiştirilir. Yeni eğitim biriminde de iki kez olumsuz kanaat notu alan uzmanlık öğrencisinin hizmet süresi ne olursa olsun uzmanlık öğrenciliğiyle ilişkisi kesilir (Md. 25).

Uzmanlık öğrencilerinin, uzmanlık sınavına girebilmeleri için uzmanlık eğitimi gördükleri dala ait bir konu üzerinde tez hazırlamaları zorunludur (Md.28). Tezin niteliği ve tez ile ilgili kuralları Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitim Yönetmeliği ve tez yazım kuralları gibi kurumlarca belirlenen düzenlemelerden daha detaylı inceleyebilirsiniz.

Hazırlanan Tez; uzmanlık eğitimi süresinin bitiminden üç ay önce, kurumun ilgili akademik kurulları tarafından belirlenen, uzmanlık öğrencisinin eğitim gördüğü dalın eğitim sorumlularından oluşan üç kişilik bir jüriye sunulur. Eğitim gördüğü birimde üç eğitim sorumlusu bulunmaması halinde rotasyon yaptığı dallar veya akademik kurulun uygun göreceği dallardaki eğitim sorumlularından jüri tamamlanır. Tez, jüriye verildiği tarihten itibaren en geç bir ay içerisinde incelenir ve jüri huzurunda savunulur.

- Tez savunması başarılı bulunarak tezi kabul edilenler, uzmanlık eğitimi bitirme sınavına girebilirler

- Tezinde düzeltme istenilen uzmanlık öğrencileri, durumun kendilerine bildiriminden itibaren en geç bir ay içinde, jürinin gerekçesindeki esaslara göre tezde gerekli değişiklikleri yaparak aynı jüriye sunar.
- Tezin yetiştirilemediği veya jüri tarafından kabul edilmediği durumlarda, tez danışmanının önerisi ile kurumların akademik kurullarında görüşülerek ekli çizelgelerde belirlenen uzmanlık eğitimi süresine altı aylık bir süre eklenir ve bu durum fakültelerde dekanlığa, diğer eğitim kurumlarında ise Bakanlığa bildirilir.
- Tezin ikinci defa kabul edilmemesi halinde; ...en geç onbeş gün içerisinde ...yeni bir jüri oluşturulur. Tez en geç bir ay içerisinde incelenir ve bu jüri huzurunda savunulur.
- Tezi üçüncü defa reddedilen veya altıncı fıkrada verilen ek süre içerisinde tezini teslim etmeyen uzmanlık öğrencisinin, uzmanlık öğrenciliği ile ilişkisi kesilir. Bunlar uzman adayı olarak tezini tamamlar. İki yıl içinde tezini tamamlayamayan uzman adayının uzmanlık eğitimi ile ilişkisi kesilir (Md 28).

Tezi kabul edilen, uzmanlık eğitimi süresini ve rotasyonlarını tamamlayan, uzmanlık eğitimi karnesinin çekirdek eğitim müfredatını belirleyen kısmı, ilgili birim sorumlusu tarafından onaylanan uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitimi bitirme sınavına girmeye hak kazanır. Uzmanlık eğitimini bitirme sınavı jürileri, beş kişiden oluşur (Md. 29).

Girdikleri ilk uzmanlık sınavında başarısız olan veya sınava girmeyenler uzmanlık öğrencileri kadroları ile ilişkileri kesilmeden altı ay içerisinde uzmanlık sınavına tekrar alınırlar. Girdikleri ikinci uzmanlık sınavında da başarılı olamayanların veya bu sınava girmeyenlerin, uzmanlık öğrenciliği ile ilişkileri kesilir. Bu şekilde uzmanlık öğrenciliği ile ilişkisi kesilenlere, takip eden altı ay içerisinde jüri üyelerini ve yapılacağı kurumu Tıpta Uzmanlık Kurulunun belirleyeceği iki sınav için başvuru hakkı verilir. Bu sınavlarda da başarılı olamayanlar veya sınavlara girmeyenlerin bu eğitimlerine bağlı hakları sona erer (Md 29).

Lütfen Uzmanlık Eğitiminiz sırasında sıkıntı yaşamamak için Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğini okuyunuz ve kliniğinizin Eğitim Sorumlusu ile aklınıza takılan konularda iletişime geçiniz.

Uzmanlık Eğitiminiz sırasında doğal olarak sağlık hizmeti sunumunda da görev alacak ve hastane hizmetlerinin yürütülmesini sağlayacaksınız. Hemen hemen bütün Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Üniversite Hastaneleri üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak yoğun ve karmaşık hasta talebi ile karşı karşıya kalırlar. Çalıştığınız kurumun üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak görev yapması nedeni ile size başvuran hastalarla ilgili aşağıdaki konuları unutmayınız;

- Her hasta, hastalık psikolojisi nedeniyle işlerini bir an önce bitirmek, gitmek isteyecektir. Bu durum tıbbi kurallara ve etik kurallara uyulmaması için gerekçe oluşturmadığı gibi hastalar ile karşılaştığınızda hastalık halinde bizlerinde aynı tutum içinde hareket ettiğimizi unutmayınız.

- Hastaların yasal olarak düzenlenmiş hakları vardır. Bu haklara uyulmaması halinde sizlere yönelik disiplin, etik, ceza ve tazminat davaları ile soruşturma açılabileceğini akılda tutunuz. Hasta hakları konusunda "Hasta Hakları Yönetmeliği"nden daha geniş bilgi alabilirsiniz. "Hasta Hakları Yönetmeliği"ni mutlaka önceden okuyunuz.
- "Hastane Etik Kurulu" ve "Başhekimlik", personelin birbirine ve hastalara karşı olan tutumunu, etik ve disiplin açısından değerlendirmektedir. Etik Kurula başvuru bireysel de yapılabilmektedir.
- Uzmanlık sınavına girmeden ilgili alanda uzmanlık yetkisine sahip değilsiniz. Bu nedenle yapacağınız işlemler eğitim gördüğünüz alanın uzmanınca yapılması gerekli bir işlemse ancak yanınızda eğitim sorumlusu ve uzman varken hizmeti yürütebilirsiniz. Tek başınıza eğitim gördüğünüz alandaki birçok işlemi yapma yetkinizin olmadığını her zaman aklınızda tutunuz. Bu konuda klinik eğitim sorumlularınca ve hastane tarafından belirlenmiş kurallara uyunuz.
- Hizmeti yürütürken sahip olduğunuz yetkileri aşmamalısınız. Zorlandığınız hallerde lütfen uzmanlara ve hocalarınıza danışın. Bu güne kadar danışmanın hiç bir yan etkisi tespit edilmemiştir. Zorlandığınız veya tereddüt içinde kaldığınız her durumu mutlaka yetkili uzman veya eğitim sorumlularına bildiriniz.
- Hasta ve diğer personelle ilgili yanlış tutumlarınızı yukarıda belirtilen disiplin ve ceza kanununda belirtilen durumlar içinde de yer aldığını unutmayınız.
- Uzmanlık eğitiminiz sırasında edineceğiniz beceri ve bilgilerle bundan sonra ömrünüzün sonuna kadar eğitim gördüğünüz uzmanlık alanında görev yapacağınızı her zaman hatırlayınız. Uzmanlık eğitiminiz sırasında ve sonrasında bilimsel gelişmeleri takip etmek ve en güncel bilgiler ile hastalarınıza yardımcı olmak yasal olarak olduğu kadar, etkin ve mutlu olacağınız bir hekimlik görevi yürütmek için de temel kuraldır.

Yürüttüğünüz görev sırasında kendinizi ve çalıştığınız kurumu sorumluluk altında bırakmamanız için diğer bazı temel kurallarda aşağıda bilginize sunulmuştur.

1. Acil Olgular ile İlgili Kurallar:

Acil tedavi; hayatı tehlikede olan ve erken müdahale ile kurtulması veya yaralanmasının ağırlığının azaltılması mümkün olan hastalar ya da yaralılar için söz konusudur.

Hayatının normal akışını keserek acil servise gelen tüm olgular kesin tanı konana kadar acil olgu olarak kabul edilmelidir. Bu durum özellikle acil servisteki çalışmalarınız sırasında karşılaşıacağınız sıkıntılardan biridir.

Normalde şikâyetleri nedeni ile polikliniğe gelmesi gerektiğini düşündüğünüz hastalarda dahi gerekli tetkikler yaparak kesin tanı koymadan hastaları asla geri çevirmeyiniz.

Nadiren de olsa nonspesifik şikâyetleri nedeni ile hatalı tanı koyarak hastaya zarar verme olasılığını lütfen her zaman düşününüz.

Hekimlik mesleğini icra eden veya icra etmeye resmen yetkili olan kimseler, hayatı tehlikede olan bir hasta veya yaralının tedavisi için davet edilmeleri halinde, zamanında çağrıya uymak zorundadırlar. Kamu kuruluşlarında ve tüzel kişiliği olan kurumlardaki hekim ve diğer sağlık mensupları hastayı kabul etmek zorundadır.

Acil tedavide hekimin hem kısa sürede belli bir disiplin içinde pek çok şey yapması birçok bilgi ile dolu olması ve öncelikle hayatı kurtaracak şekilde hareket etmesi, hem de hukuki sorumluluklarından hiç ödün vermemesi ve hukuk kurallarını eksiksiz olarak yerine getirmesi istenmektedir.

Hayatı tehlikede olan bir hasta ve yaralıya tıbbi yardım, hekimlerin mesleki ve insani görevleri olduğu kadar, kanuni zorunluluklarından ilkinin oluşturur. Zorunlu-kaçınılmaz biçimde acil olan bir tıbbi yardımın reddedilmesi halinde (örneğin hastanın ölmesi halinde) "kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi" (T.C.K Md.83) veya "taksirle yaralama" (T.C.K Md. 89) suçu ile yargılanmanız söz konusu olabilir. Acil hastaya gerekli tıbbi girişimde bulunmamanın veya gecikmenin ciddi hapis cezaları yanında disiplin etik ve tazminat yaptırımları da vardır. Bu nedenle acil hastalar için gerekli işlemleri zamanında ve uygun şekilde yapmalısınız. Acil serviste tıbbi işlemleri süren hastalar için istenen konsültasyonlarında zamanında ve usulünce yapılmaması halinde yukarıdaki yaptırımlar söz konusu olur. Konsültan olarak görev yaptığınızda tüm olguları uzmana danışmanız gerektiğini unutmayınız. Uzman olunmadan ilgili alan ile ilgili konsültasyonlara tek başınıza yanıt vermeniz yasal açıdan uygun değildir.

Hayatı tehlikede olan bir hasta ve yaralının hastaneye kabul edilmesi ve yatırılması gerekir. Acil bir vakanın hastanede boş yatak bulunmadığı ya da başka hastanelerde daha iyi tedavi imkânları olduğu gerekçesi ile hastanın geri çevrilmesi doğru değildir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 57. maddesi acil vakalara gereken tedavi, ameliyat ve yardımın derhal yapılmasını gerektirir. Gelen hasta gönderilir ve o kişi bu travma ya da olay sonucu ölürse, yatırmayan hekim sorumludur. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 12. maddesi "...poliklinik saatleri dışında sadece ağır ve acil vakalar kabul edilir.ağır, acil ve adli vakaların kuruma müracaat saatleri mutlaka yazılır." demektedir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 72.maddesine göre "yatırılan hastanın ilk 24 saat zarfında tam olarak anamnez alınır. Acil tedavi servisinde

bulunan nöbetçi hekim karmaşık durumlarda hemen ilgili uzman hekim veya uzmanlar grubunu haberdar etmeli ve kesin teşhis için gerekirse laboratuvar muayenelerine başvurulmalıdır. Acil vakaların bir taraftan öncelikle muayene ve tedavilerine başlanır, diğer taraftan muayene ve müşahade kayıtları tamamlanır. Hastanın gittikçe fenalaşması veya tedavi sırasında kendini kaybetme ihtimaline karşı öncelikle olay hakkında ifadesi alınmalıdır".

Yukarıdaki düzenlemeler gereği acil olgular ile ilgili işlemler öncelikle ve derhal yapılmalı ve yapılanlar kayıt altına alınmalıdır.

1.1. Tanı ve Tedavi: Hekime başvuran hastanın tanı ve tedavisi için hekimin genel tıbbi kurallara uygun olarak muayene yapması ve gerekli tetkiklere başvurulması gerekmektedir.

Mevcut tanı yöntemlerinin kullanılmaması halinde ortaya çıkacak hatalı ve kötü durumlardan sorumlu olur. Tanıda zorluk olması halinde ileri tanı yöntemleri, literatür taraması ve konsültasyona başvurulmalıdır. Yine tanı konulamıyor ise hasta başka bir uzmana gönderilmelidir.

Uzmanlık öğrenciliği boyunca hekimlik yetkinizin uzmanlık gördüğünüz alan ile ilgili değil de, pratisyen hekimlik seviyesinde olduğunuz, bu nedenle ilgili uzmanlık alanında bir uzman tarafından verilmesi gereken hizmeti tek başına vermeye yetkiniz olmadığını aklınızdan hiç çıkarmayınız. Çalıştığınız kurumun üçüncü basamak sağlık kurumu olması nedeniyle birçok hastanızın size gelmeden önce eğitim gördüğünüz uzmanların çalıştığı diğer kurumlarda muayene ve tedavi edildiğini ve oradaki uzmanlar tarafından çalıştığınız kuruma yönlendirilmiş olabileceğini her zaman aklınızda bulundurunuz. Bu nedenle tüm işlemlerinizin uzman ve eğitim sorumluları nezaretinde yapılması gerektiğini hiç unutmayınız.

1.2. Hatalı Tanı ve Tedavi: Hatalı tanı; hastanın sağlık şikayetlerinin araştırılması sırasında yapılan muayene veya işlemlerin yanlış değerlendirilerek hastanın gerçek tanısından başka bir tanının konmasıdır. Tanı, tedavinin yönlendirilmesinde çok etkin olduğu için doğal olarak hastalığın hatalı tanısı, tedavinin de hatalı yapılmasına yol açan bir durumdur.

Tanı sırasında oluşabilecek hatalar bir kaç türdür;

- Eksik araştırma nedeniyle oluşan tanı hataları: Klasik olarak kullanılan tanı metotlarının kullanılmaması, şüpheli sonuçlarda tetkiklerin tekrarlanmaması ve ileri tetkik gereken hallerde bunların yapılmaması, konsültasyon yapılmaması gibi durumlardır. Bu durumlarda aslında belli bir inceleme veya tetkik yapılmış olsa, tanınabilecek hastalıkların atlanması söz konusu olur. Hastalığın tanınamaması veya yanlış hastalık tanısı konması hem gereksiz ve yararsız tedavilere, hem de asıl hastalığın tedavi edilmemesi nedeniyle ilerlemesi veya hasta şikâyetlerinin devamına neden olur.

- Yanlış Değerlendirme: Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda belirli bir hastalığa ait bulguların çok belirgin olmasına rağmen hekimin bunları tanıyamamasıdır. Ör: EKG'de myokard enfarktüsüne ait belirgin bulguyu tanıyamama. Bu durum daha çok klinik ve olgu deneyimi az olan hekimlerde ortaya çıkar. Bu nedenle ilgili alanda tanı hatasından kaçınmak ve tanısal prosedürler konusunda deneyim kazanmak için mutlaka eğitim sorumlusu ve uzmanlar gözetiminde hizmet sunmak gereklidir.

Tedavide yapılan hatalar, tanı hatalarına göre çok daha karmaşık ve çeşitlidir. Bu nedenle en sık görülen durumlar kısaca özetlenecektir.

• İşleme Bağlı Hatalar

Yanlış yöntem seçilmesi: Hastanın hastalığının tedavisi için uygun ve önerilen klasik tedavi yönteminden başka bir yöntem veya ilacın kullanılmasıdır.

Doğru yöntemin yanlış uygulanması: Hastanın tedavisi için uygun ilaç veya yöntem seçilmesine rağmen hekimin bunu hatalı uygulamasıdır. Klinik becerinin eksik olduğu ilk asistanlık dönemlerinde sık görülen hatalar arasındadır. Özellikle deneyimli hekim veya hemşireler tarafından bile zor hastalara uygulanamayan işlemlerin deneyimsiz uzmanlık öğrencileri tarafından yapılmaya çalışılmasında ciddi risk vardır.

İlaç-doğru-yöntem uygulama hataları. Tedavi için uygun ilaç seçilmesine rağmen hasta özelliklerine dikkat edilmeden ilaçların kullanılması veya reçete edilmesi halidir. Her ilacın belli bir terapötik doz aralığı olmasına rağmen bunun hastanın yaş, cinsiyet, özellikle karaciğer ve böbrek fonksiyon bozuklukları olmak üzere diğer hastalıkları veya kullandığı ilaçlar gözetilmeden klasik dozların reçete edilmesi halinde söz konusu olur.

Gereksiz-aşırı tedavi: Hastanın tedavisi için gerekenden fazla ilaç veya girişim yapılmasıdır.

Tarafı ilaç-tedavi seçimi: Özellikle deneyimsiz hekimlerin ilaç dağıcıklarının sınırlı olması veya değişik sebepler ile (ilaca aşırı güven, firma teşviki vb.) belli ilaçları taraflı seçmesi durumudur.

- İhmalle bağlı hatalar: Deneyimsiz hekimlerce en sık yapılan hatalar arasındadır. Doğru işlemleri yapmama ve/veya gecikme en sık görülen durumlardır. Hastaların klinik nöbetlerinde bilimsel ve tıbbi kurallara uygun sıklık ve şekilde izlenmemesi, değişik sebepler ile tabela veya ilaç reçetelerinin geç yazılması, gerekli işlem veya tedavinin geç order edilmesi gibi bir çok gecikme veya ihmal, hastada zarar oluşturma riski taşır.
- Uygulamaya bağlı hatalar: Doğru işlemlerin yanlış şekilde uygulanmasıdır. Özellikle girişimsel işlemlerde sıkça karşılaşılr. Bu nedenle tüm girişimsel işlemlerin yeterince beceri elde edilene kadar uzman denetiminde yapılması ve uzmanlık öğrencilerinin enjeksiyonlar dâhil olmak üzere tüm girişimsel işlemlerinde uzman veya eğitim sorumlusunun nezaretinin sağlanması gereklidir.

- Tedavi ile ilgili özel bilgilerin verilmemesi: Hastaların hastalıklarının tedavi ve takibi sırasında özellikle önemli olan konuların hastaya aktarılmaması veya yanlış aktarılması nedeniyle oluşan zararlardır. İlaç kullanımlarının dikkatlice aktarılmaması, yan etkileri konusunda hastanın uyarılmaması, kontrol veya risk oluştuğunda hangi şekilde ve nereye başvuracağına hastaya söylenmemiş olması bunlara örnek olarak verilebilir.
- Polifarmasi hataları: Özellikle yaşlı ve/veya kronik hastalığı olan hastalarda sıklıkla sorun yaratan durumlardan biridir. Bu nedenle her yeni ilaç reçete eden hekimin halen herhangi bir ilaç kullanımı olup olmadığını sorgulaması gereklidir. Hastaya ilaçları sorgulanmadan reçete edilen ilaçların yol açacağı yan etki veya etkileşimler doğal olarak sorgulamayı ihmal eden hekimin hatası olarak değerlendirilir.
- Gerekli profilaksi yapılmaması-yanlış yapılması: Yine deneyimsiz hekimlerce sık yapılan hatalar arasındadır. Özellikle acil olgularda gerekli müdahalelerden sonra enfeksiyonlara karşı önlem alınmaması, gerekli aşı veya kontrol-gözetim sürelerine uyulmaması sıklıkla zarar oluşturan durumlar arasındadır.

Hatalı tanı ve tedavi sebepleri sadece yukarıda belirtilenler ile sınırlı değildir. Hastalara yönelik tüm işlemlerde iyi ve doğru yapılma şekli kadar hatalı yapılma şekilleri de söz konusu olur. Bu nedenle eğitim gördüğünüz uzmanlık alanı ile ilgili sık karşılaşılan hataların neler olduğunu, en sık şikâyet ve sorun kaynaklarını önceden ilgili literatürleri okuyarak öğreniniz ve hata yapmamak için önceden önlem alınız.

Yanlış tanı ve tedavide hastanın rızası olsa bile hekim ortaya çıkan zararlı sonuçtan dolayı sorumlu olur.

1.3. Aydınlatma: Hastanın verilen bilgiler ile uygulanması düşünülen tedavi yöntemine özgürce karar verebilecek hale getirilmesidir. Ancak yeterli bir bilgiye sahip olan hasta önerilen tedaviye razı olup olmama konusunda özgürce karar verebilir.

Tedavinin olumlu veya olumsuz yönlerini bilmeden rıza gösteren hastanın kendi serbest iradesi ile karar verdiğinden söz edilemez. Aydınlatma sırasında verilen bilgilerin hastanın anlayabileceği şekilde eğitim, kültürel ve sosyal seviyesine uygun olarak ve anlaşılabilir şekilde verilmesi gereklidir. Hastaların bilgilendirilmesinin asıl olacağı ve hangi bilgilerin verileceği Hasta Hakları Yönetmeliğinde açık bir şekilde belirtilmiştir. Bu nedenle bu yönetmeliği dikkatlice okumalısınız. Kısa bir bilgi olması için önemli noktalar aşağıda sunulmuştur.

Hastalar şu konularda aydınlatılmalıdır;

- Hastalığın tanısı ve hastanın mevcut durumu,
- Önerilen tedavi yönteminin ne olduğu,
- Önerilen tedavinin hastanın sağlığı için getirebileceği olası riskler,

- Verilecek ilaçlar ve yan etkileri,
- Hasta tedaviyi reddederse oluşabilecek riskler.

Acil bir durum yok ve hastanın bilinci yerinde ise tıbbi girişim ancak hasta aydınlatılıp vereceği karar sonrasında yapılabilir. Aydınlatma yapılmadan yapılan izinsiz tıbbi girişimlerde vücut bütünlüğünü bozan hekim, bundan dolayı sorumlu tutulmaktadır.

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde: "Hastanın maneviyatı üzerine kötü etki yaparak hastalığın artması olasılığının olmadığı durumlarda tanıya göre alınması gerekli tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi gereklidir. Ancak hastalığın kötü yönleri, sonucu ve seyrinin saklanması uygundur." "Hasta tehlikelere göre kendisi karar vermelidir. Hekimin girişeceği eyleme ortaya çıkabilecek kötü sonuçları hastaya anlatması gerekir" (Y4 HD 1964/6458).

Hasta tedavinin sonuçları hakkında bilgi edinmek istemiyorsa bilgi verilmemelidir. Tedavi ve ameliyatların farklı biçimleri hakkındaki kararlarda hastanın rızası gerekmez, buradaki tercih doktora aittir.

Acil durumlar, hastanın bilinçli olmaması, doğal afet, çok sayıda insanın yaralandığı kazalar gibi hallerde aydınlatma görevi söz konusu değildir. Müdahale hastanın hayatı için hayati önem taşıyorsa (Ör: Akut Batın) riskler üzerinde hasta razı olmayabileceği için fazla durulmamalıdır. Elektif ve hayati risk içermeyen diğer tüm durumlarda ise mutlaka yapılacak girişimlerin riskleri anlatılmalıdır.

Aydınlatma zorunluluğunun ortadan kalktığı durumlar:

- Hastanın yazılı veya tanık huzurunda aydınlatma istemediğini belirtmesi,
- Tehlike olasılığının nadir olduğu basit girişimlerde (enjeksiyon vb.),
- Hastanın önceden bilgi sahibi olduğu hallerde (sağlık personeli, dsaha önce aydınlatılmış vb.),
- Aydınlatma sırasında verilen bilgilerin sağlık açısından riskli olduğu hallerde (Ör: kanserde intihar girişimi vb.),
- Hastanın açıklamaları anlayamayacak halde olduğu durumlarda (Ör: Anestezi altında iken vb.),

1.4. Rıza (Onam): Tedavi hastaya ait bir hak olup hastalığın devamında ortaya çıkabilecek sonuçlar ile tedavi isteme konusundaki seçim hakkı tamamen hastaya aittir. Bu nedenle hastanın bilgilendirilmesi yeterli olmayıp bilgilendirilen hastaların müdahale konusunda görüşleri alınmalı ve buna uygun işlem yapılmalıdır. Tıbbi girişimin hukuka uygunluğu için hasta rızasını almak gereklidir.

Riskli olmayan girişimler için hastanın hekime başvurması örtülü bir rıza olduğunu gösterir. Bu nedenle polikliniklere gelen hastaların zaten hekimlerin muayene amaçlı bazı işlemleri yapacağı ve kabul ederek geldikleri varsayılır (varsayılan onam). Ancak hastaya yan etki veya komplikasyon riski olan bir

girişimsel tanı işlemi uygulanacak ise bunun için bilgilendirilip onamı alınmalıdır. Özel risklerin olduğu konularda hasta aydınlatılmalı, bilgiler verilmeli ve açık rıza alınmalıdır. Kişi rıza belgesini imzalayamayacak halde ancak bilinci yerinde ise tutanak yazılıp tanıklara imzalatılmalı, okuma yazması olmayan ve bu nedenle parmak izi bastırılan hastalarda da parmak izinin şahsa ait olduğuna dair tanık imzaları alınmalıdır. Rıza alınacak girişimi hastadan saklama ve daha basit bir işlem yapılacaktı gibi yapılan bilgilendirmeler sonrası alınan rızalar hukuka aykırıdır.

Rıza ile ilgili genel kurallar;

- Rıza alınması sırasında kişinin bilinci açık olmalı, iyiyi kötünden ayırabilme, anlama yetileri yerinde olmalıdır. Bilincini yitirmiş, temyiz kudretinden yoksun hastaya, veli veya vasisi olmayan, Koma halinde, Akıl hastası veya akıl zayıflığı olanların rızası geçerli değildir.
- Kişi reşit olmalıdır. Normalde reşit olma yaşı 18 yaş bitimi iken, mahkeme kararı erkekte 17, kadında 15 yaş bitimi, olağanüstü hallerde erkekte 15, kadında 14 yaş bitimi, veli ve vasi istiyorsa mahkeme kararı ile çocuklarda 15 yaş bitiminde reşit olunabilmektedir. Bu nedenle çocuk 15 yaşından büyükse kendinden, küçükse veli veya vasisinden rıza alınmalıdır.
- Hekimin, bilincini yitirmiş, temyiz kudretinden yoksun hastaya, veli veya vasisi olmayan kişiye, acil durumlarda onun sağlığı için tıbbın gerektirdiği yardımı kusursuz bir müdahale ile sağlayarak tedavi etmesi halinde, rıza alınmasa da hekim sorumlu tutulamaz.
- Veli, vasi veya hastanın yakınları kötü niyetli olarak rıza veremiyorsa hekim mahkemeden yardım isteyebilir.
- Rıza bilgilendirme ile aynı anda değil, hastanın düşünüp araştırıp karar verebileceği makul bir zaman sonrasında alınmalıdır. Rıza belgeleri bilgilendirme belgelerinin ekinde veya içinde olmamalıdır.

Hastanın bilinci ve iradesi yerinde ise mutlaka rıza alınmalıdır. Acil hastalarda bilinç yerinde ise tutanağa geçirilmek şartı ile sözlü rıza geçerli olabilir. Acil girişimler sırasında saptanan ve hastanın sağlığını iyi yönde etkileyecek işlemler yapılabilir, ancak bu konularda büyük risklere girilmemelidir. Rızanın geçerli olabilmesi için korkutarak, hile ile maddi veya manevi baskı ile alınmamış olmalıdır.

Rızanın geçerli olmadığı haller;

- Tedavi ve girişimlerin risklerinin anlatılmadığı durumlarda,
- Ahlak, edebe ve yasalara aykırı durumlarda,
- Gebelikte 10 haftalıktan büyük küretajlar, uygun olmayan organ nakli gibi kanunca yasaklanan işlemler için alınan rızalarda,
- Ötanazi gibi durumlar için verilen rızalarda, rıza geçersizdir.

Kötü bir sonuç halinde rızanın ispatlanması hekime ait bir yükümlülük olduğu için, rıza yazılı olmalıdır.

Rıza aranmayan durumlar;

- Kişinin bilinçli olmadığı acil girişimlerde yakınları da yoksa,
- Kamu sağlığı yararına girişim yapılıyorsa (Ör: salgınlarda aşılama),
- İntihar amaçlı zehirlenme gibi kişinin hayatını kurtarmaya yönelik girişimlerde,
- Uyuşturucu bağımlılarının şifa bulana kadar tedavi altına alınması hallerinde,
- Kolera, veba, lekeli humma, karahumma, çiçek, difteri, menenjit, çocuk felci, uyku hastalığı, dizanteri, lohusa humması, ruam, kızıl, şarbon, kızamık, cüzzam, raci humması, malta humması, gıda zehirlenmesi, kuduz, trahom, zührevi hastalıklar, verem gibi hastalıkların tedavisinde (UHK 57, 67, 72-75, 101, 103-119, 284 Maddeleri gereğince),
- Kişinin sağlığı için çok büyük bir zarar söz konusu ise (49/3),
- Ameliyatlar sırasında ortaya çıkan ve rıza sınırını aşan durumlarda.

Kişinin rızası olsa dahi, hatalı tanı veya tedaviye bağlı hallerde (Malpraktis) hekim sorumluluktan kurtulamaz.

- Meslek Sırri:

Bazı mesleklerde çalışanların, işlerini düzenli yapabilmeleri için kendilerine başvuranlar ile güvene dayalı bir ilişki kurmaları gereklidir. Hekime başvuran kimse, zorunlu olarak, sağlığına kavuşmak için kendisi veya yakınları ile ilgili bazı özel bilgileri ona aktarmak durumundadır. Hekim bu bilgilerin yanı sıra bireyin kendisine özgü, başkaları tarafından bilinmesi istenmeyen özellikleri hakkında da bilgi sahibi olur. Meslek sırrı olarak nitelenen bu bilgilerin saklanması tıbbi deontoloji tüzüğüne göre zorunludur, açıklanması meslek ahlakına aykırıdır. Ayrıca kişilik haklarına da saldırı olması nedeniyle meslek sırrının açıklanması Türk Ceza Kanunu'nda da yer almıştır.

Meslek sırrı; bir mesleğin yapılması sırasında öğrenilen, sır sahibi tarafından açıklanmaması istenen ve gerçekte başkaları tarafından bilinmeyen, bireyin özel yaşamına ilişkin bilgi ve olay olarak tanımlanmıştır.

Bu tanıma karşın genelde açıklama hastanın maddi veya manevi bir zararını ortaya çıkarmış veya o tehlikeyi yaratmış ise açıklanan bilgi veya olayın sır olarak nitelendirilebileceği bildirilmiştir. Toplumun ayıplaması veya nefreti ile karşılaşabilecek, kişinin ekonomik veya sosyal konumunu etkileyebilecek boyutta hastalık veya bilgi olmalıdır. Buna karşın basit, herkes tarafından olağan karşılaşabilecek hastalıklar veya bilgiler de hasta istemezse açıklanmamalıdır.

Meslek sırrı yalnızca mesleğin yapılması sırasında öğrenilen bilgiler olmayıp aynı zamanda meleğin kendisi ile de ilgili olmak durumundadır. Yalnızca hastanın aktardıklarından ibaret değildir, hekimin muayene bulguları da sır kapsamındadır.

Dikkatsizlik veya önlem almama gibi nedenlerle sırrın başkası tarafından öğrenilmesi hekimin cezalandırılmasını gerektirmez, ancak hukuki sorumluluk doğurur.

Sırrın geçerli olmayan nedenlerle açıklanması, suç oluşturur. Kendileri de meslek sırrı ile bağlı olanlara sırrın açıklanmasının suç olmadığı bildirilmektedir. Olgu tartışmaları, hekimin hekime bilgi vermesi, hastane protokol defterine kayıt yapılması gibi.

Hekim, resmi istemler veya mahkemeler dışında hiçbir kuruma hasta hakkında rapor veremez. Aile çevresine hastalığın prognozunun söylenmesi suç değildir.

Mahkeme çağırılan hekim meslek sırrını açıklaması söz konusu olduğunda usulüne uygun olarak tanıklıktan çekinebilir. Sır saklamanın gerekmediği durumlar;

- Halk sağlığı için tehlikeli olacak bulaşıcı hastalık hallerinde 24 saat içinde Sağlık Müdürlüğü, Belediye ve sağlık ocağı hekimleri, bunlar yoksa polis ve jandarmaya bilgi verilir. Bu ihbar gizli yapılmalıdır. Açık yapılan ihbarlarda devletin gizli kayıtlarını açıklama ve memuriyet görevini suiistimal suç işlenmiş olur.
- Hasta yazılı olarak rıza vermiş ise.
- Hekim kendini savunmak için çaresiz kalmış ise (Ör: gerçeğe aykırı rapor verdiği iddiası ile yargılanıyorsa)

Sırrın açıklanması için yetkili amirin emir vermesi kişiyi sorumluluktan kurtarmaz. Poliklinik muayenelerindeki kayıtlarda da gizlilik esastır (YTKİY 7M)

- Gerçek Dışı Rapor verme:

Hekimlerin tutmuş oldukları kayıtların değişik nedenler ile gerçeğe aykırı olması, kayıtların resmi belge niteliğinde olması nedeniyle, resmi belgede sahtecilik suçunu oluşturur ve ağır ceza gerektirir.

- Bildirim Zorunluluğu:

Sağlık hizmeti yapan hekimler için düzenlenen bu yasa maddesinde hekimlerin suç duyurusu için bazı koşullar söz konusudur: Yasaya göre suç duyurusu, kişi aleyhine işlenen suçlar konusunda yapılabilecektir. Bu nedenle hekimin kişi aleyhine işlenen suçların dışında suç duyurusu yükümlülüğü bulunmamaktadır. Bildirim yükümlülüğü TCK Md. 280'de tanımlanmıştır.

Sağlık mesleği mensuplarının suç bildirmemesi

MADDE 280. - (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 86. maddesine göre; "Yataklı tedavi

kurumlarında muayene ve tedavi edilen vakaların gecikmeksizin Cumhuriyet Savcılığı'na haber verilmesi zorunludur. Ayrıca yaralı ve cesetten elde edilen delil niteliğine haiz eşyanın adli makamlara aynen ve gecikmeksizin teslimi gerekir."

Resmi veya özel sağlık kurumlarında çalışan hekimler muayene ve sağıaltım yaptıkları hastaları ile ilgili kayıtlarını titizlikle ve ayrıntılı olarak tutarlar.

Adli olguların bildirilmemesi adli makamlarca yapılacak işlemleri de aksatacağından hem ceza kanunu hem de disiplin cezasına neden olan bir suç olarak tanımlanmıştır.

Adli olgular ile ilgili olarak düzenlenerek adli makamlara gönderilmesi gereken raporların (travma raporları, cinsel saldırı raporları, maluliyet raporları vb.) normal tıbbi repolardan farklı şekilde düzenlenmesi gereklidir. Rapor yazımlarından hekimlere yardımcı olmak için hazırlanmış kılavuzların kullanılması hatalı raporlar ve yorumlamaları önlemeyi sağılar. Bu nedenle adli rapor istemlerinde ilgili kılavuzların kullanılması veya bir adli tıp uzmanından yardım istenmesi hatasız adli rapor düzenlemeniz için çok önemlidir.

Uzmanlık öğrenciliğı dönemi tıbbi bilgi ve becerileri kazandırdığı kadar hekimlerin idari işleyiş ile ilgili bilgilendikleri, yasal ve adli sorumluluklarının farkına vardıkları bir dönemdir. Bu dönemde şüphesiz ne denli dikkat edilirse edilsin bazı sorunların yaşanabilmesi olasıdır. Oluşan sorunlar eğer zarar gören bir kişi varsa bunun şikayeti veya ilgili durumun kurumlarca öğrenilmesi sonrasında res'en soruşturulur. Soruşturma konunun derinliğine incelenmesi anlamına gelmesine rağmen bir çok hekim tarafından bir cezalandırma yöntemi olarak algılanır ve iç gerginliğe sebep olur. Bu sebeple hakkınızda belirli bir suçlama yapıldığında veya soruşturma açıldığında çok sakin kalmanız gereklidir. Şikayet veya soruşturma konusu olayın şekline göre etik, idari (disiplin) veya ceza soruşturmaları yapılabilir. Bu soruşturmaların bazı yönleri birbirinden farklı olmakla birlikte tümünde uyulması gerekli bazı ortak yaklaşımlar vardır. Aşağıda belirtilen bu ortak yaklaşımların dışında soruşturma süreçleri ile ilgili de önceden bilgi sahibi olmanızda çok yarar vardır.

Öncelikle her soruşturmada tarafınıza resmen sorulmayan hiçbir konuda yorum ve ifade vermeyiniz.

Size sorulan yanıtlara cevap vermek ile yetinmek ve konuyu farklı noktalara sürüklememek yararınıza olabilir.

İfadeniz istendiğinde mutlaka hakkınızdaki suçlama ve dayanaklarını öğreniniz, ifade vermeden önce savunma hakkı kapsamında dosyayı ve aleyhinize ifade ve belgeleri dikkatlice inceleyiniz.

İfadenizi mümkün olduğu kadar yazılı yapınız. Sözlü ifadelerde özellikle iç gerginliğiniz sebebiyle ifade etmek istemediğiniz şeyleri söyleyebilir, önemli ayrıntıları unutulabilir veya size sorulmayan konuları bilemeyebilirsiniz. Bu nedenle sözlü ifadeniz istense bile soruşturmacıya ifadenizi belli bir süre içinde

(örneğin onbeş gün içinde) yazılı vereceğinizi belirtiniz. Sözlü ifadeler imza altına alındıktan sonra değiştirilmesi en zor olan belgelerdir. İfadenizi mutlaka konu ile ilgili bilgi sahibi bir meslektaşınız, tercihan adli tıp uzmanı ve avukattan yardım olarak hazırlayınız.

Soruşturmalarla verilen ifade ve belgeler şikayetçi tarafa ve sonradan yargılama yapıldığında mahkemelere aynen gönderilir. Bu nedenle idari bir işlem için verdiğiniz ifade ceza veya tazminat davasında karşınıza çıkabilir ve aleyhinize kullanılabilir. En basit soruşturmada bile ciddi bir şekilde ifade verilmesi gereklidir.

Disiplin ve ceza soruşturmalarının usulü hakkında uzmanlık eğitiminiz boyunca mutlaka bilgi edinmelisiniz.

Kısaca özetlemeye çalıştığım yasal sorumluluklar konusunda bilgi edinmeniz, problemsiz bir hekimlik yaşamı sürdürmenizi sağlayabileceği gibi ileride yürüteceğiniz idari görevler sırasında da yararınıza olacaktır.

Yasalarda yapılacak değişiklikler konusunda gelişmeleri takip etmeniz yararınıza olacaktır. Özellikle hasta hakları ve malpraktis konusunda güncel tartışmaların yasalaşması mesleki etkinliklere tamamen yeni bir boyut getireceğinden bilgilanmemeniz halinde sıkıntılarla karşılaşmanız muhtemeldir. Tıp kurallarında olduğu gibi yasal açıdan da en son yenilik ve gelişmeler geçerli olanlardır. Unutmayınız ki yasaları bilmemek mazeret olarak kabul edilmemektedir.

Problemlerle karşılaşma olasılığınız olduğu her durumda sorumlu olduğunuz kişilere danışarak iş yapmanız yararınıza olacaktır. Yardım ve bilgi ihtiyacınız olduğu her anda Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden yardım isteyebilirsiniz. Problem oluşmadan önleyici tedbirleri almak sizlerin bazen çözülmesi imkânsız durumlar ile karşılaşmanızı önleyecektir.

YARARLANILAN VE ÖNERİLEN KAYNAKLAR:

1. *Birinci Basamakta Adli Tıp*. Editörler. Prof.Dr.Sermet Koç, Yard.Doç.Dr.Muhammed Can. İstanbul Tabip Odası Yayınları, 2011, İstanbul.
2. *Birinci Basamak İçin Adli Tıp*. TTB Yayınları, 1999, Ankara.
3. *Türk Ceza Kanunu*.
[http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5237&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=türk ceza](http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5237&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=türk%20ceza)
4. *Ceza Muhakemesi Kanunu*. [http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5237&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=türk ceza](http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5237&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=türk%20ceza)
5. *Hukuk Muhakemeleri Kanunu*. <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.6100&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hukuk>
6. *Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği*.
<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.200915153&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=tıpta>
7. *Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği*. www.ttb.org.tr/data/haber/nisan04/disiplin_y.php
8. *Battal Yılmaz, Açıklamalı ve İçtihatlı Hekimin Hukuki Sorumluluğu*. Adalet Yayınları, Ankara, 2007.

9. Halide Savaş. *Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları*. Seçkin Yayınları, Ankara, 2007.
10. Hakan Hakeri, *Tıp Hukuku*, Seçkin Yayınları, Ankara, 2007.
11. Barış Erman, *Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu*. Seçkin Yayınları, Ankara, 2003.
12. Cemal Öztürkler, *Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahalelerden Doğan Tazminat Davaları*. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2006.
13. Mehmet Ayan, *Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk*. Kazancı Yayınları, Ankara, 1991.
14. Ekin Özgür Aktaş, *Radyolojide Malpraktis-Adli Tıpçı Gözü İle*. 32. Ulusal Radyoloji Kongresi(28 Ekim Cuma-02 Kasım Çarşamba)-Antalya.
15. Aktaş E.Ö. ve Koçak A. "İlaç Kullanımında Hekim Sorumluluğu" *Toksikoloji Dergisi*, 2(4), 19-30 (2005).
16. Aktaş EÖ, *Yeniden Canlandırmanın Yasal Yönü*. Türk Kardiyoloji Seminerleri. Cilt 5, sayı 4, Ağustos 2005 s:538-576.
17. Aktaş EÖ, Koçak A. *Trafik Kazalarında Acil Hekiminin Sorumlulukları*. Türkiye Klinikleri Acil Tıp. Cilt 2, Sayı 50, 2006, s:87-96.
18. Aktaş E.Ö., "Sağlık Sistemi Sağlığı mı Bozuyor?," *Dişhekim Dergisi*, 2, Ek 10-12 (2003).
19. Aktaş EÖ. *Mesleki Sorumluluk Sigortası Malpraktis için Çözüm mü?* *Dişhekim Dergisi*, Sayı:38, s:18-20, 2010
20. Aktaş E.Ö. *Yeni Türk Ceza Kanununun Getirdikleri*. *Dişhekim Dergisi*, Sayı 12, s31. 2005.
21. Aktaş EÖ. *Hastaya Hekimi Şikayet Etmek Etik Kurallara ve Yasalara Uygun değildir*. *Dişhekim Dergisi*, Sayı 18, s21-23. 2006
22. Aktaş EÖ. *Yeni TCK'dan sonra Dişhekimliği Yapılabilir mi?*. *Dişhekim Dergisi*, Sayı 13, s: 24-29. 2005.
23. Aktaş EÖ, "Tıp Mevzuatı Çerçevesinde Hekimin Hukuki ve Etik Görevleri" *Hekimin Sesi Dergisi*, Isparta-Burdur Tabip Odası, 14 Mart 2009 Özel Sayısı.
24. Aktaş EÖ. *Mali Sorumluluk Sigortası*. *Diş Hekimi Dergisi*, Sayı 49, Kasım 2012. S: 16-17.
25. *Hastamı Nasıl Bilgilendireyim*. *Venobülten*, Yıl 1, Sayı 1.
26. *Beni Şikayet Etmişler! Ne Yapacağım? Venobülten*. Yıl 1, Sayı 3.
27. Aktaş, EÖ. "Hasta Örnekleriyle Dahili Bilimler" Ed. Candeğer YILMAZ, "Hekimlerin Yasal Sorumlulukları" Bölümü (S: 9-32). İzmir Güven Kitabevi, 2002.
28. Karalı H, Ertürk S, Yemişçigil A, Aktaş EÖ, Koçak A, Şenol E. *Birinci Basamakta Adli Olgu Prosedürü ve Adli Rapor düzenlenmesi El Kitabı*. İzmir Sağlık Müdürlüğü Depo ve Tamirhane Müdürlüğü Matbaası, 2005.
29. Aktaş EÖ. *Adli Tıp Anabilim Dalı Ders Notları*, "Adli Rapor Düzenlenmesi" Bölümü E.Ü. Basımevi, Ağustos 2001.

SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Ayla ŞEN

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesi, yaşam kalitesinin oluşturulması ve korunmasında önemli bir yere sahiptir. Her insanın hayatında birçok kez başvurmak durumunda kaldığı sağlık hizmetleri ile topluma bu hizmetlerin sunumunda en önemli rolü oynayan hastanelerin ve sundukları hizmetlerin kalitesi, ülkelerin sosyo-ekonomik kalkınma düzeylerini belirlemektedir. Sağlıkta kalite ise sağlık hizmetinin bireylere ve topluma güncel profesyonel bilginin ışığında ve arzu edilen sağlık çıktılarına ulaşacak şekilde sunulmasıdır.

Son yıllarda, ülkemizde sunulan sağlık hizmetleri, alt yapı gelişimi, insan gücü kapasitesi ve niteliği anlamında hızlı bir değişim sürecine girmiştir. Sağlık Bakanlığı, kalite konusunda hedefi sürekli bir üst noktaya taşıyan, sistem belli bir noktaya geldikçe çitayı bir sonraki hedefe yönelten çalışmalar yapmaktadır. Bu çalışmalardan biri de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik hazırlanan Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS)'dir.

1. SHKS Uygulamaları ve Çalışanların Katılımı

SHKS, sağlık hizmetinin tüm aşamalarında kaliteyi değerlendiren ve bu anlamda kalitenin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için sağlık çalışanlarına rehberlik görevi yapmayı da amaçlayan bir araçtır. Aynı zamanda, hasta ve çalışan güvenliği odaklı uygulamaları ile kurumsal performansı değerlendirmekte, ölçülen ve değerlendirilen uygulamaların sonucuna göre öncelikli iyileştirme alanlarının belirlenmesine ve sürekli iyileştirme sürecinin gelişmesine yardımcı olan bir rehber niteliği taşımaktadır.

Kalitenin temel prensiplerinden olan sürekli iyileştirmeyi sağlamak için kurumda çalışanların tamamının sürece dahil edilmesi son derece önemlidir.

SHKS üç ana hedefe odaklanmaktadır;

- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması
- Hasta ve Çalışan Memnuniyetinin Sağlanması
- Etkinlik ve Etkililiğin Sağlanması

1.1. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması:

Birbiryle ilişkili olan bu iki kavram her zaman bir arada ele alınmalıdır. Amaç, hasta ve çalışan güvenliğinin geliştirilmesine ve sürdürülmesine katkıda bulunan tüm faaliyetleri kullanarak hataların oluşmasını önlemek, oluşan hataların hasta ve çalışanlara ulaşmasını engellemek, eğer hata, hasta ve çalışana kadar ulaştı ise en az zarar görmesini sağlamak ve oluşan hataların bir kez daha oluşmasına engel olacak bir sistem kurabilmektir.

Bu kapsamda hasta güvenliğinin sağlanması için:

- Güvenli cerrahiyi sağlamak,
- İlaç güvenliğini sağlamak,
- Cihaz güvenliğini sağlamak,
- Radyasyon güvenliğini sağlamak,
- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi,
- Güvenlik raporlama sisteminin kurulması,
- Düşmelerin önlenmesi,
- Doğru kimliklendirmenin sağlanması,
- Transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
- Bilgi güvenliğinin sağlanması,
- Laboratuvar güvenliğinin sağlanması,
- Tesis güvenliğinin sağlanması,
- Hasta bilgilendirmesi ve rıza alınmasının sağlanması hedeflenmektedir.
- Çalışan güvenliğinin sağlanması için:
- Risk analizi sonrası risklerin ortadan kaldırılması veya minimize edilmesi,
- Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının düzenli yapılması,
- Kişisel koruyucu ekipman kullanımı,
- Kesici delici alet ile yaralanma risklerinin azaltılması,
- Enfeksiyonların önlenmesi,
- Tesis Güvenliğinin Sağlanması,
- Radyasyon güvenliğinin Sağlanması,
- Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi,
- Ergonominin sağlanması,
- Gürültünün azaltılması ve gürültüden korunma,
- Psikolojik destek sağlanması,
- Tehlikeli maddelere maruziyetin önlenmesi hedeflenmektedir.

1.2. Hasta ve Çalışan Memnuniyetinin Sağlanması:

Hasta ve çalışan memnuniyet düzeyinin belirlenmesi kalite çalışmalarında varılan noktayı anlamada önemli bir bileşendir. SHKS uygulamaları hem hizmet kalitesi hem de klinik kalitenin iyileştirilmesini sağlayarak memnuniyete olumlu etki yapmaktadır. Standartlar ayrıca memnuniyet düzeylerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi noktasında gerekli uygulamaları ortaya koymakta ve memnuniyeti önemli bir performans izleme aracı olarak kullanmaktadır. Örneğin;

- Sağlık çalışanlarının çalışma alanlarının iyileştirilmesi,
- Hizmet sunum alanlarının temiz ve konforlu olması,
- Bekleme sürelerinin kısa olması,
- Sağlık çalışanlarına görüşlerinin alınması,

- Hastalara bilgilendirme yapılması,
- İletişimin en üst düzeyde tutulması,
- Engelli kişilerin hizmet alımının kolaylaştırılması,
- Yaşlı kişilerin hizmet alımının kolaylaştırılması gibi hususların bu hedefin gerçekleşmesini sağladığını söyleyebiliriz

1.3. Etkinlik ve Etkililiğin Sağlanması:

Etkililik planlara ulaşmanın bir ölçüsü, etkinlik ise işleri doğru yapabilme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır. Bu kavramları daha basit olarak tanımlamak gerekirse; etkinlik, doğru işin yapılması, etkililik işin doğru yapılmasıdır. Burada amaç; doğru hizmetin; doğru zamanda, en az maliyetle gerçekleştirilmesidir.

RENKLİ KOD UYGULAMALARI

İnsan yaşamının devam ettiği tüm alanlarda olduğu gibi sağlık hizmeti sunulan alanlarda da çeşitli riskler mevcuttur. Renkli kod uygulamaları; sağlık kurumlarında var olması öngörülen risklerin tespit edilmesi, o risklere yönelik önlemlerin alınması ve risk yönetiminin sağlanması için acil durum uyarı sisteminin kurulmasıdır.

Renkli kodlar, belirlenmiş olan acil duruma göre;

- Hastane çalışanlarını haberdar etmekte,
- Risk durumunda iletişime olanak tanımakta,
- Kısa ve net mesaj vermekte,
- Doğru müdahale için zaman kazandırmakta,
- Panik oluşmasına engel olmakta,
- Acil durumlara hazırlıklı olmayı mümkün kılmakta,
- Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktadır.

Hastanemizde Sağlık Hizmet Kalite Standartları kapsamında mavi kod, pembe kod ve beyaz kod uygulaması bulunmaktadır.

1. Mavi Kod Uygulaması:

Mavi Kod, acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan; hastalara, hasta yakınlarına ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum yönetim aracıdır. Hastanemizde Mavi Kod Ekibi, anestezi hekimi, anestezi teknisyeni, klinisyen hekim ve klinik hemşiresinden oluşur. Mavi Kod durumunda aranması gereken telefon numarası "2222"dir.

2. Pembe Kod Uygulaması:

Pembe Kod, hastanelerde tedavi için bulunan bebek veya çocuk hastayı kaçırma girişimi veya kaçırma durumu halinde uygulanan acil durum yönetim aracıdır.

Hastanemizde Pembe Kod Ekibi, Sivil Savunma Uzmanı, Güvenlik Amiri ve güvenlik görevlilerinden oluşur. Pembe Kod durumunda aranması gereken telefon numarası "3333"tür.

3. Beyaz Kod Uygulaması:

Beyaz Kod Uygulaması, hastanelerde çalışanlara yönelik şiddeti önlemek amaçlı acil durum yönetim aracıdır. Hastanemizde Beyaz Kod Ekibi, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birim Sorumlusu, Güvenlik Amiri ve güvenlik görevlilerinden oluşur. Beyaz Kod durumunda aranması gereken telefon numarası "1111"dir.

Kaynaklar

- Akgün S, Al-Assaf AF. Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* 2007;3:47-8.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, SKS Işığında Kalite, 1. Cilt: Ankara; 2012. Sayfa 4-12.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, SKS Işığında Kalite, 2. Cilt: Ankara; 2012. Sayfa 127-.

ASİSTANLAR İÇİN HASTA BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ (HBYS) KULLANIM KILAVUZU

Vehbi Emre YILDIRIM

1. PROGRAM AÇILIŞI



Şekil 1: Program Açılışı

Hastane otomasyon sistemin bağlı tüm bilgisayarların masaüstlerinde Hasta Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) ve Yedek HBYS kısayollarının icon'ları yer almaktadır. Her iki kısayolda HBYS programını açmak için kullanılabilir. Ancak Yedek HBYS kısayolundan program çalıştırılır ise program sistemdeki son güncellemeleri alamaz. Bu durumda program her zaman güncellemeden önceki versiyon ile çalışır.

2. PROGRAMA GİRİŞ



Şekil 2: Programa Giriş

- Kullanıcı: Göreve başladığınızda bilgi işlem merkezi tarafından verilen Doktor kodu.

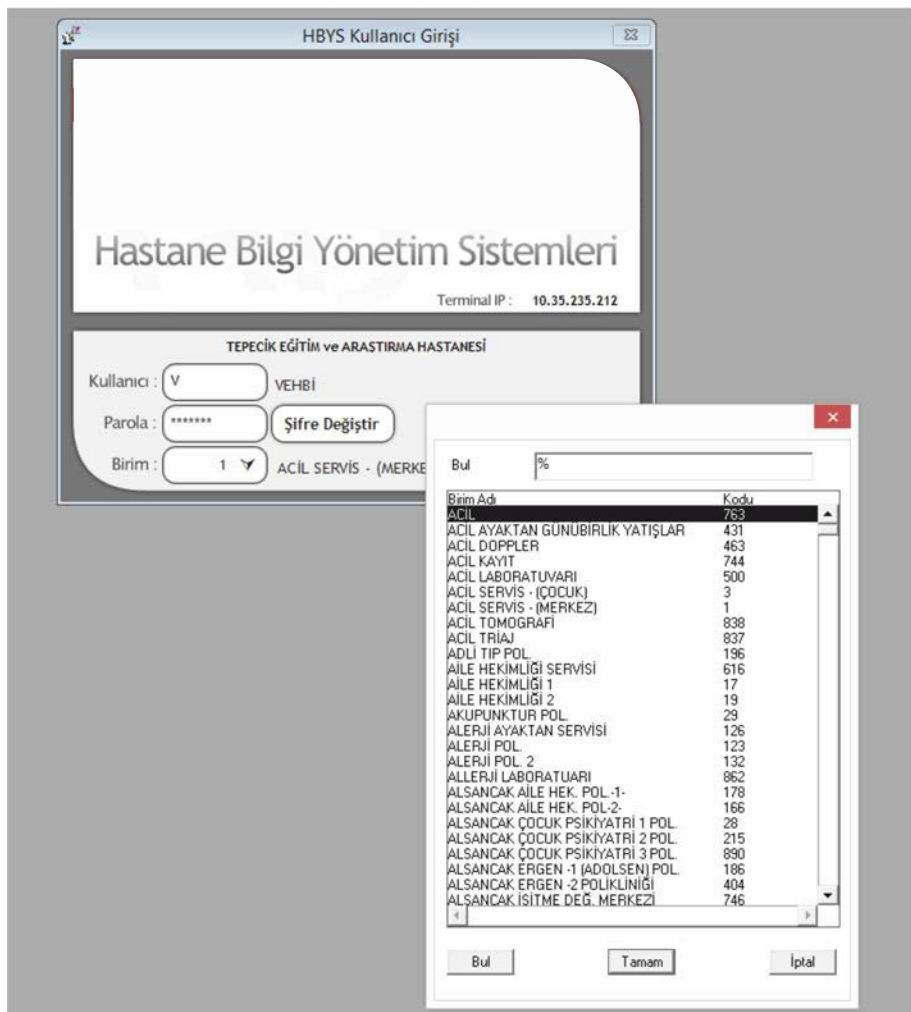
- Parola: Doktor kodu almak için bilgi işlem merkezine uğradığınızda size verilen geçici şifre. Daha sonra sistem bunu değiştirmenizi otomatik olarak isteyecektir.

- Ayrıca şifrenizi 3 kez üst üste hatalı girmeniz durumunda kullanıcınız

kilitlenecektir. Kilitlenen kullanıcınızı açmak için Bilgi işlem merkezini aramanız gerekmektedir.

- Sistem 3 ayda bir şifrenizi değiştirmenizi talep edecektir.

Birim: Hastane içerisinde çalışacağınız birimlerin listesi. Programa giriş esnasında bir kez bunu seçmeniz gerekmektedir.



Şekil 3: Programa Girişte Birim Seçme Ekranı



Şekil 4: Programa Girişi ve Şifre Süresinin Dolması



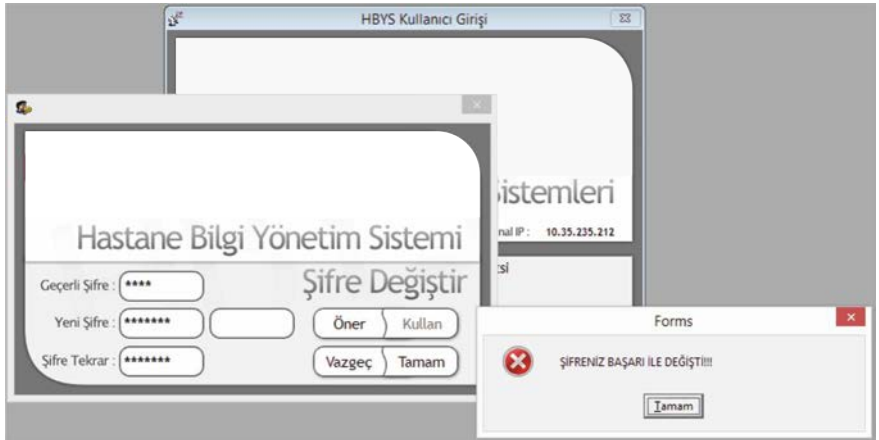
Şekil 5: Şifre Değiştirme Ekranı

- Sisteme ilk kez girişte yukarıdaki şekilde size uyarı bilgisi gelir ve şifrenizi değiştirmeniz istenir. "Tamam" yazısı tıklanınca aşağıdaki ekran açılır.

3. ŞİFRE DEĞİŞTİRME EKRANI KULLANIMI

Geçerli Şifre: hali hazırda kullandığınız şifre yada Bilgi İşlem Personeli tarafından tarafınıza verilmiş olan şifre.

- Yeni Şifre: Sizin belirleyeceğiniz şifre
- Şifre Tekrar: Tekrar sizin belirleyeceğiniz şifre



Şekil 6: Şifre Değiştirme Ekranı

Yeni şifreniz iki kez yazıldıktan sonra (Yeni şifre ve Şifre tekrar alanlarına) "TAMAM" tıklanır.

Ekranda Şifreniz başarı ile değişti şeklinde uyarı alırsınız.

HBYS

TEPEÇİK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ - Kullanıcı : 99

MESAJ DÜZENLE | EVRAKLARIM | AJANDAM | DUYURU AYARLARIM

23 ARALIK 2013 PAZARTESİ - 16:42:03

İYİ GÜNLER



1971

*Hizmette
Model,
Bilimde
Referans*

☒ OKUNMAMIŞ MESAJLAR ☐ OKUNMUŞ MESAJLAR

☒ GEÇERLİ ☐ SÜRESİ DOLAN

Duyuru türü: Duyuru türü

1	DR. ÇALIŞMA PLANI	
2	ACIL DR. ÇALIŞMA PLANI	
3	MERKEZ ECZANE	
4	PERSONEL SERVİSİ	
5	LABORATUVAR KİT DEPO	
6	PERSONEL SERVİSİ	
7	HASTANE YÖNETİMİ	
8	EKK	
9	EKK	
10	EKK	

DR. ÇALIŞMA PLANI

ACILDIR..... TÜM UZM. HEKİMLERİN DK. MHRŞ ÇALIŞMASI YAPMIYOR OLSANIZ BİLE ARALIK AYI DR. ÇALIŞMA PLANLARINIZIN DOLDURULUP, ONAYLANMASI GEREKLİDİR.

SONRA OKUYACAĞIM OKUDUM

Yayın tarihi : 06 Aralık 2012 Perşembe

Bitiş tarihi :

Duyuru servisi : **ÖNEMLİ**

Duyuru türü : Kurumsal

Duyuru birimi :

Sorumlusu : SEVDA ATUK

İletişim telefonu :

Duyuru linki: Duyuru linki

Şekil 7: Program Mesajları Ekranı

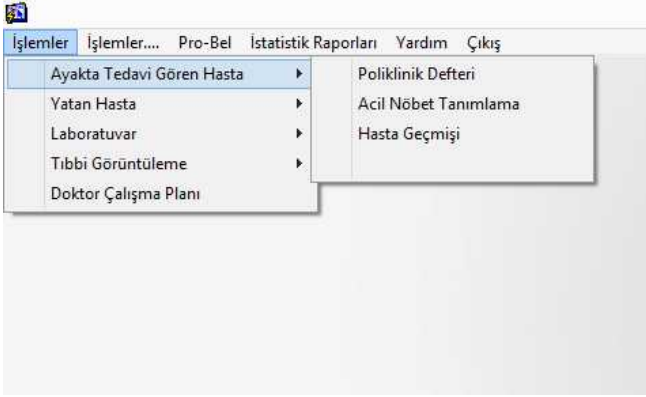
- Program ilk açılışta varsa hastaneyle ilgili bir duyuru burada görülecektir. Okudum veya Sonra okuyacağım butonlarını kullanarak duyuru ekranından çıkılabilir.



Şekil 8: Ana Menü

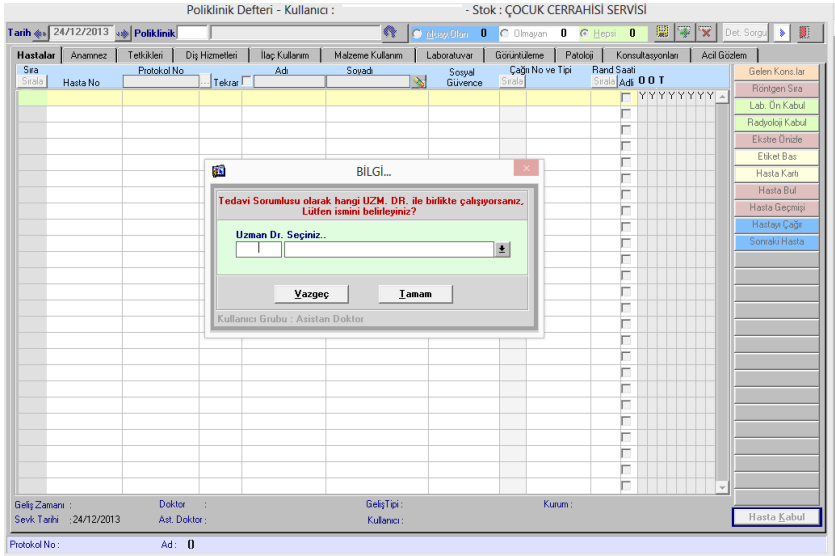
- HBYS programı açıldıktan sonra yukarıda olduğu gibi ekran gelir. Üst menüler yetkili olduğunuz menülerdir. Onun için kullanıcıdan kullanıcıya menülerin sayısı değişebilir.
- Kullanıcı Tanımlı Hızlı Menü: Burası sürekli kullandığınız menülere hızlı ulaşmanızı sağlar. Sık kullanılanlar menüsünde diyebiliriz. Burası için.
- Yeşil Butonu tıklanarak yetkiniz dahililindeki menüler eklenebilir. Kırmızı Çarpı Butonu tıklanarak üzerinde bulunulan menü silinebilir.

4. POLİKLİNİK İŞLEMLER



Şekil 9: Menüden Poliklinik Defterine Erişim

HBYS ana menüden ilk İşlemler, Ayakta Tedavi Gören Hasta, Poliklinik Defteri tıklanarak ayaktan Poliklinik Defterine ulaşılır. Şekil 10'da görüldüğü gibi Asistan hekimlerimizin kliniğindeki bir uzman hekimi programa girerken seçmeleri zorunludur.



Şekil 10: Poliklinik Defterinin İlk Açılışı

Poliklinik Defteri - Kullanıcı : TANIMSIZ DOKTOR - Stok : BEYİN CERRAHI POL.1													
Tarih	24/12/2013	Poliklinik	87	BEYİN CERRAHI POL.1	Muay. Olan	5	Olmayan	48	Hepsi	53	Det. Sorgu		
Hastalar	Sıra Sıra	Hasta No	Protokol No	Takrar	Adı	Soyadı	Laboratuvar	Stajyer	Görüntüleme	Patoloji	Konsültasyonları	Acil Gözetim	
1	1436795	20420739	14	MEHMET	DOLU		SSK	Çağrı No ve Tipi	1 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		Gelen Kons. lar
2	2467711	20420753	1	FİLİZ	AYDIN		SSK	Stajyer	2 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		Lab. Ön Kabul
3	1231252	20420779	4	AFMAĞAN	GENÇTÜRK		SSK	Çağrı No ve Tipi	3 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		Radoloji Kabul
4	2954916	20420788	1	KÖKSAL	ÖZTÜRK		SSK	Stajyer	4 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		Ekstre Örtide
5	891262	20420789	29	DİLEK	AYKURT		SSK	Çağrı No ve Tipi	5 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		Ekstre Bas
6	906226	20420823	14	ZEMİNE	ÖZTÜRK		SSK	Stajyer	6 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		Hasta Kartı
7	235690	20420851	18	BERNA	ÖTMAN		SSK	Çağrı No ve Tipi	7 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		Hasta Bul
8	690502	20420963	25	AYSEL	DENGİZ		SSK	Stajyer	8 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		Hasta Geçmiş
9	1211170	20421030	5	GAMZE	KESGİN		SSK	Çağrı No ve Tipi	9 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		Hastaya Çağrı
10	390253	20421055	25	HAZAL	BADUR		SSK	Stajyer	10 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		Sonraki Hasta
11	243695	20421122	21	AYNUR	HANCI		SSK	Çağrı No ve Tipi	11 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
12	995266	20421137	12	HÜSEYİN	KOCABAŞ		SSK	Stajyer	12 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
13	1493930	20421156	6	FİRDES	KÖSEM		SSK	Çağrı No ve Tipi	13 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
14	18941	20421209	15	HANİFİ	SEYİM		SSK	Stajyer	14 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
15	671020	20421222	39	RABİA	EYİ		SSK	Çağrı No ve Tipi	15 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
16	1343390	20421311	13	MUZAFFER	HANO		SSK	Stajyer	16 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
17	510935	20421380	11	SEKİNE	DEMİR		SSK	Çağrı No ve Tipi	17 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
18	4251	20421448	59	HASAN	KESTEL		SSK	Stajyer	18 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
19	2942656	20412851	4	AYDIN	YILDIZ		SSK	Çağrı No ve Tipi	19 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
20	1480893	20421479	6	GÜLZAR	KANTUR		SSK	Stajyer	20 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
21	851315	20421646	4	ÖZKAN	ÇELİK		SSK	Çağrı No ve Tipi	21 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
22	5668	20421661	66	MUHİBE	KULA		SSK	Stajyer	22 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
23	1156135	20421724	30	PETEK	ÇOŞKUN		SSK	Çağrı No ve Tipi	23 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
24	2951498	20421759	3	MURKADIN	AKTAŞ		SSK	Stajyer	24 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
25	543981	20421830	14	HANİFE	SURUCU		SSK	Çağrı No ve Tipi	25 NORMAL		Y Y Y Y Y Y Y Y		
Geliş Zamanı : 24/12/2013 06:58 Doktor : EĞİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER Geliş Tipi : İlk Muayene(Normal) Kurum : SSK SAĞLIK İŞLERİ İL MD. İZMİR BÖ. SEVİ. Tarihi : 24/12/2013 Ast. Doktor : KULLANICI : TTERCAN KULLANICI : SSK ÇALIŞAN - YAKINI													
Protokol No : 20420789 Ad : DİLEK AYKURT (43) Normal SSK													

Şekil 11: Poliklinik Defteri. Günlük Muayene olacak hastaların listesi

5. POLİKLİNİK DEFTERİ

Tarih	24/12/2013	Poliklinik	87	BEYİN CERRAHI POL.1	Muay. Olan	5	Olmayan	48	Hepsi	53	Det. Sorgu
-------	------------	------------	----	---------------------	------------	---	---------	----	-------	----	------------

Otomatik olarak günün tarihi gelir. Sağ ve solda bulunan ok tuşları ile tarih ileri geri çekilebilir

Kutucuk çift tıklanarak açılan listeden yetkili olduğunuz poliklinik değiştirilebilir. Eğer HBYS programına ilk girerken Birim Poliklinik olarak seçilmişse (bkz. Şekil 3) burası otomatik olarak poliklinik olarak

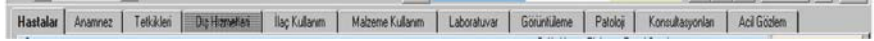
YENİLEME BUTONU. Poliklinik seçildikten sonra klavyeden ENTER tuşuna basılır yada bu butona basılarak YENİLEME yapılabilir

Bulunduğunuz gün polikliniğe başvuran hastaların toplamı. Muayene olan ve olmayanların sayıları.

Soldan Sağa İkonlar ve kısayolları: Sarı disket: Kaydet (F10) Yeşil Artı: Yeni Kayıt açar. (F3) Kırmızı Çarpı: Silme (F2) Det. Sorgu: Arama Ekranını Açar Sağ Doğru Ok: Sık Kullanılan Menulere Hızlı ulaşım Kırmızı Kapı: Poliklinik Defterinden Çıkış (ESC)



Şekil 12



Şekil 13: Poliklinik Defteri Sekmeler

- **Hastalar Sekmesi:** Ana sekme olup. Polikliniğe başvuran hastaların listesini görüldüğü sekme.
- **Anamnez:** Hasta kabul edildikten sonra açılır (Şekil 14-15). Şekil 12'de görüldüğü gibi hasta kabul edilmeden önce pasiftir.
- **Tetkikler:** (Şekil 16) Laboratuvar, Röntgen tetkik istemlerinin ve girişimsel işlemlerin işlendiği ekran Hastaya TANI girilmeden bu sekme aktif hale gelmez (Şekil 12'de görüldüğü gibidir).
- **Diş Hizmetleri:** Sadece Diş Polikliğinde Aktif olur.
- **İlaç Kullanım:** Biriminizde eğer ilaç kullanmanız gerekiyorsa hastaya buradan işlenebilir.
- **Malzeme Kullanım:** Biriminizde eğer malzeme kullanmanız gerekiyorsa hastaya buradan işlenebilir.
- **Laboratuvar:** (Şekil 17) Hastanın o gelişine ait çıkmış lab. sonuçları veya tüm sonuçlarını görebilirsiniz.
- **Görüntüleme:** (Şekil 18) Hastaya ait tıbbi Görüntüleme sonuçlarının görüldüğü ekran.
- **Patoloji:** (Şekil 19) Hastanın çıkmış olan patoloji sonuçları.
- **Konsültasyonları:** (Şekil 20) Hastaya ait konsültasyonların görüldüğü ekran.
- **Acil Gözlem:** Sadece acil serviste kullanılıyor.

Poliklinik Defteri - Kullanıcı : TANIMSIZ DOKTOR - Stok : BEYİN CERRAHI POL.1

Tarih: 20/12/2013 Poliklinik: 87 BEYİN CERRAHI POL.1

Prot: 20401633 Adı: VAHİDE ELDİVEN (41)

Tedavi Sorumlusu Doktor: Asistan Doktor: Eğitimci Doktor:

2719 EĞİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZ

Şikayeti ve Fiziki Muayene

Karar ve Tedavi: NÖROLOJİ POLİKLİNİĞİNE GÖNDERİLDİ.

ICD10 Girişi - Detaylı

Tanı Kodu	Tanı Adı	Tanı Tipi	Özel Durum	Tanıyla Koyulan Birim	Geliş Tipi	Kayıd Oluşturan
M79.1	MIYALJİ	Ön Tanı		87 BEYİN CERRAHI POL.1	20/12/2013 09:05	

Defter No : 2013 16178 Online SNET Protokol : S1 Aşa Online Pnt No: OP-177354-20122013-953449500 GSS Takip No: 1802484

Protokol No: 20401633 Ad: VAHİDE ELDİVEN (41) Normal SSK

Şekil 14: Poliklinik Defteri Anamnez Sekmesi

ICD10 TANI GİRİŞİ - TANIMSIZ DOKTOR

Hasta Bilgileri

Protokol No: 20420739 Hasta No: 1436705

Adı: MEHMET Doktor Adı: EĞİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER

Soyadı: DULU Birim Adı: BEYİN CERRAHI POL.1

Tanı Girişi ve Arama

Bu Protokole Ait Diğer Gelişlerinin Tanılan Hastaya Konulan Tüm Tanılar

Tanıyla Kapsad Tanı Temizle Genel Arama Detaylı Arama İndexte Arama Dahil Bilgisinde Arama Sık Kullanılanlar Sık Kull. Ekle

Tanı Kodu: M54.4 LUMBAGO, SİYATİK İLE

Tanı Tipi: Dahil - Kapsar

Özel Durum: Hariç - Kapsamaz

Hastaya Konulan Tanılar

Tanı Kodu	Tanı Adı	Özel Durum	Tanı Tipi	Geliş Tipi
M54.4	LUMBAGO, SİYATİK İLE	X	Ön Tanı	İlk Muayene

Tanı Doktoru : 2719 EĞİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER Yapan Birim : 87 BEYİN CERRAHI POL.1

Kayıdeden Kullanıcı : 3021 Kayıt Tarihi : 24/12/2013 09:04 Güncelleyen Kullanıcı : Güncelleme Tarihi :

Şekil 15: Poliklinik Defteri Anamnez Sekmesi Tanı Giriş Ekranı

Yarın

20/12/2013

Poliklinik

87

BEYİN CERRAHI POL.1

Muayeneler

97

Olanak

0

Hespi

97

Def. Sorgu

Hastalar

Anamnez

Teşekkili

Hizmetler

İlaç Kullanım

Malzeme Kullanım

Laboratuvar

Görüntüleme

Patoloji

Konsültasyonlar

Aci Gözetim

Tunu

Hizmet Dr.

2719

EGİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER

Yapan Birim

337

BEYİN CERRAHI SERVİSİ

Sonuç Yaz

Sonuç Yaz Hakkında?

HEPSİ-

İşlem Tarihi

Ana Akt Kod

Resmi Kod

Teşekkili Adı

Adeti

K.O. % Kalıcı

Tutan

Tutan

Yapan Birim

Yapan doktor (Rapor Y.)

1

20/12/2013 06:51

2

102

000000

HASTA MURACAAT ETTİ

1

.00

0.00

337

BEYİN CERRAHI SE 2719

EGİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER

2

20/12/2013 09:05

2

1

520030

NORMAL POLİKLİNİK MUAYENESİ

1

.00

15.50

337

BEYİN CERRAHI SE 2719

EGİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER

3

20/12/2013 09:57

5

134

100103

DUYU-ALGI-MOTOR DEĞERLENDİRİLMESİ

1

.00

14.90

337

BEYİN CERRAHI SE 2719

EGİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER

İsteyen Dr.:

EGİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER

Yapan Asistan:

Teşekkili: DUYU-ALGI-MOTOR DEĞERLENDİRİLMESİ

Yapan Tarih:

20/12/2013 09:57

G. Puan:

5

Makbuz:

Açıklama:

Birim:

BEYİN CERRAHI SERVİSİ

Toplam:

3

30.40

Ek100 Toplamı:

0.00

Fak:

30.40

Aci Durum veya

Komplikasyon mu?

Evet

Hayır

Bağı Takip Al

Protokol No:

20401633

Ad:

VAHİDE ELDİVEN (41)

Normal

SSK

RUTIN

BIYOKİMYA-MERKEZ LAB

HORMON

TROID (HORMON)

E. Moleküler Genetik

KOAGÜLASYON

KOAGÜLASYON

BOS-MAYI

TROMBOSİT FONK.

RÜNTEN

BT

USG

DOPLER

KONTRASTLI GR.

MR

MEME-KEMİK

NUKLEER TIP

YÜKLEM TESTLERİ

İLAÇ DÜZEYİ

IDRAR

MİKROBİYOLOJİ

KÜLTÜR

İMMUNOLOJİ

MOLEKÜLER

ALERJİ

ELİSA

Profilirim

Şekil 16: Poliklinik Defteri Tetkikler Sekmesi

[illegible]

Şekil 17: Poliklinik Defterinden hastanın laboratuvar sonuçlarının görülmesi

Görüntüleme İstek ve Sonuçları

230893-VAHİDE ELDİVEN KHB Görüntü Sorgu Pacc Arşiv

☐ Sadece 20401633 No'lu Protokol

Tetkik Türü -- HEPSİ --

Tetkik -- HEPSİ --

Tetkik Adı	Kabul Tarihi	Pacc
DUYU-ALGI-MOTOR DEĞERLENDİRMESİ	20/12/2013 09:	Pacc
MR. BOS AKIM	03/12/2013 08:	Pacc
DENGE-KOORDİNASYON TESTLERİ	26/11/2013 11:	Pacc
ULTRASON GENEL	22/05/2013 10:	Pacc
ULTRASON GENEL	07/05/2013 11:	Pacc
ULTRASON GENEL	06/05/2013 09:	Pacc
ULTRASON GENEL (Kadın Doğum)	03/05/2013 13:	Pacc
TRANSVAJİNAL US	11/03/2013 10:	Pacc
DUYU-ALGI-MOTOR DEĞERLENDİRMESİ	10/10/2011 08:	Pacc
MR. VERTEBRA LOMBER	07/10/2011 10:	Pacc
DUYU-ALGI-MOTOR DEĞERLENDİRMESİ	31/01/2011 14:	Pacc
EKLEM HAREKET ADKLIĞI ÖLÇÜMÜ	31/01/2011 14:	Pacc
AKOİSER GRAFİSİ P.A. (TEK YÖN)	31/01/2011 10:	Pacc
YÜZEYEL DOKU US	23/12/2009 09:	Pacc
BOYUN US	08/09/2009 13:	Pacc

Danışman Doktor Notu

Protokol No	İsteyen Birim	İstem İşlemi
20401633	BEYİN CERRAHI POLİ	[20/12/2013 09:57:13] - (MKARTAL) - (EĞİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER)
İncelene No	LABORATUVAR	Ön Kabul İşlemi [20/12/2013 09:57:13] - (MKARTAL) - ()
Request No	Açıklama	Kabul İşlemi [20/12/2013 09:57:13] - (MKARTAL) - (EĞİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER)
İstem Tarihi		Danışman Dr.
Kabul No		Sonuç İşlemi [20/12/2013 09:57:19] - (MKARTAL) - ()
Durum	Rapor Tasd.	Onay İşlemi [20/12/2013 09:57:19] - (MKARTAL) - (EĞİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER)

Şekil 18: Poliklinik Defterinden görüntüleme sonuçlarının görülmesi

PATOLOJİ Sonuç GİRME Ekranı - Kullanıcı : İANIMSIZ DOKTOR

Kabul Tarihi : 24/12/2013 Tarih aralığı geçmişi Gelge Göre

Onaylananlar	Smear Sonucu	Gist Sonucu			
Protokol No	Adı	Soyadı	Hasta No	Rapor No	Rapor Bilgisi
1			2013		
2			2013		

Patoloji Tarihi : 2
Patoloji No / Defter :

Tetkikleri :

ENDOMETRİUM, KÜRET, SIVI BAZLI İNCE TAI 1
JISI X 1

Mikroskopi :

Makroskopi :

-Yaklaşık 2,5 cc t alı kürete materyel. TTA 1 KAS
-1 adet Tam/pap sn

Tani :

DUZENSIZ DOKULME C METRİUM
SERVİKOVAJİNAL SME AN YETERLİ
MATERYAL DEĞERLENC E ACISINDAN NEGATİF
İNTRASEPTİYAL LEZ DEĞİŞİKLİKLER
ENFLAMASYON, REAKT

Açıklama Yorum :

Servis / Pol. : G-3 KADIN HAST VE DOĞUM GÜNÜBİRLİK İşlem Tarihi : 12/02/2013
Doktor Kodu : İZM DR. ALP ÖZGÜZER Sıra No : 13

Tetkik Adı	Resmi Kod
1 SIVI BAZLI İNCE TABAKA TEKNOLOJİSİ	903950
2 ENDOMETRİUM, KÜRET TA/BIYOPSİ	905930

Kurum : SSK Not :

Şekil 19: Patoloji Sonuçlarının Görüldüğü Ekran

[illegible]

Şekil 20: Konsultasyon sonuçlarının görülmesi

T	L	G	P	K	X
Y	Y	T	Y	Y	Y
Y	Y	T	Y	Y	Y
Y	Y	V	Y	Y	Y
Y	Y	V	Y	Y	Y
Y	Y	T	Y	Y	Y

T : Hastanın Taahhütnamesi Var-Yok
L : Hastanın Laboratuvar sonuçları Var-Yok
G : Hastanın Görüntülemesi Var-Yok
P : Hastanın Patolojisi Var-Yok
K : Hastanın Konsültasyonu Var-Yok
X : Hastaya ait taranmış doküman mevcut

Şekil 23: Reçete Yazma

Adı Soyadı : Doktor Adı : 99 UZM.DR. TANIMSIZ DOKTOR Provizyon Tipi : 1 Normal

Poliklinik - Servisi : Branş : 2400 Beyin ve Sinir Cerrahisi

Reçete Tipi : 0 NORMAL Dr. Serifikası : 0 Yok

Reçete Tarihi : 30/12/2013 16:25 Reçete Alı Turu : 1 Ayaktan Reçetesi

E-Reçete Sil E-Reçete Gönder E-Reçete İmzala ve Gönder

REÇETE SORGULA

E-Reçete Detayları Reçeteyi İptal Et

Reçete Tanıları >>> Tanıları Çek Tanı Ekle

Sık Kullanılanlar <<< Reçete Açıklamaları >>>

Reçete için açıklama türü ve açıklama Reçete Açıklama Ekle

İlaç Adı <<< İlaç Bilgileri >>> Kaç Kutu Kullanım Dozu Kullanım Periyodu Kullanım Şekli

1 1 1 1,00 Adet 1 Günde Bir Ağzadan (Oral)

İlaç adı alanı. Çift tıklanır. Modula ilaç sisteminde kayıtlı olan ilaçlar listesi açılır.

E-Reçete Gönder: Modula Sistemine e-reçeteyi gönderir. Gönderme işlemi başarılı ise sistem e-reçete'nosu verir.

Reçete için eklenecek bir açıklama varsa buraya yazılır.

İlaç kutu bilgisi. Kullanım dozu, birimi (adet, ml, Ünite), kullanım periyodu. Ve kullanım şekli bilgileri

Reçeteyi İptal Et: HBYS sistemindeki reçeteyi tamamen İPTAL EDER. Bu işlemin geri dönüşü yoktur. Not: Eğer reçetenin e-reçete nosu varsa. E-Reçete Sil'den önce onu silmelisiniz.

E-Reçete Sil: Modula sistemine gönderilen e-reçeteyi siler. Bu silme işlemi. HBYS'deki reçeteyi İPTAL ETMEZ.

7. YATAN HASTA İŞLEMLERİ

İşlemler İşlemler.... Pro-Bel İstatistik Raporları Yardım Çıkış

Ayakta Tedavi Gören Hasta

Yatan Hasta

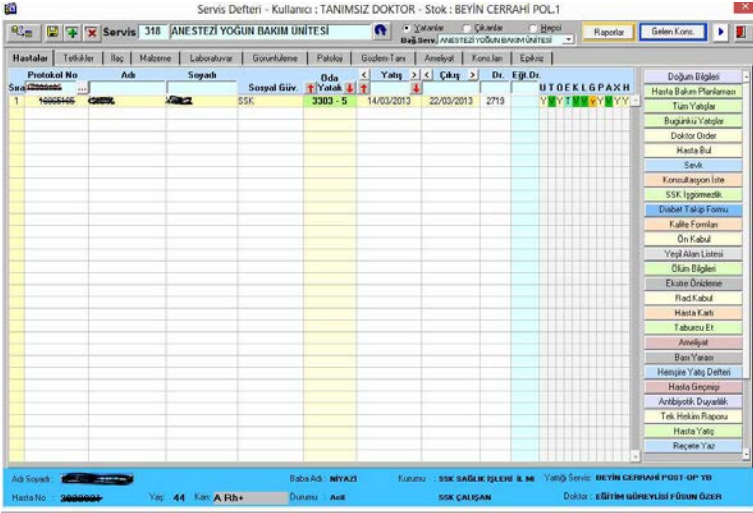
Laboratuvar

Tıbbi Görüntüleme

Doktor Çalışma Planı

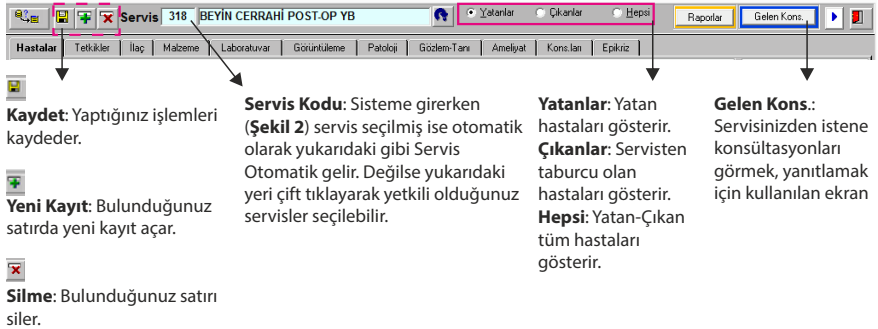
Servis Defteri

Şekil 24: Servis Defterine Giriş



Şekil 25: Servis Defteri Ana Menü

Şekil 26: Servis Defteri Menüleri



Hastalar: (Şekil 25) Serviste yatan hastaların listesi.

Tetkikler: (Şekil 27) Yatan hastalara tetkiklerin kodlandığı yer. Kodlamalar ekranın sağında yer alan butonlar aracılığı ile yapılacaktır.

İlaç-Malzeme: Servis içerisinde hastaya ilaç malzeme kodlanacak bu ekranlar kullanılmalı.

Laboratuvar: (Şekil 28) Hastanın çıkmış tüm laboratuvar sonuçlarının görüntülediği yer.

Görüntüleme: (Şekil 29) Hastanın çıkmış tüm görüntüleme sonuçlarının görüntülediği yer.

Patoloji: (Şekil 30) Hastanın çıkmış tüm patoloji sonuçlarının görüntülediği yer.

Gözlem-Tanı: (Şekil 31) Günlük Gözlemin yazıldığı ekran.

Ameliyat: (Şekil 32) Hastaya yapılan ameliyathat ve notlarının görüldüğü ekran

Kons'ları: (Şekil 33) Hastanın Konsültasyonları

Epikriz: (Şekil 34) Epikrizin yazıldığı ekran.

Servis Defteri - Kullanıcı : - Stok :

Servis

Yatanlar Baş Serv. Çıkanlar Hepsi Raporlar Gelen Kons.

Hastalar Tetkikler İlaç Malzeme Laboratuvar Görüntüleme Patoloji Gözetim-Tanı Ameliyat Kons.ları Epkriz

İşlem Tarihi: 03/01/2014 08:19

Resmî Kod

Tetkik Adı

Tutan K.D. % Adeli Katkı Tutan Tutan Dı Kodu

Hizmet Birimi Oluř. Yaz

Ön Kabul

HEPSİ-

RUTIN

BIYOKİMYA-MERKEZ LAB

HORMON

TROID (HORMON)

E.Moleküler Genetik

KOAGULASYON

KOAGULASYON

BOS-MAYI

TROMBOSİT FONK.

RÖNTGEN

BT

USG

DOOPLER

KONTRASTLI GR.

MR

MEME KEMİK

NUKLEER TIP

YÜKLEME TESTLERİ

İLAÇ DÜZEYİ

İDRAR

MİKROBİYOLOJİ

KÜLTÜR

İMMUNOLOJİ

Profilite

Dr. : TIBBİ UYGULAMALAR GENEL UYGULAMALAR Yapılma Tarihi: Hizmet Birimi: G Puan: İsteyen Doktor: Dok.

Not:

Sonuç Yaz Hakkında? Sonuç Yaz

Adı Soyadı: Baba Adı: Kurumu: Yatıldığı Servis: Doktor:

Hasta No: Yaş: Karı: Durumu:

Şekil 27: Servis Defteri Tetkikler

Laboratuvar Sonuçları

Protokol'e Ait Tüm Sonuçlar Seçili Olan Kayıtları Analiz Sonuç AL Ön İzle

Sadece 20401633 No'lu Protokol İA5 Rapor Renk Bilgi

Grup: HEPSİ= KHB SORGULAMA

Tetkik: HEPSİ=

Sep: Laboratuvar DEU Sonuç AL Ön Kabul Tarihi Yaz.Drm

Parametre Adı Sonuç Birim Referans Aralığı Önceki Sonuç

Barikod Durum

Protokol No İsteyen Birim

Hasta No Sonuç Tarihi

Onay Doktor

Lab. Kabul Tarihi Çıaza Gönderildimi?

Çıaza Gönderme Tarihi Çıkarma Tarihi

Şekil 28: Laboratuvar Sonuçları

Görüntüleme İstek ve Sonuçları

230893-VAHİDE ELDİVEN KHB Görüntü Sorgu Paces Arşiv

☐ Sadece 20401633 No'lu Protokol

Tetkik Türü: -- HEPSİ --
Tetkik: -- HEPSİ --

Tetkik Adı	Kabul Tarihi	Pacs
DUYU ALGI MOTOR DEĞERLENDİRMESİ	20/12/2013 09:57	Pacs
MR. BOS AKIM	03/12/2013 08:57	Pacs
DENGE/KOORDINASYON TESTLERİ	26/11/2013 11:57	Pacs
ULTRASON GENEL	22/05/2013 10:57	Pacs
ULTRASON GENEL	07/05/2013 11:57	Pacs
ULTRASON GENEL	06/05/2013 09:57	Pacs
ULTRASON GENEL (Kadın Doğum)	03/05/2013 13:57	Pacs
TRANSVAGİNAL US	11/03/2013 10:57	Pacs
DUYU ALGI MOTOR DEĞERLENDİRMESİ	10/10/2011 08:57	Pacs
MR. VERTEBRA LOMBER	07/10/2011 10:57	Pacs
DUYU ALGI MOTOR DEĞERLENDİRMESİ	31/01/2011 14:57	Pacs
EKLEM HAREKET AÇIKLIĞI ÖLÇÜMÜ	31/01/2011 14:57	Pacs
AKGİĞER GRAFİSİ P.A. (TEK YÖN)	31/01/2011 10:57	Pacs
YÜZEYEL DOKU US	23/12/2009 09:57	Pacs
BOYUN US	08/09/2009 13:57	Pacs

Minimetal test 90 Puan

Danışman Doktor Notu

Protokol No	İsteyen Birim	İstem İşlemi
20401633	BEYİN CERRAHI POLİ	20/12/2013 09:57:13) - (MKARTALI) - (EĞİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER)
İnceleme No	İLİERİ SONUÇ	Ön Kabul İşlemi 20/12/2013 09:57:13) - (MKARTALI) - ()
Request No	Açıklama	Kabul İşlemi 20/12/2013 09:57:13) - (MKARTALI) - (EĞİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER)
İstem Tarihi		Danışman Dr
Kabul No		Sonuç İşlemi 20/12/2013 09:57:19) - (MKARTALI) - ()
Durum	Rapor Yazıldı	Onay İşlemi 20/12/2013 09:57:19) - (MKARTALI) - (EĞİTİM GÖREVLİSİ FUSUN ÖZER)
	Farklı Kaydet	

Şekil 29: Görüntüleme Sonuç Ekranı

PATOLOJİ Sonuç GİRME Ekranı - Kullanıcı : VEHİBİ

Kabul Tarihi: 03/01/2014 Tarih aralı geçeri Gelişe Göre PATOLOJİ LABORATUVARI 1

Onaylananlar Smear Sonuçları Gist Sonuçları

Protokol No	Adı	Soyadı	Hasta No	Rapor Yılı	Rapor No	Rapor Bilgileri
1	BAĞDADLI	ALI	YOLBAŞI	1088922	2013	4308

Patoloji Tarihi: 02/01/2014
Patoloji No / Defter: 4308 / 8
Tetkikleri: WİDE, BİYOPSİ X 1
WİDE, BİYOPSİ X 0
HİSTOKİMYASAL BOYAMALAR X 0
HİSTOKİMYASAL BOYAMALAR X 1
Mikroskopi: Toluidin-blue
Makroskopi: Şişe I- En büyüğü 0,2 cm en küçüğü 0,1 cm çapta 3 adet biopsi materyali:
1- TTA 3pv 1ks
Şişe II- En büyüğü 0,4 cm en küçüğü 0,2 cm çapta 8 adet biopsi materyali:
2- TTA 8pv 1ks
ÜK-GA 20.12.2013
Tani: I-FOVEOLAR HİPERPLAZİ VE KRONİK AKTİF GASTRİT BULGULARI GÖSTEREN
YÜZEYEL WİDE MİKROZASİ, I. NÖLÜ BİOPSİ
II-KRONİK AKTİF ATROFİK GASTRİT, İNTESTİNAL METAPLAZİ (+++), H. PYLORI (+), WİDE, 2 NÖLÜ BİOPSİ
Açıklama Yorum: I: Kronik enflamasyon: Var, orta derecede
Aktivite: Var, orta derecede
Atrofi: Değerlendirilemedi
İnjestinal metaplazi: Yok
H.pylori: Görülmedi
II:Kronik enflamasyon: Var, şiddetli

Servis / Pol: CERRAHI 1. SERVİSİ İşlem Tarihi: 20/12/2013
Doktor Kodu: İZM DR. ULKU KUÇUK Sıra No: 165

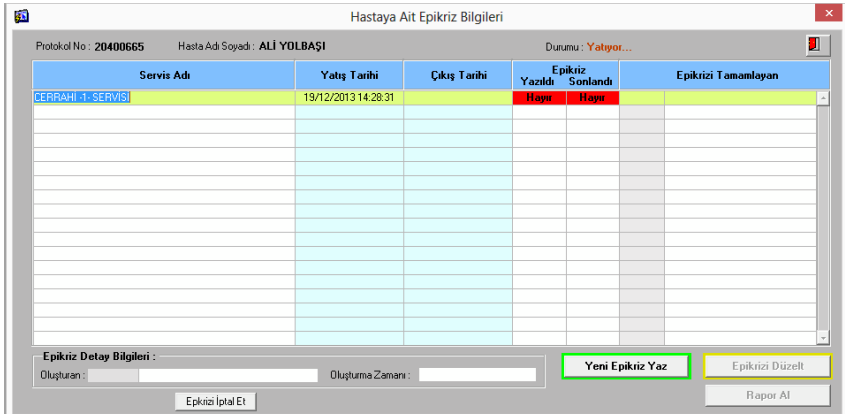
Tetkik Adı	Resm Kod
1 WİDE, BİYOPSİ	90820
2 HİSTOKİMYASAL BOYAMALAR	91160

Kurum: BAĞKUR Not:

Şekil 30: Patoloji Sonuçlarının Görüldüğü Ekran

Şekil 31: Günlük Gözlem

Şekil 32: Ameliyat Bilgileri



8. KONSÜLTASYON YANITLAMA

[illegible]

Şekil 35: Kabul Bekleyen Konsultasyonlar

Servis Defterini açtığınızda sistem o gün için servisinizden istenen konsültasyon olduğu bilgisini otomatik olarak verecektir.



Gelen Kons. Butonu tıklanarak. Şekil 35'deki ekrana ulaşılır. Oradan Kabul Et sonuç gir denilerek hemen sonuç girilebilir veya Kabul et denilip sonra sonuç yazılabilir. Konsultasyon sizinle ilgili değil yada hatalı istendiyse Reddet butonu ile Konsultasyonu Reddedebilirsiniz.

Şekil 36: Konsultasyon sonucu yazma ekranı

Konsultasyon Kabul Ekranı - Kullanıcı :

Raporlar Hasta Geçmişi **KONSULTASYON EKRANI**

Tarih: 01/01/2014 02/01/2014 Birim: 301 DAHLİYE -I- SERVİS Hasta Tipi: ESPİ Açıkken Yatan Açık

Kabul Bekleyenler (4) Yapılacak Konsultasyonlar (1) Konsultasyon Yapılanlar (15)

Protokol No	Adı	Soyadı	İstem Tarihi	İsteyen Servis	Oda/Yatak No	İsteyen Doktor	Kabul Tarihi	Kabul Eden Doktor	L	D	P	X	K	Notlar

☒ Doktor Hastanın Yanına Gidecek ☐ Hasta Doktorun Yanına Gidecek

Kabul Eden Kull: 1155
Tahmini Gidiş T: 02/01/2014 08:35

KONSULTASYON SONUCU :

Kod-3 Kod-4 Tarih Adı ICD10 Tarih Gecmişi Tarih Tipi Sonuç Tipi Sonuç Zamanı Kabul Zamanı

Kabul İptal **Hizmet İşle** **Kaydet** **Kaydet ve Onayla**

Adı Soyadı: Baba Adı: Kurum: Ölüş: Günc:
 Hasta No: Doğum Tarihi:

Tanı atılması.

Konsultasyon sonucunun yazıldığı ekran.

Hizmet İşle: Eğer hastaya girişimsel bir işlem yapıldıysa buradan işlenbebilir.

Kaydet: Girdiğiniz kayıtları sadece kayıt yapar. Onay işlemi gerçekleşmez.

Kaydet ve Onayla: Girdiğiniz kayıtları hem kayıt yapar hem de onay yapar. Onay işleminin geri dönüşü yoktur. İptal için bilgi işleme resmi yazı ile başvuru yapılması gerekmektedir.

TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ HASTANE KROKİSİ VE TELEFON NUMARALARI

1. HASTANE KROKİSİ:



2. TELEFON NUMARALARI:

BİRİM	TELEFON	BLOK	NOT
SANTRAL (DIŞ HAT)	469 69 69		
BELGEGEÇER	433 07 56	A	
İÇ HAT DİĞER BİRİM ÇIKIŞ	89 - SES-	Dahili No	veya 9
HASTANE YÖNETİCİSİ	5001	A	
BAŞHEKİM	1001	A	
İDARİ VE MALİ HİZMETLER MÜDÜRÜ	1010	A	
SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ MÜDÜRÜ	1050	A	
RADYOLOJİ ÜNİTESİ	1775	A	
KAN ALMA	1219	A	
BİYOKİMYA LABORATUARI	1784	A	
MİKROBİYOLOJİ LABORATUARI	1795	A	
DOKU TİPLENDİRME LABORATUARI	1675	A	
ENFEKSİYON HASTALIKLARI KLİNİĞİ	1705	A	
KBB KLİNİĞİ	1615	A	
GÖZ KLİNİĞİ	1630	A	
CERRAHİ KLİNİĞİ 1	1105	A	
CERRAHİ KLİNİĞİ 2	1115	A	
CERRAHİ KLİNİĞİ 3	1215	A	
GENEL CERRAHİ YOĞUN BAKIM	1100	A	

KEMOTERAPİ ÜNİTESİ	1730	A	
ORGAN NAKLİ KLİNİĞİ	1200	A	
ORTOPEDİ KLİNİĞİ 1	1445	A	
ORTOPEDİ KLİNİĞİ 2	1205	A	
ÜROLOJİ KLİNİĞİ	1315	A	
BEYİN CERRAHİSİ KLİNİĞİ	1325	A	
DAHİLİYE KLİNİĞİ 1	1535	A	
DAHİLİYE KLİNİĞİ 2	1518	A	
GASTROENTEROLOJİ KLİNİĞİ	1435	A	
GÜNDÜZ HASTANESİ KLİNİĞİ	1906	A	
HEMODİYALİZ ÜNİTESİ	1500	A	
DAHİLİYE YOĞUN BAKIM	1400	A	
BEYİN CERRAHİ YOĞUN BAKIM	1300	A	
HEMATOLOJİ	1300	A	
MORG	1040	A	
ERİŞKİN HASTA POLİKLİNİKLERİ	2300	B	
KAN MERKEZİ	1744	C	
DIŞ POLİKLİNİĞİ	2352	C	
NÜKLEER TIP	1738	D	
NÖROLOJİ KLİNİĞİ	2212	D	
NÖROLOJİ POLİKLİNİKLERİ	2232	D	
NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM	2200	D	
ÇOCUK ONKOLOJİ KLİNİĞİ VE KİT	2309	D	
ÖZEL DAL POLİKLİNİKLERİ	2510	E	
ACİL TIP KLİNİĞİ	3755	F	
ÇOCUK ACİL	3770	F	
GÖĞÜS KALP DAMAR CERRAHİSİ KLİNİĞİ	3166	F	
1. VE 2. SÜT ÇOCUĞU KLİNİĞİ	3455	F	
ÇOCUK YANDAL KLİNİĞİ	3355	F	
ÇOCUK CERRAHİ KLİNİĞİ	3255	F	
BÜYÜK ÇOCUK KLİNİĞİ	3155	F	
NEONATAL CERRAHİ YOĞUN BAKIM	3225	F	
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM	3555	F	
ÇOCUK POLİKLİNİKLERİ	3889	G	
KARDİYOLOJİ POLİKLİNİKLERİ	3889	G	
ANESTEZİ YOĞUN BAKIM	3690	G	
ÇOCUK YOĞUN BAKIM	3640	G	
KORONER YOĞUN BAKIM	3670	G	
AMELİYATHANE	3655	G	
KVC YOĞUN BAKIM	3620	G	
PATOLOJİ LABORATUARI	3795	H	

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

BİRİM	TELEFON	BLOK	NOT
SANTRAL (DIŞ HAT)	449 49 49	KD	
BELGEGEÇER	457 96 51	433 50 08	
İÇ HAT DİĞER BİRİM ÇIKIŞ	89 - SES-	Dahili No	veya 9
BAŞHEKİMLİK (SEKRETERLİK)	1003	KD	
BAŞHEKİMLİK YARDIMCILIĞI	1006	KD	
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ 2	2002	KD	
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ 3	3003	KD	
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ 4	4005	KD	
PERİNATOLOJİ KLİNİĞİ	4008	KD	
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ KLİNİĞİ	3004	KD	
YOĞUN BAKIM (KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM)	4040	KD	
ACİL VE POLİKLİNİK (KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM)	1220 - 1221	KD	
TÜP BEBEK MERKEZİ	2033 - 2011	KD	
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM	4022 - 4023	KD	
KAN ALMA	1034	KD	
BİYOKİMYA LABORATUARI	1020	KD	
MİKROBİYOLOJİ LABORATUARI	1023	KD	
PATOLOJİ LABORATUARI	3023 - 3024	KD	
TIBBİ GENETİK LABORATUARI	4013 - 4035	KD	
AMELİYATHANE (KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM 3-5.KAT)	5003 - 3015	KD	
DOĞUM SALONU	5000 - 5002	KD	
MORG (KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM)	1056	KD	
İDARİ BİRİMLER			
EĞİTİM KOORDİNATÖRLÜĞÜ SEKRETERYASI	6143		
PERSONEL SERVİSİ	6020		
SATIN ALMA SERVİSİ	6133		
MALZEME PLANLAMA SERVİSİ	6125		
İSTATİSTİK SERVİSİ	6144		
FATURALANDIRMA SERVİSİ	1808		
MAAŞ TAHAKKUK SERVİSİ	6666		
TIBBİ AYNİYAT 7/24	1751		
SAĞLIK KURULU	1028		
İLK KAYIT	1800		
EVRAK KAYIT SERVİSİ	1287		
ARŞİV	6180		
BİLGİ İŞLEM SERVİSİ	1088		
KALİTE YÖNETİM BİRİMİ	5659		
HASTA HAKLARI	2323		
ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ	252		
ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ BİRİMİ	1033		
ECZANE	1752		
SANTRAL (TEPECİK İÇ HAT SANTRAL)	9		
DG SANTRAL (KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM İÇ HAT SANTRAL)	0		

DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ HASTANE KROKİSİ VE TELEFON NUMARALARI

1. HASTANE KROKİSİ:



2. TELEFON NUMARALARI:

BİRİM	TELEFON	BLOK	NOT
SANTRAL (DIŞ HAT)	433 33 33		
BELGEGEÇER	458 72 62		
HASTANE YÖNETİCİSİ	2999	İDARE	
BAŞHEKİM	2198	İDARE	
İDARİ VE MALİ HİZMETLER MÜDÜRÜ	2125	İDARE	
SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ MÜDÜRÜ	2145	İDARE	
ÖZLÜK	2127	İDARE	
EVRAK KAYIT	2237	İDARE	
HUKUK BİRİMİ	2243	İDARE	
İSTATİSTİK BİRİMİ	2216	İDARE	
AMELİYATHANE 1	2901	A	
AMELİYATHANE 2	2902	A	
AMELİYATHANE 3	2903	A	
AMELİYATHANE 1	2010	K	
AMELİYATHANE 2	2020	K	
AMELİYATHANE 3	2030	K	
ARŞİV	2292	B	
MAAŞ BİRİMİ	2194	B	
GENEL AMBAR	2262	B	
SATIN ALMA	2232 - 2332	B	

AYNIYAT SAYMANLIK	2362	B	
KALİTE YÖNETİM BİRİMİ	2668	B	
SAĞLIK KURULU	2193	B	veya 9
ÇALIŞAN SAĞLIĞI BİRİMİ	2030	B	
TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLAR	2671	B	
MAHKUM SERVİSİ	2154	B	
ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ	5441	D	
DİYALİZ BİRİMİ	2371	E	
ECZANE	2341		
1. SERVİS	2316 - 2555	P/1	
2. SERVİS	2774	E	
3. SERVİS	2389	E	
4. SERVİS	2414	E	
5. SERVİS	2416	E	
6. SERVİS	2185	C	
TBC SERVİSİ	2369	G	
1. CERRAHİ SERVİSİ	2019	K	
2. CERRAHİ SERVİSİ	2025	K	
YANDALLAR CERRAHİ SERVİSİ	2129	A	
1. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ (NONİNVAZİV)	2556	P/1	
2. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ (İNVAZİV)	2045	P/1	
ACİL GÖZLEM	2539	P/1	
KEMOTERAPİ ÜNİTESİ	2805 - 2580	P/2	
BAKTERİYOLOJİ LABORATUARI	2144	B	
BİYOKİMYA LABORATUARI	2157	P/4	
PATOLOJİ LABORATUARI	2188	B	
BRONKOSKOPİ	2180	E	
S.F.T. LABORATUARI 1	2350	J	
S.F.T. LABORATUARI 2	2608	J	
RADYOLOJİ	2148	E	
NÜKLEER TIP	2181	P/5	
RADYOTERAPİ	2130	H	
TRANSFÜZYON MERKEZİ	2219	B	
İÇ HAT SANTRAL	0		

ASİSTAN EL KİTABI

İzmir Kuzey Kamu Hastaneler Birliği Yenişehir Kampüs Eğitim Planlama Ve Koordinasyon Kurulu



Gökhan AKBULUT

Yenişehir Kampüs Eğitim ve Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanı, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi, Genel Cerrahi, Prof.Dr.



Önder YAVAŞCAN

Yenişehir Kampüs Eğitim ve Planlama Koordinasyon Kurulu Üyesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği Eğitim Görevlisi, Doç.Dr.



Önder KALANDERER

Yenişehir Kampüs Eğitim ve Planlama Koordinasyon Kurulu Eğitim Koordinatörü, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Eğitim Görevlisi, Doç.Dr.



Naciye Ümit BAYOL

Yenişehir Kampüs Eğitim ve Planlama Koordinasyon Kurulu Üyesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği Eğitim Görevlisi, Tıbbi Patoloji, Doç.Dr.



Mehmet ÖZEREN

Yenişehir Kampüs Eğitim ve Planlama Koordinasyon Kurulu Üyesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum ve Perinatoloji Kliniği Eğitim Görevlisi, Prof.Dr.



Enver YALNIZ

Yenişehir Kampüs Eğitim ve Planlama Koordinasyon Kurulu Üyesi, Suat Seren Göğüs Hastalıkları Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi, Göğüs Hastalıkları Eğitim Görevlisi, Uzm.Dr.

ISBN 978-605-85416-2-7



9 786058 541627