T.C.
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANA BİLİM DALI TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİ EL KİTABI

İstanbul, 2024

1.GİRİŞ

Dekan Mesajı

Değerli Tıpta Uzmanlık Öğrencilerimiz;

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ailesine katıldığınız bu dönemde göstermiş olduğunuz üstün başarıdan dolayı sizleri en içten duygularımla kutlarım. Tıp alanındaki liderliği, sağlık hizmeti sunumunda yüksek standartları hedefleyen yapısı, dünyada söz sahibi güçlü akademik kadrosu ile Cerrahpaşa Tıp Fakültesi adına sizlere hoş geldiniz demek istiyorum.

Tıpta uzmanlık yolculuğunuza teorik ve pratik anlamda klinik, servis, ameliyathane, poliklinik ve laboratuvar çalışmalarınız ile devam ederken katılacağınız bilimsel çalışmalar ile tıp literatürüne katkı sağlıyor, yeni tedavi modalitelerine imza atıyor olacaksınız. Uzman kadrosu, laboratuvar ve proje ofisleri ile İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi çatısı sizlerin de ilklerle buluşmasına zemin hazırlıyor olacak.

Sizler için hazırlanan bu el kitapları, klinik ve girişimsel yetkinliklerden görev ve sorumluluklarınıza yapmanız gereken rotasyonlardan klinik iç işleyişlerinize kadar tüm uzmanlık eğitiminiz boyunca sizlere verilecek eğitim ve işleyişi içeren bir rehber olarak planlandı. İçerisinde Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından oluşturulan Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatında yer alan temel eğitimleriniz ve Ana Bilim Dalınızın Cerrahpaşa Tıp Fakültesine özgü eğitim müfredatını bulacaksınız. Bu çatı altıda her gün, her dakika, her an alanının en önde gelen isimlerinin tecrübeleri sizlerin hem kişisel hem de mesleki gelişiminize katkı sağlıyor olacak.

Yolculuğunuz boyunca karşılaşacağınız her zorluk, sizi daha yetkin bir hekim olma yolunda bir adım daha ileriye taşıyacaktır. Öğrenmeye, sormaya ve gelişime açık olun.

Unutmayın ki bu yolculukta yalnız değilsiniz.

Prof. Dr. Oğuz ÇETİNKALE

Tıpta Uzmanlık El Kitaplarının hazırlanması ve standardizasyonunda büyük katkı sunan İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekan Yardımcılarımız; Prof. Dr. Ayşegül BATIOĞLU KARAALTIN ve Prof. Dr. İlker İnanç BALKAN, önceki dönem Dekan Yardımcımız Prof. Dr. Emine Elif GÜZEL MEYDANLI, önceki dönem komisyon üyemiz Prof. Dr. Mehmet ELİÇEVİK hocalarımıza,

Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Komisyonu üyeleri;

Prof. Dr. Barış İKİTİMUR
Prof. Dr. Hakkı Oktay Seymen
Prof. Dr. Mehmet Rıza ALTIPARMAK
Prof. Dr. Ömer Faruk BEŞER
Prof. Dr. Özlem Serpil ÇAKMAKKAYA
Prof. Dr. Pınar Çiğdem KOCAEL
Doç. Dr. Mehmet ÜZEL
Doç. Dr. Pınar KENDİGELEN
Uz. Öğr. Dr. Pelin ÖZTÜRK

Personel Müdürümüz Saadet BİLGİN ve editörümüz İrem Sabriye UÇMAK' a teşekkür ederim...

İçindekiler

1.GİRİŞ 4

Ana Bilim Dalı Başkanı Mesajı 10

Ana Bilim Dalı Tarihçesi 12

Uzmanlık Eğitim Programı Hakkında Genel Bilgi. 14

Akademik Kadro 15

2.GÖREV VE SORUMLULUKLAR 16

3.UZMANLIK EĞİTİMİ YÖNETİM SİSTEMİ (UEYS) TANITIMI 24

4.ASİSTAN TAKİP SİSTEMİ (ATS) TANITIMI 25

5.EĞİTİM 26

6.YAPILANDIRILMIŞ EĞİTİM ETKİNLİKLERİ (YE) 34

7.ROTASYONLAR 38

7.2.Rotasyonların Eğitim Amaçları ve Öğrenim Hedefleri 38

7.3.Rotasyonlara Ait Klinik ve Girişimsel Yetkinlikler 39

8.VİZİT KURALLARI (KLİNİK BRANŞLAR İÇİN) 40

9.AMELİYATHANE KURALLARI (CERRAHİ BRANŞLAR İÇİN) 40

10. LABORATUVAR KURALLARI (TEMEL BİLİMLER İÇİN) 40

11.NÖBET KURALLARI 40

12. TEZ 41

12.1.Tez Başvuru Şartları 41

12.2.Tez Danışmanı ve Tez İzleme Komitesinin Belirlenmesi 41

12.3.Tez İzleme Komitesinin Ara Değerlendirme Raporlarını Sunması 41

12.4.Tez Tamamlama Süreleri 41

13.UZMANLIK EĞİTİMİ BİTİRME SINAVINA İLİŞKİN KURALLAR 41

14.AYDINLATILMIŞ ONAM ALMA 41

15.ANA BİLİM DALININ EKLEMEK İSTEDİĞİ DİĞER BAŞLIKLAR 42

16. ÖNEMLİ TELEFON NUMARALARI 95

Ana Bilim Dalı Başkanı Mesajı

Hekimlik ömür boyu öğrenci ve öğretmen olmak demektir. Hekimin yaşam tarzı diğer mesleklerdeki insanlardan farklıdır. Her adımda kendimizi, bilgilerimizi ve uyguladığımız mesleki yöntemleri geliştiririz. Önyargılarımız yıkılır ve yenilerini inşa ederiz.

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa'nın temelini dünyanın en eski 20 üniversitesi arasında yer alan ve Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk modern üniversitesi olan İstanbul Üniversitesi oluşturmaktadır. Türk bilim insanları İstanbul Üniversitesinin temellerini İstanbul'un Fatih Sultan Mehmet tarafından gerçekleştirilen fethi sonrasında (30 Mayıs 1453), Ayasofya ve Zeyrek'te bulunan bazı binaların medrese olarak kullanılmasına veya 1470 yılında Fatih Medresesi'nin açılışına dayandırırlar. 2018 de İstanbul Üniversitesinden ayrılan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesinin kuruluşu ise 1827 tarihine uzanır. Hem İstanbul Tıp Fakültesi hem de Cerrahpaşa tıp Fakültesi diğer üniversite, fakültelerin doğduğu, öğretim görevlilerinin ve binlerce hekimin yetiştiği kök yuvalardır. Ülkemizin bu en önemli kliniğinde uzmanlık eğitimine başlayacaksınız. Bu kitap, büyük ve tarihi kurumda eğitim alırken çabuk uyum sağlamanıza ve üniversitemizin bir ferdi olmanıza yardımcı olması için hazırlandı. Önünüzde hızlı akıp gidecek uzun bir yolculuk var. Bu zamanı çok iyi değerlendirin, kendinizi eğitin, ustalarınızdan mesleğin sanatsal boyutu ile icrasının nasıl yapıldığını öğrenin. Eğitiminiz bittiğinde iyi bir insan, etik değerleri olan iyi bir hekim olun. Eğitim sürenizin bitiminde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı okulunun iyi birer uygulayıcıları mezun olmanızı dilerim. Sevgi ve saygılarımla.

Prof. Dr. İsmail ÇEPNİ

Ana Bilim Dalı Tarihçesi

KURULUŞ

Osmanlı İmparatorluğunda, toplumun gelenek ve görenekleri doğrultusunda gebe kadının kocasının evinde doğum yapmasını gerektiriyordu. Bu nedenle bir doğum hastanesinin kurulması 20.yy başına kadar gecikmiştir. Koca evinde doğum yapmanın en önemli nedeni, resmi nikâh olmadığı için doğacak çocuğa bir babanın bulunması olmuştur.

1827 de Padişah fermanı ile kurulmuş olan "Tıbbiye-i Hümayun" da 1909 yılına kadar, kadın hastalıkları cerrahinin bir alt dalı olarak okutulmuştur. Doğum bilgisi ise 1876 yılından 1909 yılına kadar, ebelere bir ders olarak verilmiştir.

1892-93'(1309)de yayınlanan Padişah fermanı ile Tıbbiye-i Hümayun'da doğum ve kadın hastalıkları hocası olan Binbaşı Besim Ömer Efendi'nin talebi üzerine İstanbul'da bir doğum kliniği kurulması izni verilmiştir (Resim- 1)

İlk kadın doğum kliniği, Gülhane'de, **Demirkapı** olarak bilinen yerde günümüzde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından kullanılmakta olan binada Besim Ömer (Akalın) tarafından Türkiye'nin ilk kadın doğum kliniği ve Ana Bilim Dalımızın başlangıcı olan ***"Demirkapı Viladethanesi"*** kurulmuştur. Viladethanenin açılması sonrasında, Besim Ömer Paşa hakaretlere uğramış ve hatta evi taşlanmıştır. Uzunca bir süre, ebeler tarafından evde doğurtulamayan ve hamile olduğunu ailesinden gizleyen veya genelev kadınları bu doğum evinde doğum yapmak zorunda kalmışlardır. Takip eden günlerde, Tıbbiye son sınıf öğrencilerine altışarlı gruplar halinde nöbet tutturularak Doğumhanenin 24 saat açık kalması sağlanmıştır. Bu sayede Doğum Hekimlerinin yetişmesi sağlanarak, fakirhanelerde doğum yapmanın sakıncaları halka anlatılmaya çalışılmıştır.

Viladethane (Doğum Evi), 1909 yılında Kadırga'da kurulmuş olan sivil tıbbiyenin binalarına taşınmıştır. Burada, Besim Ömer Paşa, kadın hastalıkları ve doğum ile birlikte **ebelik eğitimi'ninde** okullaşmasını sağlamıştır.

Kadın doğum kliniği 1928 'de Haydarpaşa'ya taşınmıştır. Ulu Önderimiz Mustafa Kemal Atatürk'ün 1933 Üniversite reformu sonrasında Anabilim Bilim Dalımız, ülkemizin ilk Üniversitesi olan İstanbul Üniversitesi bünyesi içinde olmak koşulu ile çalışmalarını Haseki Hastanesi'ne taşınarak sürdürmüştür. Üniversite reformu sonrasında eski kadrodan yalnızca Dr.Tevfik Remzi Kazancıgil Haydarpaşa'dan Haseki'ye intikal ederek W. Liepman ile birlikte Üniversiter anlamında kadın doğum kliniğini kurmuşlardır. Daha sonra bu kadroya Kliniğimize ve diğer kadın doğum kliniklerine katkılar sağlamış olan çok değerli hocalarımızın yetişmesinde önemli bir görev üstlenmiştir. Bu anlamda Ana Bilim Dalımız, Ülkemizde kurulmuş olan Kadın-Doğum Kliniklerinin "Anası" olma özelliğini de taşımaktadır.

1939 da W.Liepman'ın ölümünden sonra klinik Direktörlüğüne Prof. Dr. T Remzi Kazancıgil gelmiştir.

Prof. Dr. T Remzi Kazancıgil öncülüğünde 1938 yılında jinekolojik patoloji laboratuvarı kurulmuş, bu konuda Prof. Dr. Servet Güvener ve Prof. Dr. Rıza Onarır'ın yetişmesi sağlanmıştır.

Ana Bilim Dalımız, 1967 yılında Cerrahpaşa'da yapılmış olan binasına taşınmıştır. 1967 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinin kurulması ile Fakültemizin Anabilim Dalları arasında yer almıştır. ***Cerrahpaşa'da faaliyete geçen Ana Bilim Dalımız Öğretim Üyesi Kadrosu içinde; Prof. Dr.Teyfik Remzi Kazancıgil (Başkan), Dr.Rükneddin Tözüm, Dr Ziya Üstün, Dr.Kamil Akol, Dr. Servet Güvener, Dr. Cebbar Hülagü, Dr. Rıza Onarır, Dr. Münir Türkent, Dr.Suavi Topçuoğlu, Dr.Yusuf Keçecioğlu ve Dr.Şahap Karaaliler yer almıştır.***

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi çatısı altında Ana Bilim Dalımız yıllar içinde önemli gelişim ve atılımlar göstermiştir. Özellikle onkoloji ve genital kanser cerrahisi, perinataloji ve infertilite konusunda gelişmelere öncülük ederek Ülkemizde bu dalların gelişmesi için önemli katkılar sağlama süreci başlatılmıştır. Bu çalışmalar, günümüzde yan dal olması istenen Bilim Dallarının kurulmasını zorunlu hale getirmiştir. Gelişmelerin özünde, mevcut hocalarımızın rehberliğinde bugün Ana Bilim Dalımızın Öğretim Üyesi kadrosu içinde yer alan değerli arkadaşlarımızın önemli katkıları bulunmaktadır. 1970 ve 1980 yıllarında asistan olanlar, günümüz öğretim üyesi kadrosunu oluşturmuştur.

1989 yılında Ana Bilim Dalımız bünyesinde, Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Necati Tolun döneminde, Beyin Cerrahisi Ana Bilim Dalının boşaltmış olduğu bina Ana Bilim Dalımıza katılmıştır. Daha sonra Genel Jinekoloji ve Obstetrik, ***Perinatoloji***, ***Jinekolojik Onkoloji ve Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalları*** ile birlikte ***1991 de Tüp Bebek Ünitesi*** açılmıştır. Bu bilim dalları, halen faaliyetlerini, yükselen bir başarı grafiği ile sürdürmektedirler.

Bu zaman sürecinde kazandıklarımız yanında kaybettiklerimiz de oldu; Ana Bilim Dalımız kurucusu Ord. Prof. Dr. T Remzi Kazancıgil tarafından kurularak gelişim sağlanmış olan çok geniş arşivi olan ve kendi konusunda Türk Tıbbına ve Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalının gelişmesinde önemli katkılar sağlamış olan " Jinekolojik Patoloji Laboratuvarı" ne yazık ki 2006 yılında faaliyetlerine ara vermek zorunda bırakılmıştır. Patoloji laboratuvarı, özellikle Prof. Dr. Servet Güvener Hocamız vefat edinceye kadar, Ana Bilim Dalımız öğretim üyesi ve asistanlarının toplanma, dayanışma ve araştırma yeri olma özelliği taşımıştır. Daha sonraki yıllarda Patoloji Ana Bilim Dalı'na bağlı olarak ***Jineko-Patoloji Bilim Dalı'nın*** oluşumuna da kaynak teşkil etmiştir.

Cerrahpaşa'da geçen 40 yıl zarfında Ana Bilim Dalımızın gelişmesine önemli katkılar yapmış ve fedakarca çalışmış Ana Bilim Dalı Başkanlarımıza, teşekkür etmek genç nesi olarak bizim vefa borcumuzdur. 50 yılı aşan süre içinde Ana Bilim Dalı Başkanlığı yapmış olan Öğretim Üyeleri listesi tarih sırasına göre **Tablo 1** 'de isimleri sunulmuştur.

Tablo-1: Cerrahpaşa'da 40 yılda Ana Bilim Dalı Başkanlarımız

Ord.Prof.Dr.T.Remzi KAZANCIGİL	1939-1969
Prof.Dr.Münir TÜRKENT	1960-1960
Prof.Dr.Kamil AKOL	1969-1973
Prof.Dr.Rükneddin TÖZÜM	1973-1979
Prof.Dr.Suavi TOPÇUOĞLU	1979-1982
Prof.Dr.Şahap KARAALİLER	1982-1987
Prof.Dr.Turgay ATASÜ	1987-1988
Prof.Dr.Necati TOLUN	1988-1991
Prof.Dr.Aykut KAZANCIGİL	1991-1994
Prof.Dr M.Feridun AKSU	1994-2000
Prof.Dr.Derin KÖSEBAY	2000-2003
Prof.Dr.Seyfettin ULUDAĞ	2003- 2009
Prof.Dr.Rıza MADAZLI	2009-2011
Prof.Dr.Velittin YEDİGÖZ	2011-2014
Prof.Dr.Mehmet Feridun AKSU	2014
Prof.Dr.Semih KALELİ	2014-2016
Prof.Dr.Altay GEZER	2016-2019
Prof.İsmail Fahri ÖÇER	2019-20122
Prof.Dr. İsmail ÇEPNİ	2022- Halen

Uzmanlık Eğitim Programı Hakkında Genel Bilgi

Kadın hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı öğrenimi yaklaşık beş yıl sürer. 4 tane dış rotasyon mevcut: 3 ay Genel Cerrahi, 1 ay Üroloji, 1 ay Anesteziyoloji ve Reanimasyon, 1 ay Tıbbi Patoloji İç rotasyonlarımız dört yıla yaklaşık eşit olarak ve her kıdem döneminde gidilmek suretiyle uygulanır. Bu bölümler: doğumhane, jinekoloji servisi, jinekolojik onkoloji servis ve polikliniği, perinatoloji, endokrin, jinekoloji ve gebe poliklinikleri Rotasyonlar, girilen ameliyatlar, eğitim saatlerinde işlenen konular, alınan eğitimler asistan karnesine girilir ve hocalar tarafından onaylanır. Teorik, pratik uygulamalı laparoskopik, açık cerrahi eğitim ile iyi birer kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olarak yetişmeniz için gereken en üst düzey bilgilerle donatılırsınız. Bitirmek için tezle birlikte asistan karnesi de dekanlığa teslim edilmelidir.

Akademik Kadro

Prof.Dr. İSMAİL ÇEPNİ (Ana Bilim Dalı Bşk.)

Doç.Dr. KORAY GÖK

Doç.Dr. ANIL ERTÜRK

Dr.Öğr.Üyesi KÜBRA HAMZAOĞLU CANBOLAT

Jinekoloji ve Obstetrik Bilim Dalı

Prof.Dr. ALİ BENİAN (Bilim Dalı Başkanı)

Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

Prof.Dr. TEVFİK TUGAN BEŞE (Bilim Dalı Başkanı)

Doç.Dr. ABDULLAH SERDAR AÇIKGÖZ

Doç.Dr. OĞUZHAN KURU

Perinatoloji Bilim Dalı

Prof.Dr. RIZA MADAZLI (Bilim Dalı Başkanı)

Prof.Dr. ABDULLAH TÜTEN

Doç.Dr. EBRU ALICI DAVUTOĞLU

Doç.Dr. AYŞEGÜL ÖZEL

Üreme Endokrinolojilisi ve İnfertilite Bilim Dalı

Prof.Dr. İSMAİL FAHRİ ÖÇER (Bilim Dalı Başkanı)

Prof.Dr. HASAN HAKAN SEYİSOĞLU

Prof.Dr. CEMAL TAMER EREL

Prof.Dr. SEMİH KALELİ

Prof.Dr. İSMAİL ÇEPNİ

Prof.Dr. MEHMET ERTAN KERVANCIOĞLU

Prof.Dr. KUTSİYE PELİN ÖÇAL

Prof.Dr. MAHMUT ÖNCÜL

Ürojinekoloji Bilim Dalı

Prof.Dr. ALTAY GEZER (Bilim Dalı Başkanı)

2.GÖREV VE SORUMLULUKLAR

2.1.Uzmanlık Öğrencisi Sorumlulukları

Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Hak, Görev ve Sorumlulukları

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

b. Birinci MADDE ye aykırı davrandığı tespit edilen uzmanlık öğrencileri önce yazılı olarak uyarılır ve aykırılığın devamı veya tekrarı halinde uzmanlık öğrenciliği ile ilişikleri kesilir. Bu konuda Disiplin Yönetmeliği kuralları uygulanır.

c. Bu MADDE uyarınca uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğin kesilmesine ilişkin karara karşı kararın tebliğinden itibaren yedi gün içerisinde Sağlık Bakanlığı Uzmanlık Kuruluna itiraz edilebilir. İtiraz kararın uygulanmasını durdurmaz.

d. Uzmanlık eğitiminin kesintisiz olması şarttır. Senelik izin ve bilimsel içerikli toplantılar için verilen izin süreleri hariç olmak üzere, uzmanlık eğitiminde fiilen geçmeyen süreler uzmanlık eğitimi ve rotasyon sürelerinden sayılmaz.

e. Askerlik hizmeti, doğum sonrası ücretsiz izin ve diğer kanuni veya mücbir sebepler haricinde herhangi bir sebeple eğitime ara verenler, kendi isteği veya fiiline bağlı olarak uzmanlık eğitimi sona erenler bu uzmanlık eğitimine tekrar başlayamaz.

f. Uzmanlık öğrencisinin, kurum ve birimlerde eğitimin çağdaş standartlarda verilmesinin sağlanmasını isteme hakkı vardır ve bunu sağlamak kurum amirlerinin görevidir. Nöbet, çalışma ve eğitim odaları gibi uzmanlık eğitimi alan kişinin eğitsel ve sosyal gereksinimlerini karşılayan alt yapı kurumca sağlanır.

g. "Uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitimi uygulamasından sayılmayan işlerde görevlendirilemez. Ancak deprem, sel baskını, salgın hastalık gibi olağandışı ve hizmetin normal olarak sürdürülemediği hallerde uzmanlık öğrencileri, hekimlik görevlerini yürütmek üzere eğitim gördüğü kurumda veya aynı il içerisindeki sağlık tesislerine 3 aylık süreler halinde bir yıl içinde en fazla iki defa görevlendirilebilir. Bu görevlerde geçen süreler eğitim süresinden sayılır. Ancak yukarıda sayılan haller nedeni ile tezini yetiştiremeyen ve çekirdek eğitim müfredatındaki yetkinliklerini kazanamayan uzmanlık öğrencilerine program yöneticisinin önerisi üzerine eğitim kurumunun akademik kurulu kararı ile 6 aya kadar süre uzatımı verilebilir"

h. UÖ, eğitim sorumlusunun gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alır, deontolojik ve etik kurallara uyar.

Eğitim ve Araştırma ile İlgili Görev, Yetki ve Sorumluluklar:

a) Çalıştığı Anabilim/Bilim Dalında uzman olarak tek başına bir kliniği ve/veya laboratuvarı sevk ve idare edebilecek yetkinliğe sahip olmak amacıyla sürdürdüğü uzmanlık eğitiminin bir

gereği olarak, her türlü tanı, tedavi, takip ve tıbbi bakım işlemini bizzat, fiilen yaparak uygulamalı eğitimlere katılmak.

b) Programlanan eğitim ve araştırma etkinliklerine aktif olarak katılmak. Anabilim dalları ve Dekanlıkça her öğretim yılı içinde düzenlenen ders, seminer, kurs, konferans, literatür çalışması, konsey, olgu sunumu ve kliniko-patolojik konferanslara katılma, bu toplantılarla ilgili belgeleri eğitim dosyasına konulmak üzere Ana Bilim Dalı Başkanlığına teslim etmek. Rotasyon eğitimleri sırasında gittikleri Ana Bilim Dalında süren eğitim – öğretim ve uygulamalara katılmak.

d) Tez çalışmasına başlanmasında ve yasal süresi içinde bitirilmesinde "Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ve Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Yönergesi uyarınca hareket etmek.

e) Eğitim için kliniklerde bulunan tıp veya tıp dışı öğrencilerin eğitimlerine katkıda bulunmak.

f) Öğrenci eğitiminde, rehberlik ve danışmanlığa katkı sağlamak. Öğrenci kurul staj-final-bütünleme sınavlarında gözetmen olarak görev yapmak.

g) Uzmanlık/ Yan dal uzmanlık öğrencilerinin bilimsel çalışma yapması ve kongrelere katılmaları sağlanmalı, bilimsel toplantılarda sunum yapmaları teşvik edilmelidir.

Hizmet ile İlgili Görev, Yetki ve Sorumluluklar:

a) Hastane yönetimi bakımından zorunlu olan ve idarece bildirilen mevzuatın gereğini yerine getirmek.

b) Anabilim / Bilim Dalı Başkanlığı'nca görevlendirildiği poliklinikte hastaları muayene etmek, saptadığı sorunları poliklinik sorumlu öğretim üyesine aktarmak, uygun görülen tedavileri düzenlemek ve tanı tedavi sürecini kayıt altına almak. Servise yatırılan hastaların anamnezlerini almak, gerekli muayeneleri ve tetkikleri yapıp elde edilen bulguları değerlendirerek ve hasta dosyasını hazırlayarak ilgili Öğretim Üyesine sunmak. Hasta dosyalarına düzenli izlem notu koymak, tanı ve tedavi ile ilgili tartışmaları ve kararları yazmak. Hastaların tedavi istemlerini zamanında ve usulüne uygun olarak vermek. Hastane laboratuvarlarına gönderilmesi gereken materyallerin zamanında ve usulüne uygun koşullarda gönderilmesini sağlamak, kaydetmek ve sonuçlarını izlemek. Hasta çıkış özetini, rapor ve eklerini ayrıntılı olarak zamanında ve usulüne uygun olarak düzenlemek ve ilgili kişilere, birimlere teslim etmek. Acil tedavi ve müdahaleyi gerektiren durumlarda acil müdahaleyi yaparak derhal ilgili öğretim üyesini bilgilendirmek. Hastanın sevk ve nakil işlemlerinde verilen görevleri yerine getirmek. Ana Bilim Dalı / Bilim Dalı Başkanlığı'nca belirlenen ve denetlenen çalışma yeri, saatleri ve nöbet çizelgesine uymak. Hasta ve hasta yakınlarına, hastalıkları ve gidişi konusunda hasta haklarını gözeterek anlaşılır bir şekilde bilgi vermek.

c) Hastanın tıbbi bakımıyla ilgili diğer sağlık çalışanlarıyla gereken işbirliğini yapmak ve ekip çalışmasını gerçekleştirmek d) Başhekimlik tarafından yürütülen hastane kalite standartlarına

uyum çerçevesinde üzerine düşen görevleri yerine getirmek.

d) Hekimlik hizmetlerini hasta haklarına uyarak yürütmek ve hizmet kalitesinin arttırılması yönünde çaba göstermek.

e) Kurumla ilgili hizmet içi eğitimlere katılmak.

f) Klinikte kullanılan araç, gereç ve malzemeleri; hasta dosyaları ve hastaneye ait olan evrakı korumak.

g) Kurumun belirlediği kılık kıyafet ve işe devam konusunda titiz davranmak.

h) Bildirimde bulunulması gereken hastalıkları zamanında bildirmek.

i) Uzman Eğitiminde Devamlılık, İzin ve Rapor Kullanma ile İlgili Kurallar

j) Hekimlik hizmetleri genel ahlak tıbbi etik ve hukuki mevzuata uygun olarak yürütmek.

İzin ve Hastalık Raporları Hakkında Bilgilendirme Notları

Yıllık İzinler

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 102.maddesi gereği, hizmeti 1 (bir) yıldan 10 (on) yıla kadar (on yıl dâhil) olanlar için yirmi gün, hizmeti 10 (on) yıldan fazla olanlar için otuz gün yıllık izin verilir.

Memura verilecek yıllık izin süresinin hesabında, hangi statüde olursa olsun kamu kurumlarında geçen hizmet süreleri, kamu kurum ve kuruluşlarında geçmese dahi Devlet memurlarının kazanılmış hak aylıklarında değerlendirilen hizmet süreleri dikkate alınır. Aylıksız izinli geçirilen süreler yıllık izin süresinin hesabında dikkate alınmaz.

2.maddede belirtilen hizmetlerin yıllık izin hesabında değerlendirilebilmesi için hizmet birleştirme işleminin gerçekleştirilmiş olması gerekir.

Yıllık izin, amirin uygun bulacağı zamanlarda toptan veya ihtiyaca göre kısım kısım kullanılabilir.

Birbirini izleyen iki yılın izni amirin uygun görmesi halinde bir arada verilebilir.

Cari yıl ile bir önceki yıl izni hariç önceki yıllara ait kullanılmayan izin hakları düşer.

Tüm yılı aylıksız izinli olarak geçirenlerin ilgili yıla ait yıllık izin hakkı bulunmaz.

Yıllık izin sırasında hastalanan personelin, sağlık kurumları tarafından verilmiş raporun izne çevrilmesi durumunda raporlu olduğu günler yıllık izinden sayılmaz.

Memurluğa atanmadan önce hangi statüde olursa olsun kamuda çalışanların bu kurumlarda kullanmadıkları önceki yıla ait yıllık izinler, memurluğa atandıktan sonra kullandırılmaz.

Memurlara gelecek yılın izninden düşülmek üzere yıllık izin verilemez.

İstifa suretiyle veya başka bir nedenle memuriyetten ayrılıp bilahare yeniden memuriyete dönenler, yıl içinde ne zaman göreve başladıklarına bakılmaksızın ve herhangi bir kısıtlama söz

konusu olmadan o yıla ait yıllık izinlerini kullanabilirler.

Askerlik görevini ifa edenlerin borçlanma durumlarına bakılmaksızın askerlikte geçen hizmet süreleri yıllık izin sürelerinin hesabında dikkate alınır.

İzne ayrılacak personel EBYS üzerinden izin talep formu oluşturmak suretiyle izin talep eder ve izin vermeye yetkili amirin onayından sonra yürürlüğe girer.

Yıllık izin talep eden personel, izin forumunu izin kullanmayı planladığı tarihten (acil veya ani gelişen durumlar hariç) en az 3 (üç) iş günü öncesinde yetkili birim amirine sunmak zorundadır.

Yıllık iznini yurtdışında kullanmak isteyen personelin öncelikle birim amirince yıllık izin formunun onaylanması gerekir. Daha sonra görevli olduğu birimlere Yurtdışına Çıkış İzin dilekçesini teslim eder ve birim amirinin onayından sonra izin formuyla birlikte Rektörlük Makamına sunulmak üzere Personel Daire Başkanlığına gönderilir.

Yıllık izinlere hafta sonu tatilleri dâhildir.

Hafta sonu tatilleri izin süresine dâhil edilmeden ardı sıra alınacak şekilde kısım kısım yıllık izin verilemez. Bu konudaki sorumluluk ve kontrol, izni vermeye yetkili amire aittir.

Yıllık izin verilirken yıllık izin süreleri içinde kalan ve mesai günlerine denk gelen resmi tatil günleri yıllık izne dâhil değildir.

2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu'nun 13/b-4 maddesine göre farklı birimlerde görev yapanların, hastalık raporları ve ücretsiz izin onayları görev yaptığı birimce kadrosunun bulunduğu birime de gönderilir.

2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 64 üncü maddesi uyarınca akademik personel yıllık izinlerini, öğrenime ara verilen zamanlarda kullanır. Bunların diğer izin işlemleri 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ve diğer ilgili mevzuat hükümlerine göre yürütülür.

Yıllık iznini kullanmakta olan personel, hizmetine gereksinim duyulması halinde izin vermeye yetkili amirler veya üst amirlerce yazılı veya sözlü olarak göreve çağrılabilir.

Mazeret İzinleri

Kadın memura doğumdan önce sekiz, doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam 16 (on altı) hafta süreyle analık izni verilir. Çoğul gebelik durumunda, doğum öncesi sekiz haftalık analık izni süresine iki hafta eklenir. Sağlık durumunun çalışmaya uygun olduğunu tabip raporuyla belgeleyen kadın memur, isteği halinde doğumdan önceki üç haftaya kadar kurumunda çalışabilir. Bu durumda, doğum öncesinde bu rapora dayanarak fiilen çalıştığı süreler doğum sonrası analık izni süresine eklenir. Doğumun erken gerçekleşmesi sebebiyle, doğum öncesi analık izninin kullanılmayan bölümü de doğum sonrası analık izni süresine ilave edilir.

Kadın memurlardan hamile olup aylıksız izin kullananlardan isteği halinde, aylıksız iznini keserek göreve başlaması kaydıyla analık izni verilebilir.

Memura, eşinin doğum yapması halinde, isteği üzerine on gün babalık izni verilir.

Memura, kendisinin veya çocuğunun evlenmesi ya da eşinin, çocuğunun, kendisinin veya eşinin ana, baba ve kardeşinin ölümü hallerinde isteği üzerine yedi gün izin verilir.

Kadın memura, çocuğunu emzirmesi için doğum sonrası analık izni süresinin bitim tarihinden itibaren ilk altı ayda günde üç saat, ikinci altı ayda günde bir buçuk saat süt izni verilir. Süt izninin hangi saatler arasında ve günde kaç kez kullanılacağı hususunda kadın memurun tercihi esastır.

Doğum sonrası analık izni süresi sonunda kadın memur, dilekçe ile başvurması hâlinde çocuğun hayatta olması kaydıyla analık izni bitiminde başlamak üzere ayrıca süt izni verilmeksizin birinci doğumda iki ay, ikinci doğumda dört ay, sonraki doğumlarda ise altı ay süreyle günlük çalışma süresinin yarısı kadar çalışabilir. Çoğul doğumlarda bu sürelere birer ay ilave edilir. Çocuğun engelli doğması veya doğumdan sonraki on iki ay içinde çocuğun engellilik durumunun tespiti hâllerinde bu süreler on iki ay olarak uygulanır. Memurun çalışacağı süreler ilgili birim tarafından belirlenir.

Memura verilmesi zorunlu olan mazeret izinlerinde belirtilen haller dışında, birim amirinin onayı ile bir yıl içinde toptan veya bölümler hâlinde, mazeretleri sebebiyle memurlara on gün izin verilebilir. Zaruret hâlinde aynı usulle on gün daha mazeret izni verilebilir. İkinci kez verilen bu izin gelecek yılın yıllık izninden düşülür.

Yıllık izin hakkı bulunmayan sözleşmeli personele mazeretleri nedeniyle bir sözleşme dönemi içinde toplamda on günü geçmemek üzere yıllık izin vermeye yetkili amirlerince ücretli mazeret izni verilebilir.

Hizmetleri sırasında radyoaktif ışınlarla çalışan personele, her yıl yıllık izinlerine ilaveten bir aylık sağlık izni (şua) verilir.

Hastalık Raporları

Memura, verilecek raporda gösterilecek lüzum üzerine kanser, verem ve akıl hastalığı gibi uzun süreli bir tedaviye ihtiyaç gösteren hastalığı hâlinde on sekiz aya kadar, diğer hastalık hâllerinde ise on iki aya kadar hastalık izni verilir.

İzin süresinin sonunda, hastalığının devam ettiği resmî sağlık kurulu raporu ile tespit edilen memurun izni, birinci fıkrada belirtilen süreler kadar uzatılır. Bu sürenin sonunda da iyileşemeyen memur hakkında emeklilik hükümleri uygulanır. Memurun, hastalığı sebebiyle yataklı tedavi kurumunda yatarak gördüğü tedavi süreleri, birinci fıkrada belirtilen hastalık iznine ait sürenin hesabında dikkate alınır.

Görevi sırasında veya görevinden dolayı bir kazaya veya saldırıya uğrayan veya bir meslek hastalığına tutulan memur, iyileşinceye kadar izinli sayılır.

Memurlara tek hekim raporu ile bir defada en çok on gün rapor verilebilir. Raporda kontrol muayenesi öngörülmüş ise kontrol muayenesi sonrasında tek hekim tarafından en çok on gün

daha rapor verilebilir.

Kontrol muayenesi sonrası hastalığın devam etmesi sebebiyle verilecek hastalık raporlarının on günü aşması durumunda, bu raporun sağlık kurulunca verilmesi zorunludur.

Memurlara bir takvim yılı içinde tek hekim tarafından verilecek raporların toplamı kırk günü geçemez. Bu süreyi geçen hastalık raporları sağlık kurulunca verilir. Tek hekimlerin değişik tarihlerde düzenledikleri hastalık raporlarında gösterdikleri zorunluluk üzerine yıl içinde toplam kırk gün hastalık izni kullanan memurların, o yıl içinde bu süreyi aşacak şekilde tek hekimlerden aldıkları ilk ve müteakip raporların geçerli sayılabilmesi için bunların resmî sağlık kurullarınca onaylanması gereklidir.

Aile hekimi ve kurum tabiplerinin vereceği raporlar da tek hekim raporu kapsamında değerlendirilir.

Memurlara Hastalık izni, memurun görev yaptığı kurumdaki üst yöneticinin yetkili kıldığı birim amirlerince verilir.

Personele ait hastalık raporlarında fenne aykırı olduğu konusunda tereddüt bulunması ve raporun Devlet Memurlarına Verilecek Hastalık Raporları İle Hastalık Ve Refakat İznine İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmeliğe uygun olmaması hâlinde memur hastalık izni kullanıyor sayılmakla birlikte Sağlık Bakanlığınca belirlenen ve memurun bulunduğu yere yakın bir hakem hastaneye sevk edilir ve sonucuna göre işlem yapılır.

Hastalık izni verilebilmesi için hastalık raporlarının, geçici görev ve kanunî izinlerin kullanılması durumu ile acil vakalar hariç, memuriyet mahallindeki veya hastanın sevkinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucularından alınması zorunludur.

Mesai saatleri içinde memuriyet mahalli dışındaki sağlık hizmeti sunucularından alınan hastalık raporları hastalık iznine dönüştürülmez.

Memurun tek hekim veya sağlık kurulu raporunda belirtilen istirahat süresi bitmeden göreve başlamak istemesi halinde, iyileştiğine dair tek hekim veya sağlık kurulu raporunu ibraz ederek dilekçe ile birimine başvurması gerekmektedir.

Devlet memurunun hastalanması sebebiyle sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat ederek muayene edilmesi sırasında ya da muayene sonrası tetkik ve tahlillerde geçirdiği sürelerde memurun izinli sayılması, ancak bu izin muayene süresi, tetkik ve tahlil süresi ile sınırlıdır. Muayene sonrasında tabip tarafından hastalık raporu verilmediği takdirde, memurunun söz konusu sürelerin bitiminde görevine başlaması gerekmektedir.

Yıllık iznini kullanmakta iken hastalık raporu verilen memurun hastalık izin süresinin, yıllık izninin bittiği tarihten önce sona ermesi hâlinde, memur kalan yıllık iznini kullanmaya devam eder.

Yıllık iznini kullanmakta iken hastalık raporu verilen memurun hastalık izin süresinin yıllık

izninin kalan kısmından daha fazla olması hâlinde, hastalık izninin bitimini müteakiben memurun göreve başlaması zorunludur.

Yıllık iznini kullanmakta iken hastalık raporu verilen memurun hastalık izni ile yıllık izninin aynı tarihte bitmesi hâlinde, memur izinlerin bittiği tarihte görevine başlar.

Hastalık izinleri sebebiyle kullanılamayan yıllık izinler 657 sayılı Kanunun 103 üncü maddesine göre kullandırılır.

Refakat İzni

Memurun bakmakla yükümlü olduğu ana, baba, eş ve çocuklarından birinin, bakmakla yükümlü olmamakla birlikte refakat edilmediği takdirde hayatı tehlikeye girecek ana, baba, eş ve çocuklarıyla kardeşlerinden birinin, ağır bir kaza geçirdiğinin veya tedavisi uzun süren bir hastalığı bulunduğunun sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi zorunludur.

Refakat sebebiyle izin verilmesine esas teşkil edecek sağlık kurulu raporunda; refakati gerektiren tıbbî sebepler, refakat edilmediği takdirde hayatî tehlike bulunup bulunmadığı, sürekli ve yakın bakım gerekip gerekmediği, üç ayı geçmeyecek şekilde refakat süresi ve varsa refakatçinin sahip olması gereken özel nitelikler yer alır. Gerekli görülmesi hâlinde üç aylık süre aynı koşullarda bir katına kadar uzatılır.

Aynı kişiyle ilgili olarak aynı dönemde birden fazla memur refakat izni kullanamaz.

Aynı kişi ve aynı vakaya dayalı olarak verilecek refakat izninin toplam süresi altı ayı geçemez.

İzin süresi içinde refakati gerektiren durumun ortadan kalkması hâlinde memur iznin bitmesini beklemeksizin göreve başlar. Bu durumda veya izin süresinin bitiminde, göreve başlamayan memurlar izinsiz ve özürsüz olarak görevlerini terk etmiş sayılarak haklarında 657 sayılı Kanun ve özel kanunların ilgili hükümlerine göre işlem yapılır.

Refakat izni verilmesine esas teşkil eden sağlık kurulu raporunun veya bir örneğinin en geç raporun düzenlendiği günü takip eden günün mesai saati bitimine kadar elektronik ortamda veya uygun yollarla bağlı olunan disiplin amirine intikal ettirilmesi; örneği gönderilmiş ise refakat izin süresi sonunda raporun aslının teslim edilmesi zorunludur.

Memur görev mahallindeki hastaneden il dışına sevk edildiği takdirde hastaneden verilen sevk belgesinin bir örneğini sevk edildiği veya takip eden ilk üç iş günü içerisinde birimine ulaştırır. İl dışına sevk edilen memur, tedavi gördüğü hastaneden çıkış işlemlerinde onaylattığı sevk belgesinin örneğini göreve döndüğünde birimine teslim eder.

Aylıksız İzinler

Memura, 657 sayılı Kanunun 105 inci maddenin son fıkrası uyarınca verilen iznin bitiminden itibaren, sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi şartıyla, istekleri üzerine on sekiz aya kadar aylıksız izin verilebilir.

Doğum yapan memura doğum sonrası analık izni süresinin bitiminden, eşi doğum yapan

memura ise doğum tarihinden itibaren olmak üzere, istekleri üzerine yirmi dört aya kadar toptan veya kısım kısım aylıksız izin verilir.

Üç yaşını doldurmamış bir çocuğu eşiyle birlikte veya münferit olarak evlat edinen memurlar ile memur olmayan eşin münferit olarak evlat edinmesi hâlinde memur olan eşlerine, 657 sayılı Kanunun 104 üncü maddenin (A) fıkrası uyarınca verilen sekiz haftalık iznin veya aynı maddenin (F) fıkrası uyarınca izin kullanılması hâlinde bu iznin bitiminden itibaren, istekleri üzerine yirmi dört aya kadar aylıksız izin verilir. Evlat edinen her iki eşin memur olması durumunda bu süre, eşlerin talebi üzerine yirmi dört aylık süreyi geçmeyecek şekilde, birbirini izleyen iki bölüm hâlinde eşlere kullandırılabilir.

Memura, yıllık izinde esas alınan süreler itibarıyla beş hizmet yılını tamamlamış olması ve isteği hâlinde memuriyeti boyunca ve en fazla iki defada kullanılmak üzere, toplam bir yıla kadar aylıksız izin verilebilir.

Muvazzaf askerliğe ayrılan personel askerlik süresince görev yeri saklı kalarak aylıksız izinli sayılır. Askere gidecek personel askerlik şubesinden aldıkları celp pusulasını dilekçe ekinde birimlerine bildirir. İlgili birimce personelin dilekçesi ve celp pusulası ücretsiz iznin başlama tarihinden en az bir hafta önce Rektörlük Onayı alınmak üzere Personel Daire Başkanlığına gönderilir.

Göreve başlayacak personel aylıksız izin sonunda terhis tarihinden itibaren otuz gün içerisinde dilekçe ve ekindeki terhis belgesi ile birimine başvurmak zorundadır.

Yıllık izinler, mazeret izinleri, hastalık ve refakat izinlerini vermeye birim amirleri yetkilidir.

Aylıksız izinler, birim amirinin teklifi ile atamaya yetkili amir tarafından verilir.

İzin belgelerinde iznin kullanılacağı açık adres ile iletişim bilgilerinin bulunması gerekir.

Kıdem Değişim Süreç ve Kuralları

1) Asistanlar, asistanlık süresi ve yetkinliklerine göre 3 kıdeme ayrılır: Alt kıdem, orta kıdem ve üst kıdem(şef altı). Her cerrahi klinikte olduğu gibi kliniğimizin her alanında kıdem esastır. 1 dakika bile olsa önce başlayan, sonra başlayandan daha kıdemlidir. Tartışmalı her durumda kıdemlinin kararı uygulanır ve sorumluluğu alır. Bazıları hayati sonuçlar da doğurabileceğinden cerrahi klinik gereği olarak hiçbir konuda kıdemliyle tartışılmaz. Hiçbir şartta kıdem atlanamaz, yok sayılarak üst kıdeme çıkılamaz.

2) İç rotasyonlar her biri şartlara göre değişen sürelerde olmak üzere alt kıdem, orta kıdem ve şef altı olarak 3 tur halinde yapılır.

3) Yeni başlayan asistanların ilk rotasyonu doğumhaneden başlar. Alt kıdem serviste yatan lohusa hastaların vizitinden sorumlu olur. Bunun dışında dosya işleri, hasta yatış çıkışları ve tüm servis işleri alt kıdemin görevidir. Vajinal doğumlar doğumhanede görevli alt kıdemler tarafından kıdemlisi eşliğinde sırayla yaptırılır. Alt kıdemlere doğumhanenin 2. ayında hoca tarafından ilk

sezaryen operasyonu yaptırılır. Doğumhanede görevli orta kıdemler sırayla sezaryen doğumları kıdemlisi/uzmanı veya hocası eşliğinde yaparlar. Orta kıdem isterse, uygun vaka ve zaman olursa sezaryen hakkını alt kıdemine bırakabilir. Doğumhane kıdemlisi(şef altı) ise servisteki her şeyden sorumludur, vajinal doğumları ve sezaryenleri alt kıdemlerine yaptırır. Uzmanlarla ve hocalarla birlikte servisi yönetir.

4)Yeni başlayan 2. kişi jinekolojik onkoloji servisinden başlar, 3. ve sonraki kişiler poliklinikten. Sırayla aralarında yer değişirler.

5)Jinekolojik vakalar Aseptik(jinekoloji) servisi rotasyonunda yapılır. 3 tur yapılır. İlk turda sadece açık vakalar sırayla yapılır ve ilk tur bittiğinde orta kıdem olunur. 2. tur(orta kıdem) ve 3. Turda (şef altı) açık/kapalı/vajinal tüm vakalar sırayla yapılabilir. İşleyiş ve görev dağılımı doğum servisindeki gibidir.

6)Jinekolojik Onkoloji servisi de aynı şekilde 3 tur yapılır. 1. turda servis çömezi olarak servis işleriyle ilgilenilir. 2. turda onkoloji polikliniğinde çalışılır. 3. turda onkoloji vakalarına eşlik edilir, servis işleyişinden uzmanlarla birlikte sorumludur.

7)Servis rotasyonunda olmayan tüm asistanlar polikliniklerde çalışır.

8)İlk yıl ayda 8 nöbet, ikinci yıl 7 nöbet tutulur. Sonrasında ihtiyaca ve kıdeme göre azalır.

9)Nöbet listesi ve rotasyon listesi aylık yayınlanır. Nöbetler mevcut asistan sayısına göre 5-6-7 kişilik ekiplerle tutulabilir. Bir uzman, şef olarak nöbetin sorumlusudur. Nöbetin en kıdemli asistanı şefaltıdır, nöbet ekibinin kıdemlerine ve yeterliklerine göre görev paylaşımını şef altı yapar.

3. UZMANLIK EĞİTİMİ YÖNETİM SİSTEMİ (UEYS) TANITIMI

3.1.Tanıtım

Uzmanlık eğitimi veren tüm kurumlar Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğine tabidir. Bu yönetmelik 3 Eylül 2022 tarih ve 31942 sayılı Resmi Gazete' de yayınlanarak güncellenmiştir. Yönetmelik ile Tıpta Uzmanlık Kurulunun oluşumu, çalışma esasları ve görevleri, uzmanlık eğitimi kurulları, eğitim kurumu ve eğitim programı, uzmanlık öğrencisi detaylı bir şekilde tanımlanmıştır.

Yönetmeliğin 17. Maddesinde, uzmanlık eğitiminin takibi ve değerlendirilmesi esasları tanımlanmıştır. Bu takip ve değerlendirmenin Bakanlık tarafından elektronik ağ ortamı kullanılarak yapılacağı ifade edilmektedir. Yine aynı maddenin 2. bendinde uzmanlık eğitimi karnesi tanımlanmış ve birim eğitim sorumlusu (Ana Bilim Dalı Başkanı) tarafınca, eğitime başlayan her uzmanlık öğrencisi için eğitim müfredatına uygun bir karne oluşturacağı; karne içeriğindeki eğitim ve uygulamaların çekirdek müfredata ait olan kısmının uzmanlık eğitimi süresi içerisinde

tamamlanmasının zorunlu olduğu ifade edilmektedir. Bu karneye uzmanlık öğrencisinin eğitim sürecinde ulaştığı yetkinlik düzeyleri eğiticiler tarafından işleneceği ve birim eğitim sorumlusu (Ana Bilim Dalı Başkanı) tarafından altı ayda bir kontrol edileceği, uzmanlık eğitimini tamamlayanlara kurum tarafından eğitim karnesinin onaylı bir örneği verileceği belirtilmektedir.

3.2. Kullanım

Mevcutta sistemin kullanımı bakanlık tarafınca durdurulmuştur. Kullanımı aktif hale getirildiğinde Fakültemiz tarafınca bilgilendirme yapılacaktır.

4.ASİSTAN TAKİP SİSTEMİ (ATS) TANITIMI

4.1.Tanıtım

Mezuniyet sonrası tıp eğitiminde standart ve eşitliği sağlayabilmek için eğitim karnelerinin uygun şekilde doldurulması ve takip edilmesi akreditasyonun temel koşullarından biridir. Bu nedenle İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa yönetim kurulu kararı ve Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığınca yazılımı gerçekleştirilen çevrimiçi e-karne (ATS) geliştirilmiştir. Fakülte yönetim kurulunun 2021 yılında aldığı karar ile uzmanlık eğitiminin sonunda, bitirme sınavına girecek tüm uzmanlık öğrencilerinin e-karneyi doğru şekilde doldurarak ve ana bilim dalı onaylı bir örneğini dekanlığa sunma koşulu getirilmiştir.

4.2.Kullanım

Sisteme giriş için ats.iuc.edu.tr adresi kullanılır. Açılan ekrana kullanıcı adı ve parola yazılarak sisteme girilir. Göreve yeni başlayan uzmanlık öğrencisinin sisteme tanıtımı ana bilim dalı sekreteri tarafınca yapılır. ATS çeşitli alt başlıkları içerir.

Ana Sayfa: İlk açılış sayfasıdır. Karnenin işleyişi ile ilgili genel durum bilgilerini içerir.

Özlük: Hizmet bilgileri, izin, iletişim, öğrenim, özlük, yabancı dil alt başlıklarını içerir. Bu kısımlardaki bilgiler personel bilgi yönetim sisteminden sağlanmaktadır. Uzmanlık öğrencisi bu bilgileri görüntülenebilir ancak değişiklik yapamaz. Güncellenmesi gereken bilgi vardığında Dekanlık-Özlük Bürosu ile iletişime geçilmelidir.

Eğitim Etkinlikleri: İSHOP sistemi ile entegre olarak çalışan ameliyat bilgileri, anestezi bilgileri, girişim bilgileri, lokal uygulamalar, laboratuvar uygulamaları, eğitim toplantıları, teorik ders, seminer, kongre-sempozyum, kurs, makale tartışması, seminer bilgileri, yayın, bildiri, yeterlilik sınavı, tüm etkinlikler ekranları yer alır. Her ana bilim dalı için eğitim etkinliklerindeki alt başlıklar farklı olabilir. Dolayısıyla her uzmanlık öğrencisinin, kendi ana bilim dalı ile ilgili etkinlikleri doldurması gerekmektedir. Tüm eğitim etkinlikleri için bilgi girişi için aynı işlemler yapılır; önce bilgi girişi yapılır sonra kaydedilir ve en son ilgili öğretim üyesinin onayına gönderilir. Onay alınmamış bilgiler e-karne raporunda görünmeyecektir.

E-Karne Tez: Tez bilgilerinin görüntülendiği ekrandır. Bilgi girişi ana bilim dalı sekreteri

tarafından yapılır. Uzmanlık öğrencisi bilgileri sadece görüntüleyebilir.

E-Karne Rotasyon: Dış ve iç rotasyonlarının görüntülendiği ekranları içerir. Bilgi girişi ana bilim dalı sekreteri tarafından yapılır. Uzmanlık öğrencisi bilgileri sadece görüntüleyebilir.

E-Karne Müfredat: Müfredat veri girişinin yapıldığı ekranlardır. Uzmanlık eğitimi süresince tüm çekirdek/genişletilmiş çekirdek eğitim müfredatı basamakları doldurulmalıdır. Bilgi girişi yapıldığında kayıt otomatik olmaktadır. Sonrasında mutlaka ilgili öğretim üyesi onayına gönderilmelidir.

E-Karne Değerlendirme: Bu ekran altında uzmanlık bitirme sınavı bilgileri görüntülenir. Bilgi girişi ana bilim dalı sekreteri tarafından yapılmaktadır.

Raporlar: Bu kısımda Karne Rapor ve Rapor ekranları görüntülenir. ATS'ye yapılan tüm onaylı bilgi girişlerinin dökümünün PDF formatında örneğinin alınabileceği kısımdır.

Kılavuz: ATS kullanım kılavuzunu içerir.

5.EĞİTİM

5.1.Uzmanlık Eğitim Programının Amacı

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık eğitim müfredatı, uzmanlık öğrencisinin kadın hastalıkları, üreme sağlığı ve doğum alanında koruyucu hizmetler ve hastalıkların etiyoloji, tanı ve tedavisi ile ilgili bilgi, beceri ve bunu tamamlayan tutumları edinerek yetkinliğinin geliştirilmesini hedeflemektedir. Uzmanlık eğitimini tamamlayanların, sağlık hizmeti sunucusu, eğitici, yönetici, danışman, sağlık koruyucusu olarak yetkin birer uzman hekim olmaları beklenir.

5.2.Temel Yetkinlikler

5.2.1.Klinik yetkinlikler listesi

Klinik yetkinlikler için; dört ana düzey ve iki adet ek düzey tanımlanmıştır. Öğrencinin ulaşması gereken düzeyler bu dört ana düzeyden birini mutlaka içermelidir. T, ETT ve TT düzeyleri A ve K ile birlikte kodlanabilirken B düzeyi sadece K düzeyi ile birlikte kodlanabilir. B, T, ETT ve TT düzeyleri birbirlerini kapsadıkları için birlikte kodlanamazlar.

B:Hastalığa ön tanı koyma ve gerekli durumda hastaya zarar vermeyecek şekilde ve doğru zamanda, doğru yere sevk edebilecek bilgiye sahip olma düzeyini ifade eder.

T:Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme düzeyini ifade eder.

TT: Ekip çalışmasının gerektirdiği durumlar dışında herhangi bir desteğe gereksinim duymadan hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme düzeyini ifade eder.

ETT: Ekip çalışması yaparak hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilme düzeyini ifade eder.

Klinik yetkinliklerde bu düzeylere ek olarak gerekli durumlar için A ve K yetkinlik düzeyleri eklenmektedir:

A:Hastanın acil durum tanısını koymak ve hastalığa özel acil tedavi girişimini uygulayabilme düzeyini ifade eder.

K:Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gereksinimlerini tanımlamayı ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme düzeyini ifade eder.

	KLİNİK YETKİNLİK	Düzey	Kıdem	Yöntem
İNTRAPARTUM TAKİP	OPERATİF DOĞUM ENDİKASYONLARI	B	2	YE, UE, BE
	İNTRAPARTUM KANAMA	TT,A,K	2	YE, UE, BE
	BAŞ PELVİS UYUŞMAZLIĞI	TT, A	2	YE, UE, BE
TERATOLOJİ	GEBELİKTE İLAÇLAR VE TERATOLOJİ	T, K	2	YE, UE, BE
	İYONİZE RADYASYON-RADYOTERAPİ ETKİSİ	T, K	2	YE, UE, BE
	RADYOLOJİK İNCELEME VE ETKİLERİ	B, K	2	YE, UE, BE
	ÇEVRESEL TOKSİK ETKİ	T, K	2	YE, UE, BE
	ALKOL, TÜTÜN VE UYUŞTURUCU ETKİLERİ	T, K	2	YE, UE, BE
	ENFEKSİYONLARIN TERATOLOJİK ETKİSİ	B, K	2	YE, UE, BE
	GEBELİKTE AŞILAMA VE İMMÜNGLOBÜLİNLERİN ETKİSİ	B, K	2	YE, UE, BE
POSTPARTUM BAKIM	PUERPERAL ENFEKSİYONLAR	TT, A, K	1	YE, UE, BE
	TROMBOEMBOLİLER (MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM)	TT, A, K	1	YE, UE, BE
	POSTPARTUM DEPRESYON, PSİKOZ (MULTİDİSİPLİNER YAKLASIM)	B	1	YE, UE, BE
	POSTPARTUM LAKTASYON DESTEĞİ	TT	1	YE, UE, BE
	POSTPARTUM BESLENME, SPOR, AKTİVİTE, HİJYEN VE GİYİM	TT, K	1	YE, UE, BE

	KLİNİK YETKİNLİK	Düzey	Kıdem	Yöntem
SERVİKS	ENFLAMATUVAR HASTALIKLARI	TT, A, K	1	YE, UE, BE
	BENİGN NEOPLASTİK LEZYONLARI	TT, A, K	1	YE, UE, BE
	PREİNVAZİV LEZYONLAR	T, A	2	YE, UE, BE
	MALİGN LEZYONLAR	T, A	2	YE, UE, BE
UTERUS	ENFLAMATUVAR HASTALIKLARI	TT, A, K	1	YE, UE, BE
	BENİGN NEOPLASTİK LEZYONLARI	TT, A, K	1	YE, UE, BE
	PREİNVAZİV LEZYONLAR	T, A	2	YE, UE, BE
	MALİGN LEZYONLAR	T, A	2	YE, UE, BE
OVER	ENFLAMATUVAR HASTALIKLARI	TT, A, K	1	YE, UE, BE
	BENİGN NEOPLASTİK LEZYONLARI	TT, A, K	1	YE, UE, BE
	PREİNVAZİV LEZYONLAR	T, A	2	YE, UE, BE
	MALİGN LEZYONLAR	T, A	2	YE, UE, BE
TUBA UTERİNA	ENFLAMATUVAR HASTALIKLARI	TT, A, K	1	YE, UE, BE
	BENİGN NEOPLASTİK LEZYONLARI	TT, A, K	1	YE, UE, BE
	MALİGN LEZYONLAR	T, A	2	YE, UE, BE
CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR VE PELVİK ENFEKSİYONLAR	CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR VE PELVİK ENFEKSİYONLAR	TT, A, K	2	YE, UE, BE
REPRODÜKTİF ENDOKRİNOLOJİ	HASTALIKLARIN TEMEL BİLİMİ/MEKANİZMASI	B	2	YE, UE, BE
	ERKEN PUBERTE	T,A,K	2	YE, UE, BE
	ÜROGENİTAL SİSTEMİN GELİŞİMSEL ANOMALİLERİ	T,A,K	2	YE, UE, BE
PEDİATRİK VE ADÖLESAN JİNEKOLOJİSİ	PEDİATRİK JİNEKOLOJİ (DOĞUMDAN MENARŞA) (MULTİDİSİPLİNER)	T,A,K	2	YE, UE, BE
	ADÖLESAN GEBELİKLER	TT, A, K	2	YE, UE, BE
	JİNEKOLOJİK-PEDİATRİK AKUT BATIN	T, A	2	YE, UE, BE
	GENİTAL TRAVMALAR	TT, A, K	2	YE, UE, BE
	VULVO VAJİNİTLER	TT, A, K	2	YE, UE, BE
	PEDİATRİK JİNEKOLOJİK TÜMÖRLER	T, A, K	2	YE, UE, BE
	ADÖLESANDA KANAMA BOZUKLUKLARI (MULTİDİSİPLİNER)	TT, A, K	2	YE, UE, BE
	PUBERTAL SAPMALAR(ERKEN VE GEÇ)	TT, A, K	2	YE, UE, BE
	HİPERANDROJENİZM	TT, A, K	2	YE, UE, BE
	PEDİATRİK-ADÖLESAN CİNSEL İSTİSMAR (MULTİDİSİPLİNER)	TT, A, K	2	YE, UE, BE

	KLİNİK YETKİNLİK	Düzey	Kıdem	Yöntem
REPRODÜKTİF ENDOKRİNOLOJİ (MENSTRÜEL SİKLUS VE BOZUKLUKLARI)	DİSMENORE	TT, A, K	2	YE, UE, BE
	DİSFONKSİYONEL UTERİN KANAMA	TT, A, K	2	YE, UE, BE
	AMENORE	TT, A, K	2	YE, UE, BE
	GALAKTORE/HİPERPROLAKTİNEMİ	TT, A, K	2	YE, UE, BE
	PREMENSTRÜEL SENDROM	TT, A, K	2	YE, UE, BE
REPRODÜKTİF ENDOKRİNOLOJİ	HİPERANDROJENİZM	TT, A, K	2	YE, UE, BE
	TEKRARLAYAN GEBELİK KAYIPLARI	TT, A, K	2	YE, UE, BE
	İNFERTİLİTE (ERKEK)	B	1	YE, UE, BE
	İNFERTİLİTE (KADIN)	TT, K	2	YE, UE, BE
PSİKOSOMATİK VE PSİKOSEKSUEL HASTALIKLAR (MULTİDİSİPLİNER)	PSİKOSOMATİK VE PSİKOSEKSUEL HASTALIKLAR (MULTİDİSİPLİNER)	T, A, K	2	YE, UE, BE

5.2.2. Girişimsel yetkinlikler listesi

Girişimsel Yetkinlikler için dört düzey tanımlanmıştır.

1: Girişimin nasıl yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma ve bu konuda gerektiğinde açıklama yapabilme düzeyini ifade eder.

2: Acil bir durumda, kılavuz veya yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında bu girişimi yapabilme düzeyini ifade eder.

3: Karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişimi uygulayabilme düzeyini ifade eder.

4: Karmaşık olsun veya olmasın her tür olguda girişimi uygulayabilme düzeyini ifade eder.

	GİRİŞİMSEL YETKİNLİK	Düzey	Kıdem	Yöntem
ANTENATAL BAKIM VE PRENATAL TARAMA	GEBE TAKİBİ	3	1	YE, UE, BE
	PRENATAL TARAMA YÖNETİMİ	1	2	YE, UE, BE
AMNİYOSENTEZ, CVS VE FETAL KAN ÖRNEKLEMESİ	FETAL ULTRASONOGRAFİ	3	2	YE, UE, BE
	AMNİYOSENTEZ	3	2	YE, UE, BE
	KORYON VİLLÜS ÖRNEKLEMESİ	1	2	YE, UE, BE
	FETAL KAN ÖRNEKLEMESİ	1	2	YE, UE, BE
	FETAL DOKU ÖRNEKLEMESİ (DERİ, AKCİĞER, İDRAR VB)	1	2	YE, UE, BE
	SİTOGENETİK TARAMA	1	2	YE, UE, BE
	MOLEKÜLER BİYOLOJİ/GENETİK TETKİKLER	1	2	YE, UE, BE
	HÜCRE VE DOKU KÜLTÜRÜ	1	2	YE, UE, BE
TANISAL JİNEKOLOJİK GİRİŞİMLER	LAPAROSKOPİ	3	2	YE, UE, BE
	HİSTEROSKOPİ	4	2	YE, UE, BE
	KULDOSENTEZ	4	2	YE, UE, BE
	MANUEL VAKUM ASPİRASYONU	4	1	YE, UE, BE
	DİLATASYON VE KÜRETAJ, DİĞER TANI YÖNTEMLERİ	4	1	YE, UE, BE
	ENDOMETRİAL BİYOPSİ	4	1	YE, UE, BE
	SERVİKAL BİOPSİLER	4	1	YE, UE, BE
	HİSTEROSALPİNGOGRAFİ HASTA HAZIRLIĞI VE SONOHİSTEROGRAFİ	4	1	YE, UE, BE
	USG (JİNEKOLOJİK &OBSTETRİK)	4	2	YE, UE, BE
	SERVİKSTEN SİTOLOJİK ÖRNEKLEME	4	1	YE, UE, BE
JİNEKOLOJİK AMELİYATLAR	VAJİNAL	4	2	YE, UE, BE
	ABDOMİNAL	4	2	YE, UE, BE
	ENDOSKOPİK	3	2	YE, UE, BE

	GİRİŞİMSEL YETKİNLİK	Düzey	Kıdem	Yöntem
ÜREMEYE YARDIMCI YÖNTEMLER	İNTRAUTERİN İNSEMİNASYON	3	2	YE, UE, BE
	İNVİTRO FERTİLİZASYON	1	2	YE, UE, BE
	OVARYAN STİMULASYON	3	2	YE, UE, BE
TIBBİ NEDENLERLE GEBELİK SONLANDIRILMASI	TIBBİ NEDENLERLE GEBELİK SONLANDIRILMASI	3	2	YE, UE, BE
DOĞUM	SPONTAN VAJİNAL DOĞUM	4	1	YE, UE, BE
	MÜDAHALELİ VAJİNAL DOĞUM	4	2	YE, UE, BE
SEZARYEN VE KOMPLİKASYONLARININ YÖNETİMİ	SEZARYEN VE KOMPLİKASYONLARININ YÖNETİMİ	4	2	YE, UE, BE
ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK TABAN CERRAHİSİ	ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK TABAN CERRAHİSİ	3	2	YE, UE, BE
İNTRAPARTUM TAKİP	FETAL ELEKTRONİK MONİTORİZASYON	4	1	YE, UE, BE
	İNTRAPARTUM FETAL TAKİP	4	1	YE, UE, BE
	İNDÜKSİYON ENDİKASYONLARI	4	1	YE, UE, BE
	AMNİOTOMİ	4	1	YE, UE, BE
	KORDON SARKMASI, KORDON PREZENTASYONU	4	1	YE, UE, BE
	OMUZ TAKILMASI	4	2	YE, UE, BE
	MAKADİ DOĞUM	4	2	YE, UE, BE
	ÇOĞUL GEBELİKTE İNTRAPARTUM TAKİP	4	2	YE, UE, BE
	ACİL SEZARYEN	4	2	YE, UE, BE
	SİSTEMİK HASTALIKLA KOMPLİKE GEBELİKLERDE TRAVAY TAKİBİ VE YÖNETİMİ	2	2	YE, UE, BE
	MAKROZOMİK FETUSTA DOĞUM YÖNETİMİ	4	2	YE, UE, BE
	DOĞUM EYLEMİ ANORMALLİKLERİ VE YÖNETİMİ	4	2	YE, UE, BE
	İNTRAPARTUM ANALJEZİ	4	2	YE, UE, BE
	ERKEN DOĞUM EYLEMİNİN YÖNETİMİ	4	2	YE, UE, BE
	ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ YÖNETİMİ	4	2	YE, UE, BE
	PLASENTAL YERLEŞİM VE YAPIŞMA ANOMALİLERİ YÖNETİMİ	4	2	YE, UE, BE
	NORMAL TRAVAY TAKİBİ VE YÖNETİMİ	4	1	YE, UE, BE

	GİRİŞİMSEL YETKİNLİK	Düzey	Kıdem	Yöntem
POSTPARTUM BAKIM	YARA İYİLEŞMESİ VE BAKIMI	4	1	YE, UE, BE
	POSTPARTUM DÖNEM İZLEMİ	4	1	YE, UE, BE
	EPİZYOTOMİ	4	1	YE, UE, BE
	POSTPARTUM KANAMALARIN YÖNETİMİ	4	1	YE, UE, BE
	POSTPARTUM KONTRASEPSİYON	4	1	YE, UE, BE
GENEL JİNEKOLOJİK MUAYENE	GENEL DEĞERLENDİRME VE ANAMNEZ	4	1	YE, UE, BE
	MEME MUAYENESİ	4	1	YE, UE, BE
	PELVİK MUAYENE; VAJİNAL, BİMANUEL, REKTAL VE REKTOVAJİNAL DEĞERLENDİRME	4	1	YE, UE, BE
TANISAL PROSEDÜRLER	VAJİNAL KÜLTÜR, SERVİKOVAJİNAL SMEAR, BİYOPSİ	4	1	YE, UE, BE
	KOLPOSKOPİ	3	2	YE, UE, BE
	ANORMAL UTERİN KANAMA YÖNETİMİ	4	1	YE, UE, BE
	GENİTAL AKINTILARIN YÖNETİMİ	4	1	YE, UE, BE
	PELVİK AĞRI VE DİSMENORE YÖNETİMİ	4	2	YE, UE, BE
PREOPERATİF YÖNETİM (MULTİDİSİPLİNER)	PREOPERATİF YÖNETİM (MULTİDİSİPLİNER)	4	1	YE, UE, BE
POSTOPERATİF YÖNETİM (MULTİDİSİPLİNER)	POSTOPERATİF YÖNETİM (MULTİDİSİPLİNER)	4	1	YE, UE, BE
JİNEKOLOJİK CERRAHİDE İNTRAOPERATİF VE POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLAR (MULTİDİSİPLİNER)	JİNEKOLOJİK CERRAHİDE İNTRAOPERATİF VE POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLAR	4	1	YE, UE, BE
GENİTAL TRAVMALAR	İÇ VE DIŞ GENİTAL ORGANLAR (MULTİDİSİPLİNER)	3	2	YE, UE, BE
ENDOMETRİOZİS	ENDOMETRİOZİS YÖNETİMİ	3	2	YE, UE, BE
BENİGN MEME HASTALIKLARI	BENİGN MEME HASTALIKLARI YÖNETİMİ	1	2	YE, UE, BE

	GİRİŞİMSEL YETKİNLİK	Düzey	Kıdem	Yöntem
POSTPARTUM BAKIM	YARA İYİLEŞMESİ VE BAKIMI	4	1	YE, UE, BE
	POSTPARTUM DÖNEM İZLEMİ	4	1	YE, UE, BE
	EPİZYOTOMİ	4	1	YE, UE, BE
	POSTPARTUM KANAMALARIN YÖNETİMİ	4	1	YE, UE, BE
	POSTPARTUM KONTRASEPSİYON	4	1	YE, UE, BE
GENEL JİNEKOLOJİK MUAYENE	GENEL DEĞERLENDİRME VE ANAMNEZ	4	1	YE, UE, BE
	MEME MUAYENESİ	4	1	YE, UE, BE
	PELVİK MUAYENE; VAJİNAL, BİMANUEL, REKTAL VE REKTOVAJİNAL DEĞERLENDİRME	4	1	YE, UE, BE
TANISAL PROSEDÜRLER	VAJİNAL KÜLTÜR, SERVİKOVAJİNAL SMEAR, BİYOPSİ	4	1	YE, UE, BE
	KOLPOSKOPİ	3	2	YE, UE, BE
	ANORMAL UTERİN KANAMA YÖNETİMİ	4	1	YE, UE, BE
	GENİTAL AKINTILARIN YÖNETİMİ	4	1	YE, UE, BE
	PELVİK AĞRI VE DİSMENORE YÖNETİMİ	4	2	YE, UE, BE
PREOPERATİF YÖNETİM (MULTİDİSİPLİNER)	PREOPERATİF YÖNETİM (MULTİDİSİPLİNER)	4	1	YE, UE, BE
POSTOPERATİF YÖNETİM (MULTİDİSİPLİNER)	POSTOPERATİF YÖNETİM (MULTİDİSİPLİNER)	4	1	YE, UE, BE
JİNEKOLOJİK CERRAHİDE İNTRAOPERATİF VE POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLAR (MULTİDİSİPLİNER)	JİNEKOLOJİK CERRAHİDE İNTRAOPERATİF VE POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLAR	4	1	YE, UE, BE
GENİTAL TRAVMALAR	İÇ VE DIŞ GENİTAL ORGANLAR (MULTİDİSİPLİNER)	3	2	YE, UE, BE
ENDOMETRİOZİS	ENDOMETRİOZİS YÖNETİMİ	3	2	YE, UE, BE
BENİGN MEME HASTALIKLARI	BENİGN MEME HASTALIKLARI YÖNETİMİ	1	2	YE, UE, BE

	GİRİŞİMSEL YETKİNLİK	Düzey	Kıdem	Yöntem
PEDİATRİK VE ADÖLESAN JİNEKOLOJİSİ	MUAYENE YÖNTEMLERİ	3	2	YE, UE, BE
	HPV AŞISI	1	2	YE, UE, BE
	ADÖLESANDA CİNSEL EĞİTİM	3	2	YE, UE, BE
	ADÖLESANDA KONTRASEPSİYON	4	2	YE, UE, BE
PERİMENAPOZ DÖNEM YÖNETİMİ(MULTİDİSİPLİNER	PERİMENAPOZ DÖNEM YÖNETİMİ(MULTİDİSİPLİNER	4	2	YE, UE, BE
AİLE PLANLAMASI	AİLE PLANLAMASI	4	1	YE, UE, BE
GEBELİKLE İLGİLİ MEDİKOSOSYAL, LEGAL VE PSİKOLOJİK SORUNLARIN YÖNETİMİ(MULTİDİSİPLİNER)	GEBELİKLE İLGİLİ MEDİKOSOSYAL, LEGAL VE PSİKOLOJİK SORUNLARIN YÖNETİMİ (MULTİDİSİPLİNER)	1	1	YE, UE, BE
ERKEN GEBELİK KOMPLİKASYONLARIN YÖNETİMİ	ERKEN GEBELİK KOMPLİKASYONLARIN YÖNETİMİ	4	2	YE, UE, BE
GENETİK DANIŞMANLIK	GENETİK DANIŞMANLIK	1	2	YE, UE, BE
ACİL OBSTETRİK BAKIM	ACİL OBSTETRİK BAKIM	4	2	YE, UE, BE

5.2.3.Diğer Yetkinlikler

Özellikle laparoskopik olarak laparotomi ile yapılan operasyonları yapabilme yetisini oluşturmak, robotik cerrahi genel uygulama prensiplerini öğretmek ve histeroskopi ile tanısal ve operatif yetkinliği sağlamak. Medikolegal açıdan değerlendirme yapabilmek. Araştırmarda yer alarak bilimsel yayın yapabilme, sunum hazırlayabilme, gerekli istatistiki hesaplamaları yapabilecek donanımı vermek.

5.3TUKMOS Tarafından Önerilen Öğrenme ve Öğretme Yöntemleri

TUKMOS tarafından önerilen öğrenme ve öğretme yöntemleri üçe ayrılmaktadır: "Yapılandırılmış Eğitim Etkinlikleri" (YE), "Uygulamalı Eğitim Etkinlikleri" (UE) ve "Bağımsız ve Keşfederek Öğrenme Etkinlikleri" (BE)

6.YAPILANDIRILMIŞ EĞİTİM ETKİNLİKLERİ (YE)

Sunum

Bir konu hakkında görsel işitsel araç kullanılarak yapılan anlatımlardır. Genel olarak nadir veya çok nadir görülen konular/durumlar hakkında veya sık görülen konu/durumların yeni gelişmeleri hakkında kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde eğitici öğrencide eksik olduğunu

bildiği bir konuda ve öğrencinin pasif olduğu bir durumda anlatımda bulunur. Sunum etkileşimli olabilir veya hiç etkileşim olmayabilir.

Seminer

Sık görülmeyen bir konu hakkında deneyimli birinin konuyu kendi deneyimlerini de yansıtarak anlatması ve anlatılan konunun karşılıklı soru ve cevaplar ile geçmesidir. Sunumdan farkı konuyu dinleyenlerin de kendi deneyimleri doğrultusunda anlatıcı ile karşılıklı etkileşim içinde olmasıdır. Seminer karşılıklı diyalogların yoğun olduğu, deneyimlerin yargılanmadan paylaşıldığı ve farklı düzeylerde kişilerin aynı konu hakkında farklı düzeydeki sorular ile eksik yanlarını tamamlayabildikleri bir eğitim etkinliğidir.

Olgu tartışması

Bir veya birkaç sık görülen olgunun konu edildiği bir küçük grup eğitim aktivitesidir. Bu eğitim aktivitesinin hedefi, farklı düzeydeki kişilerin bir olgunun çözümlenmesi sürecini tartışmalarını sağlayarak, tüm katılımcıların kendi eksik veya hatalı yanlarını fark etmelerini sağlamak ve eksiklerini tamamlamaktır. Bu olgularda bulunan hastalık veya durumlar ile ilgili bilgi eksikliklerinin küçük gruplarda tartışılması ile tamamlanması veya yanlış bilgilerin düzeltilmesi sağlanır. Ayrıca aynı durum ile ilgili çok sayıda olgunun çözümlenmesi yoluyla aynı bilginin farklı durumlarda nasıl kullanılacağı konusunda deneyim kazandırır. Olgunun/ların basamaklı olarak sunulması ve her basamak için fikir üretilmesi ile sürdürülür. Eğitici her basamakta doğru bilgiyi verir ve doğru kararı açıklar.

Makale tartışması

Makalenin kanıt düzeyinin anlaşılması, bir uygulamanın kanıta dayandırılması ve bir konuda yeni bilgilere ulaşılması amacıyla gerçekleştirilen bir küçük grup etkinliğidir. Makalenin tüm bölümleri sırası ile okunur ve metodolojik açıdan doğruluğu ve klinik uygulamaya yansıması ile ilgili fikir üretilmesi ve gerektiğinde eleştirilmesi ile sürdürülür. Eğitici her basamakta doğru bilgiyi verir ve doğru kararı açıklar. Uzman adayına, benzer çalışmalar planlayabilmesi için problemleri bilimsel yöntemlerle analiz etme, sorgulama, sonuçları tartışma ve bir yayın haline dönüştürme becerisi kazandırılır.

Dosya tartışması

Sık görülmeyen olgular ya da sık görülen olguların daha nadir görülen farklı şekilleri hakkında bilgi edinilmesi, hatırlanması ve kullanılmasını amaçlayan bir eğitim yöntemidir. Eğitici, dosya üzerinden yazı, rapor, görüntü ve diğer dosya eklerini kullanarak, öğrencinin olgu hakkında her basamakta karar almasını sağlar ve aldığı kararlar hakkında geribildirim verir. Geribildirimler öğrencinin doğru kararlarını devam ettirmesi ve gelişmesi gereken kararlarının açık ve anlaşılır bir biçimde ifade edilerek geliştirmesi amacıyla yapılır.

Konsey

Olgunun/ların farklı disiplinler ile birlikte değerlendirilmesi sürecidir. Olgunun sık görünürlüğünden çok karmaşık olması öğrencinin karmaşık durumlarda farklı disiplinlerin farklı bakış açılarını algılamasını sağlar.

Kurs

Bir konu hakkında belli bir amaca ulaşmak için düzenlenmiş birden fazla oturumda gerçekleştirilen bir eğitim etkinliğidir. Amaç genellikle bir veya birkaç klinik veya girişimsel yetkinliğin edinilmesidir. Kurs süresince sunumlar, küçük grup çalışmaları, uygulama eğitimleri birbiri ile uyum içinde gerçekleştirilir.

6.1.Uygulamalı Eğitim Etkinlikleri (UE)

Yatan Hasta Bakımı

Vizit

Farklı öğrenciler için farklı öğrenme ortamı oluşturan etkili bir eğitim yöntemidir. Hasta takibini yapan ve yapmayan öğrenciler vizitten farklı şekilde faydalanırlar. Hastayı takip eden öğrenci hasta takibi yaparak ve yaptıkları için geribildirim alarak öğrenir, diğer öğrenciler bu deneyimi izleyerek öğrenirler. Vizit klinikte görülen olguların hasta yanından çıktıktan sonra da tartışılması ve olgunun gerçek ortamda gözlemlenmesiyle öğrenmeyi sağlar.

Nöbet

Öğrencinin sorumluluğu yüksek bir ortamda derin ve kalıcı öğrenmesine etki eder. Olguyu yüksek sorumluluk durumunda değerlendirmek öğrencinin var olan bilgisini ve becerisini kullanmasını ve eksik olanı öğrenmeye motive olmasını sağlar. Nöbet, gereken yetkinliklere sahip olunan olgularda özgüveni arttırırken, gereken yetkinliğin henüz edinilmemiş olduğu olgularda bilgi ve beceri kazanma motivasyonunu arttırır. Nöbetlerde sık kullanılması gereken yetkinliklerin 1'inci kıdem yetkinlikleri arasında sınıflandırılmış olmaları bu açıdan önemlidir.

Girişim

Tanı ve tedaviye yönelik tüm girişimler, eğitici tarafından gösterildikten sonra belli bir kılavuz eşliğinde basamak basamak gözlem altında uygulama yoluyla öğretilir. Her uygulama basamağı için öğrenciye geribildirim verilir. Öğrencinin doğru yaptıklarını doğru yapmaya devam etmesi, eksik ve gelişmesi gereken taraflarını düzeltebilmesi için öğrenciye zamanında, net ve yapıcı müdahalelerle teşvik edici ve destekleyici ya da uyarıcı ve yol gösterici geribildirimler verilmelidir. Her girişim için öğrenciye önceden belirlenmiş yetkinlik düzeyine ulaşacak sayıda tekrar yaptırılması sağlanır.

Ameliyat

İçinde çok sayıda karar ve girişim barındıran müdahale süreçleridir. Her karar ve girişimin ayrı ayrı gereken yetkinlik düzeylerine ulaşması amacıyla en az riskli/karmaşık olandan en

riskli/karmaşık olana doğru olacak şekilde ameliyat sürecinin tüm basamakları yüksek gözlem altında öğretilir. Öğrencinin tüm basamaklarda gereken yetkinlik düzeyine ulaşması için yeterli sayıda tekrar yaptırılması sağlanır.

Ayaktan hasta bakımı

Öğrenci gözlem altında olgu değerlendirmesi yapar ve tanı, tedavi seçeneklerine karar verir. Öğrencinin yüksek/orta sıklıkta görülen acil veya acil olmayan olguların farklı başvuru şekillerini ve farklı tedavi seçeneklerini öğrendiği etkili bir yöntemdir. Ayaktan hasta bakımında sık kullanılması gereken yetkinliklerin 1'inci kıdem yetkinlikleri arasında sınıflandırılmış olmaları bu açıdan önemlidir

6.2.Bağımsız ve Keşfederek Öğrenme Etkinlikleri (BE)

Yatan hasta takibi

Yatarak takip edilen bir olgu hakkında yeterliğe erişmemiş bir öğrencinin gözetim ve denetim altında, yeterliğe ulaşmış bir öğrencinin gözlem altında yaptığı çalışmalar sırasında eksikliğini fark ettiği konularda öğrenme gereksinimini belirleyerek bunu herhangi bir eğitim kaynağından tamamlaması sürecidir. Bu eğitim kaynaklarının doğru ve güvenilir olmasından eğitici sorumludur.

Ayaktan hasta/materyal takibi

Ayaktan başvuran acil veya acil olmayan bir olgu hakkında gereken yetkinlik düzeyine erişmemiş bir öğrencinin gözetim ve denetim altında, eğitici eşliğinde ve gereken yetkinlik düzeyine ulaşmış bir öğrencinin yüksek gözlem altında yaptığı çalışmalar sırasında eksikliğini fark ettiği konularda öğrenme gereksinimini belirleyerek bunu herhangi bir eğitim kaynağından tamamlaması sürecidir. Bu eğitim kaynaklarının doğru ve güvenilir olmasından eğitici sorumludur.

Akran öğrenmesi

Öğrencinin bir olgunun çözümlenmesi veya bir girişimin uygulanması sırasında bir akranı ile tartışarak veya onu gözlemleyerek öğrenmesi sürecidir.

Literatür okuma

Öğrencinin öğrenme gereksinimi olan konularda literatür okuması ve klinik uygulama ile ilişkilendirmesi sürecidir.

Araştırma

Öğrencinin bir konuda tek başına veya bir ekip ile araştırma tasarlaması ve bu sırada öğrenme gereksinimini belirleyerek bunu herhangi bir eğitim kaynağından tamamlaması sürecidir.

Öğretme

Öğrencinin bir başkasına bir girişim veya bir klinik konuyu öğretirken bu konuda farklı bakış açılarını, daha önce düşünmediği soruları veya varlığını fark etmediği durumları fark ederek öğrenme gereksinimi belirlemesi ve bunu herhangi bir eğitim kaynağından tamamlaması sürecidir

6.3.Diğer Öğrenme ve Öğretme Yöntemleri (TUKMOS Önerilerine Ek Olarak)

Görsel ve maket materyallerden yararlanmak.

6.4.Uzmanlık Eğitiminin Değerlendirilmesi (Ölçme Ve Değerlendirme Yöntemleri)

Başlangıçtan itibaren teorik ve pratik öğrenim durumu çeşitli uygulamalar ile değerlendirilir. Kıdem geçişlerinde asistan sınav, v.s. ile değerlendirilir.

6.5Bilimsel Kongre ve Toplantılara Katılım

Kıdemli ve istekli asistanlardan başlayarak adil dağıtım ile, bildirileri olanlar ise seçilmeksizin katılır.

6.6.Uzmanlık Eğitimi Boyunca Okunması Önerilen Temel Kitap ve Yayınlar

Klasik uluslararası kabul görmüş jinekolji, obstetrik, laparoskopi, histeroskopi ve üreme tıbbı ile ilgili güncel kaynaklar önerilir.

7.ROTASYONLAR

7.1.Rotasyon Yer ve Süreleri

Süre (Ay)	Rotasyon Yeri
3 Ay	Genel Cerrahi
1 Ay	Üroloji
1 Ay	Anesteziyoloji ve Reanimasyon
1 Ay	Tıbbi Patoloji

İç rotasyonlarımız dört yıla yaklaşık eşit olarak ve her kıdem döneminde gidilmek suretiyle uygulanır. Bu bölümler: doğumhane, jinekoloji servisi, jinekolojik onkoloji servis ve polikliniği, perinatoloji, endokrin, jinekoloji ve gebe poliklinikleri.

7.2.Rotasyonların Eğitim Amaçları ve Öğrenim Hedefleri

Her bilim dalı ve bölüm ile ilgili hastaların yönetilebileceği düzeyde bilgi ve beceri kazandırılması hedeflenir.

TIBBİ PATOLOJİ ROTASYONU	
KLİNİK YETKİNLİK HEDEFLERİ	
Yetkinlik Adı	**Yetkinlik Düzeyi**
Jinekolojik materyallere ait patoloji raporlarında yer alan makroskopik / mikroskopik inceleme sonuçları yanı sıra tanı, prognoz ve bilgilerinin klinikopatolojik korelasyonu	B
Servikovaginal smear raporlarında yer alan bulgular ve tanının klinikopatolojik korelasyonu	B
Patolojik inceleme için materyal gönderme prensipleri	B
Jinekolojik olgularda frozen inceleme endikasyonu	B

7.3.Rotasyonlara Ait Klinik ve Girişimsel Yetkinlikler

ÜROLOJİ ROTASYONU	
KLİNİK YETKİNLİK HEDEFLERİ	
Yetkinlik Adı	**Yetkinlik Düzeyi**
Retroperitoneal Anatomi	B
GİRİŞİMSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ	
Yetkinlik Adı	**Yetkinlik Düzeyi**
Sistoskopi	2
Mesane Onarımı	2
Üreter Diseksiyonu	2

GENEL CERRAHİ ROTASYONU	
KLİNİK YETKİNLİK HEDEFLERİ	
Yetkinlik Adı	**Yetkinlik Düzeyi**
Akut Batın	T
Herniasyon	B
GİRİŞİMSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ	
Yetkinlik Adı	**Yetkinlik Düzeyi**
Total Parenteral Beslenme	2
Apendektomi	2
Barsak Yaralanma Onarımı	2

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ROTASYONU	
KLİNİK YETKİNLİK HEDEFLERİ	
Yetkinlik Adı	**Yetkinlik Düzeyi**
Lokal Anestezi	B
Regional Anestezi	B
GİRİŞİMSEL YETKİNLİK HEDEFLERİ	
Yetkinlik Adı	**Yetkinlik Düzeyi**
Entubasyon ve Genel Anestezi Teknikleri	2

8.VİZİT KURALLARI (KLİNİK BRANŞLAR İÇİN)

Vizit hafta içi saat 08.00'da, nöbet şartlarında 16.00'da, hafta sonu 09.00'da başlar. Belirtilen saatlerde servis görevlileri vizite hazır şekilde bekler. Doğum servisinde alt kıdem lohusa viziti, orta kıdem gebe vizitinden sorumludur. Onkoloji ve aseptik servisinde alt kıdem tüm servisin vizitinden sorumludur. Belirtilen saatlerde şef altı ve uzman eşliğinde vizit alan kişilerle birlikte vizit gezilir. Vizit sırasında uzman ve şef altının komutları not edilir.

9.AMELİYATHANE KURALLARI (CERRAHİ BRANŞLAR İÇİN)

Ameliyathanede yapılacak ameliyatların kıdemi yukarıda anlatılmıştır. Hasta ameliyathaneye alt kıdem eşliğinde gider. Anestezi doktoru eşliğinde anestezi muayenesi yapılır. Ardından kıdemliye haber verilerek hasta masaya alınır. Sezaryenler şef altı eşliğinde orta kıdem tarafından yapılır. Şef altı ve orta kıdemin uygun görmesi halinde vaka uygunluğuna göre alt kıdeme bırakılabilir. Plasenta previa totalis, fetal distres gibi yüksek riskli-özellikli vakalar hoca/uzman ve şef altı eşliğinde yapılır. Aseptik servisinde jinekoloji vakaları kıdeme göre sırayla hoca eşliğinde gerçekleştirilir. Jinekolojik Onkoloji servisinde vakalar hoca, yan dal asistanı ve kıdemli asistan eşliğinde gerçekleştirilir. Hastanın ameliyathanede bulunduğu süre boyunca alt kıdem hastaya eşlik eder.

Elektif vakalar 1 gün öncesinde belirlenir. Aseptik alt kıdemi tarafından tüm servisler ve ameliyathane ekibine duyurulur.

10. LABORATUVAR KURALLARI (TEMEL BİLİMLER İÇİN)

Bu etkinlik bu alanda uygulanmamaktadır.

11.NÖBET KURALLARI

Nöbet hafta içi 16.00'da hafta sonu 09.00'da vizit ile başlar. Vizit, günün sorumlu uzmanıyla birlikte nöbet ekibiyle gezilir. Nöbetin sorumluluğu şef uzmandadır. Nöbetten bir gün öncesinde nöbetteki görev dağılımı şefaltı tarafından yapılır. Doğum servisi, aseptik

servisi ve onkoloji servisi mesai saatlerindeki gibi çalışmaya devam eder. Nöbet şartlarındaki sezaryen ve vajinal doğumlar mesai saatlerindeki gibi doğumhane orta kıdemi ve alt kıdemi tarafından yaptırılır. Jinekolojik vakalar uzman ve şefaltı tarafından yapılır. Bunun yanında acil polikliniği nöbette aktiftir. Acile başvuran hastalar acil defterine ve ISHOP sistemine kaydedilir. Her nöbet bitiminde nöbetin alt kıdemleri tarafından yatış/çıkışlar, operasyonlar, adli olaylar nöbet defterine kaydedilir.

12. TEZ

12.1.Tez Başvuru Şartları

Asistan eğitiminin ikinci yılında asistan için engel olacak bir konu yok ise 2 yılına yakın tez akademik kurulda karar alınarak sıradaki öğretim görevlisi tarafından üstlenilir ve konu belirlenir

12.2.Tez Danışmanı ve Tez İzleme Komitesinin Belirlenmesi

Akademik kurulda belirlenir

12.3.Tez İzleme Komitesinin Ara Değerlendirme Raporlarını Sunması

Daha çok tez hocası süreci yönetir.

12.4.Tez Tamamlama Süreleri

Asistanlık bitiminde tezin sunulur aşamada olması gereklidir.

13.UZMANLIK EĞİTİMİ BİTİRME SINAVINA İLİŞKİN KURALLAR

Önce Tez değerlendirme jürisi tarafından değerlendirilerek başarılı olup olmama kararı verilir. Sonra teorik ve uygulamalı uzmanlık sınavı gerçekleştirilir.

14.AYDINLATILMIŞ ONAM ALMA

14.1.Aydınlatılmış Onam Formu Örneği

Yapılacak her tetkik ve tedavi için hasta ve gerekirse yakınlarına bilgi verilerek yazılı onay alınır.

14.2.Aydınlatılmış Onam Formunun Kullanımına Dair Açıklama

Aydınlatılmış onam, hestaya yapolacak her türlü girişim için izin belgesi anlamındadır, gerektiğinde yasal süreçte kanıt olarak kullanılabilir.

15.ANA BİLİM DALININ EKLEMEK İSTEDİĞİ DİĞER BAŞLIKLAR

15.1.Hasta Hakları Yönetmeliği

Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420 haklarını da kapsar. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar.

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. Mevzuat ile belirlenmiş sevk sistemine uygun olmak şartı ile hasta sağlık kuruluşunu değiştirebilir. Ancak, kuruluşu değiştirmenin hayati tehlikeye yol açıp açmayacağı ve hastalığının daha da ağırlaşıp ağırlaşmayacağı hususlarında hastanın tabip tarafından aydınlatılması ve hayati tehlike bakımından sağlık kuruluşunun değiştirilmesinde tıbben sakınca görülmemesi esastır. Acil vakalar dışında, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olup da mevzuatın öngördüğü sevk zincirine uymayanlar aradaki ücret farkını kendileri karşılar. Hastanın sağlık kuruluşunda kalmasında tıbben fayda bulunmayan veya bir başka sağlık kuruluşuna nakli gerekli olan hallerde, durum hastaya veya 15 inci maddenin ikinci fıkrasında belirtilen kişilere açıklanır. Nakilden önce, gereken bilgiler nakil talebinde bulunulan veya tıbben uygun görülen sağlık kuruluşuna, sevk eden kuruluş veya mevzuatla belirlenen yetkililerce verilir. Her iki durumda da hizmetin aksamadan ve kesintisiz olarak verilmesi esastır. 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. Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır. Personeli seçme, tabibi değiştirme ve konsültasyon isteme hakları kullanıldığında, mevzuat ile belirlenen ücret farkı, bu hakları kullanan hasta tarafından karşılanır.

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. Acil ve adli vakalar ile yaşlılar ve özürlüler hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

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. Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.

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 edilemez. Ötenazi Yasağı Madde 13- Ötenazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez.

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.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı 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. Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir. Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir.

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.

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 Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar.

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.

Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken haller Madde 19- Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir. Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, yukarıdaki fıkrada

belirtilen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır. Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir.

Bilgi Verilmesini Yasaklama Madde 20- İlgili mevzuat hükümlerine ve hastalığın mahiyetine göre yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; hasta, sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine veya yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM Hasta Haklarının Korunması 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. Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini

b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini

c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini

d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını

e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini

f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez. Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır.

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. Bir suç işlediği veya buna iştirak ettiği şüphesi altında bulunan kişinin işlediği suçun muhtemel delillerinin, kendisinin veya mağdurun vücudunda olduğu düşünülen hallerde; bu delillerin ortaya çıkarılması için sanığın veya mağdurun tıbbi ameliyeye tabi tutulması, hakimin kararına bağlıdır. Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu ameliye, cumhuriyet savcısının talebi üzerine yapılabilir.

Bilgilerin Gizli Tutulması Madde 23- Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz. Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlanması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz. Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki

ve cezai sorumluluğunu da gerektirir. Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz.

BEŞİNCİ BÖLÜM Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası 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. Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır. Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz. Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür. Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir. Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.

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. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz. 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. Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması Madde 27- Klinik veya laboratuar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metodlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları üzerinde kafi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metodları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağının ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması da şarttır. Evvelce tecrübe edilmemiş bir tıbbi tedavi ve müdahale usulü, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağının mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir. Altıncı Bölüm'de yer alan hükümler saklıdır.

Rızanın Şekli ve Geçerliliği Madde 28- Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında, rıza herhangi bir şekle bağlı değildir. Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.

Organ ve Doku Alınmasında Rıza Madde 29- 18 yaşından küçük ve mümeyyiz olmayanlardan organ ve doku alınamaz. Bu şartları tamam olanlardan teşhis, tedavi ve bilimsel amaçlar ile organ veya doku alınması, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 6 ncı maddesinde öngörülen yazılı şekil şartına tabidir. Ölüden organ ve doku alınma şartı ve cesetlerin bilimsel araştırma için muhafazası hususunda 2238 sayılı Kanun'un 14 üncü maddesi hükümleri saklıdır.

Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi Madde 30- İlgilinin rızası mevcut olsun veya olmasın, Bakanlık tarafından tespit edilmiş olanlar dışındaki ilaç ve araçlar aile planlaması hizmetlerinde kullanılamaz. Gebeliğin sona erdirilmesi, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile öngörülen şartlara tabidir. Sterilizasyon ve gebeliğin sona erdirilmesi hallerinde, hastanın rızası ile evli ise eşinin de rızası gereklidir.

Rızanın Kapsamı Madde 31- Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır. Hastanın, uygulanacak tıbbi müdahale için verdiği rıza, bu müdahalenin gerektirdiği sair tıbbi işlemleri de kapsar. Ancak, tıbbi işlemlerin uygulanmasında, bu Yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirlenen hakların ihlal edilmemesi için azami ihtimam gösterilir.

ALTINCI BÖLÜM Tıbbi Araştırmalar Tıbbi Araştırmalarda Rıza Madde 32- Hiç kimse; Bakanlığın izni ve kendi rızası bulunmaksızın, tecrübe, araştırma veya eğitim amaçlı hiçbir tıbbi müdahale konusu yapılamaz. Tıbbi araştırmalardan beklenen tıbbi fayda ve toplum men- faati, üzerinde araştırma yapılmasına rıza gösteren gönüllünün hayatından ve vücut bütünlüğünün korunmasından üstün tutulamaz. Tıbbi araştırmalar, sadece, mevzuata göre araştırmada bulunmayan yetkili ve yeterli tıbbi bilgi ve tecrübeyi haiz olan personel tarafından, mevzuat ile belirlenmiş bulunan yerlerde yürütülür. Gönüllünün tıbbi araştırmaya rıza göstermiş olması, bu araştırmada görev alan personelin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.

Gönüllünün Korunması ve Bilgilendirilmesi Madde 33- Araştırmalarda, gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınır. Araştırmanın gönüllüye vereceği muhtemel zararlar önceden tespit edilemediği takdirde; gönüllü, rızası bulunsa dahi, araştırma konusu yapılmaz. Gönüllü; araştırmanın maksadı, usulü, muhtemel faydaları ve zararları ve araştırmaya iştirak etmekten vazgeçebileceği ve araştırmanın her safhasında başlangıçta verdiği rızayı geri alabileceği hususlarında, önceden yeterince bilgilendirilir.

Rıza Alınmasının Usülü ve Şekli Madde 34- Tıbbi araştırma hakkında yeterince bilgilendirilmiş olan gönüllünün rızasının maddi veya manevi hiçbir baskı altında olmaksızın, tamamen serbest iradesine dayanılarak alınmasına azami ihtimam gösterilir. Tıbbi araştırmalarda rıza yazılı şekil şartına tabidir.

Küçüklerin ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu Madde 35- Reşit ve mümeyyiz olmayanlara, kendilerine faydası olmadan, sırf tıbbi araştırma amacı güden tıbbi müdahaleler hiçbir surette tatbik edilemez. Faydaları bulunması şartı ile reşit ve mümeyyiz olmayanlar üzerinde tıbbi araştırma yapılması, velilerinin veya vasilerinin rızasına bağlıdır. Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, 24 üncü maddenin ikinci fıkrası hükmü uygulanır.

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. İlaç ve terkiplerin tıbbi araştırmada kullanımı, 29/11/1993 tarihli ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik hükümlerine tabidir.

YEDİNCİ BÖLÜM Diğer Haklar Güvenliğin Sağlanması Madde 37- Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar. Tutuklu ve hükümlerin sağlık kurum ve kuruluşlarında muhafazaları ile ilgili özel mevzuat hükümleri saklıdır.

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. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekan belirlenir. İfadeye muktedir olmayıp da dini inancı bilinen ve kimsesiz olan agoni halindeki hastalar için de, talep şartı aranmaksızın, dini inançlarına uygun olan din görevlisi çağrılır. Bu hakların nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuatta ayrıca düzenlenir.

İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret Madde 39- Hasta, kişilik değerlerine uygun bir şekilde ve ortamda sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetlerinde görev alan bütün personel; hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilere güleryüzlü, nazik, şefkatli ve sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde davranmak zorundadır. Sağlık hizmetlerinin her safhasında, hastalara, onların bedeni ve ruhi durumları

dikkate alınarak, hangi işlemin neden ve nasıl yapıldığı, yapılacağı ve bekletilmeleri sözkonusu ise, bekletilmenin sebepleri hususunda gerekli ve yeterli bilgi verilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında, insan haysiyetine yakışır gereken her türlü hijyenik şartların sağlanması, gürültünün ve rahatsız edici diğer bütün etkenlerin bertaraf edilmesi esastır. Gerektiğinde, bu hususlar hasta tarafından talep konusu yapılabilir. Hasta ziyaretçilerinin kabul edilmesi, kurum veya kuruluşça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ve hastaların huzur ve sükunlarını bozacak fiil ve tutumlara sebebiyet vermeyecek şekilde gerçekleştirilir ve bu konuda gereken tedbirler alınır.

Refakatçi Bulundurma Madde 40- Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkanlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumu- nun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir. Bu hakkın nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kurum ve kuruluşunun çalışma usül ve esaslarını gösteren mevzuata ayrıca düzenlenir.

Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi Madde 41- Hastalar, aşağıdaki hallerde sağlık hizmetlerinden bulundukları yerlerde de faydalanabilirler;

a) Koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde

b) Tıbbi sebeplerden dolayı sağlık kuruluşuna bizzat gidilemeyen veya götürülemeyen hallerde

c) Tabii afetler gibi olağanüstü hallerde. Hizmetin sağlık kuruluşu dışında verilmesi ile ilgili usul ve esaslar, Bakanlık tarafından ayrıca düzenlenir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları 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.

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu Madde 43- Hasta haklarının ihlali halinde, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş aleyhine maddi veya manevi veyahut hem maddi ve hem de manevi tazminat davası açılabilir. Ancak, aleyhine dava açılacak merciin kamu kurum ve kuruluşu olması halinde;

a) 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun 12 nci maddesine göre; hakkın bir idari işlem dolayısı ile ihlal edilmesi halinde ilgililer, doğrudan doğruya tam yargı davası veya iptal ve tam yargı davalarını birlikte açabilecekleri gibi ilk önce iptal davası açarak bu davanın karara bağlanması üzerine dava açma süresi içerisinde tam yargı davası açabilirler.

b) Aynı Kanun'un 13 üncü maddesi uyarınca, zarar verici eylemin öğrenildiği tarihten itibaren en geç bir yıl içinde maddi ve manevi tazminat olarak istenilen tazminat miktarı ayrı ayrı gösterilerek idareye müracaat edilmesi ve talebin açıkça veya zımnen reddi halinde kanuni süresi içinde idari yargı mercilerinde dava açılması gerekir.

Devlet Memuru veya Diğer Kamu Görevlisi Personelin Sorumluluğu Madde 44- Bu Yönetmelik'te gösterilmiş olan hasta haklarının fiilen kullanılmasına mani olan veya bu hakları başka şekilde ihlal eden personelin, cezai, mali ve inzibati sorumluluklarının tamamı veya bunlardan bir kısmı doğabilir. Birinci fıkrada belirtilen sorumluluklar haricinde, ihlalin durumuna göre, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş tarafından personel hakkında uygulanacak idari tedbir ve müeyyideler saklıdır. Kamu Personelinin Sorumluluğunu Tespit Usulü Madde 45- Kamu kurum ve kuruluşlarında görevli personelin, hasta haklarını ihlal eden fiil ve halleri, şikayet halinde veya idarece kendiliğinden tespit edildiğinde, hadisenin takibi, soruşturulması ve gerekir ise müeyyideye bağlanması için doğrudan valiliklerce veyahut Bakanlık veya personelin görevli olduğu kurumlar tarafından müfettiş veya muhakkik görevlendirilir. Kamu Personeli Hakkındaki

Müeyyideler Madde 46- Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi personel tarafından ve görevleri sırasında herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir;

a) Kamu görevlisi olan personelin fiilinin niteliğine göre, soruşturmacı tarafından hakkında disiplin cezası teklif edilmiş ise, mevzuatın öngördüğü disiplin cezaları yetkili amir veya kurullarca usulüne göre takdir edilir.

b) Hak ihlali aynı zamanda ceza hukukuna göre suç teşkil ettiği takdirde, memur olan personel hakkında, Memurin Muhakematı Hakkında Kanunu Muvakkat hükümlerine göre yapılan soruşturma sonucunda lüzum-u muhakeme kararı verilir ise, dosya cumhuriyet başsavcılığı'na gönderilerek ceza davası açılması ve böylece personel hakkında fiiline uygun bulunan cezai müeyyidenin tatbiki sağlanır.

c) Anayasa'nın 40 ıncı maddesinin ikinci fıkrası, 129 uncu maddesinin beşinci fıkrası ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 13 üncü maddesi ve ilgili diğer mevzuat uyarınca, memurların ve diğer kamu görevlilerinin hukuki sorumluluğu doğrudan doğruya memur aleyhine açılacak dava yolu ile gerçekleştirilemez. Dava, 43 üncü maddede gösterilen usule göre, ancak idare aleyhine açılabilir. Bu personelin hukuki sorumluluğunun doğması, idare aleyhine açılacak dava neticesinde tazmin kararı verilmesine bağlıdır. Kamu görevlisi personelin verdiği zarar, mahkeme kararı üzerine idare tarafından tazmin edildikten sonra, müsebbibi olan sorumlu personele rücu edilir.

d) Kamu görevlisi personelin mesleklerini resmi görevleri dışında serbest olarak icra etmekte iken işledikleri fiillerden dolayı haklarında 47 nci maddeye göre işlem yapılır.

Kamu Görevlisi Olmayan Personelin Sorumluluğu Madde 47- Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi olmayan personel tarafından herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir;

a) Kamu görevlisi olmayan personel; hakları ihlal edilen hastanın doğrudan vaki olacak şikayeti üzerine veya bu fiillerin başka şekilde tespiti halinde Bakanlık veya başka kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan bildirim üzerine, bunların özel kanunlara göre kurulmuş olan kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları haysiyet divanlarınca disiplin cezaları ile cezalandırılabilir.

b) Kamu görevlisi olmayan personelin hasta haklarını ihlallerinden doğan hukuki sorumlulukları, genel hükümlere göre doğrudan doğruya kendilerine veya bunları çalıştıran kurum ve kuruluşlara karşı veya hem kendilerine ve hem de çalıştıranlara karşı birlikte dava açılarak ileri sürülebilir.

c) Kamu görevlisi olmayan personel hakkında, ceza hukukuna göre suç teşkil eden fiilleri sebebiyle cezai müeyyideler tatbik edilmesi, genel hükümlere göre doğrudan doğruya cumhuriyet savcılıklarına yapılacak ihbar veya şikayet yoluyla gerçekleştirilebilir.

DOKUZUNCU BÖLÜM Son Hükümler Kurum ve Kuruluş Yetkililerinin Görevi Madde 48- Sağlık kurum ve kuruluşlarının yetkilileri; bu Yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirtilen hasta haklarının lafzına ve ruhuna uygun olarak kullanılabilmesine yardımcı olmak amacı ile bu Yönetmelik'te gösterilen hasta haklarını bir liste, tabela veya broşür haline getirerek, bunları sağlık kurum ve kuruluşunun, hastalar, personel ve ziyaretçiler tarafından kolayca ulaşılıp okunabilecek uygun yerlerinde bulundurmak da dahil olmak üzere, gereken bütün tedbirleri almakla mükellef ve yetkilidir.

Saklı Olan Hükümler Madde 49- Milli güvenliğin, kamu düzeninin, kamu yararının, genel ahlakın ve genel sağlığın korunması maksatları ve kanun hükümleri ile getirilen özel düzenlemeler ve sınırlamalar saklıdır. Yürürlük Madde 50- Bu Yönetmelik, yayımı tarihinde yürürlüğe girer. Yürütme Madde 51- Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

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

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, tıbbı 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 güler yüzlü, 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. 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 yaştaki 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. 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 var olmuş problemler) bir liste haline getirilmelidir. 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. 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, inhaler 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 her gün vizit 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 reçete 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. 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 anatlaktik 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 arttırır. 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 ekstremite muayenelerini yaptıktan sonra diğer sistem muayenelerini de yaparak değişiklikleri günlük gözleme ayrıntılı olarak not edin. 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. 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 adı, soyadı, imza ve kaşesi yanı sıra, hastanın el yazısı, adı, soyadı 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 (endometriyal biyopsi, küretaj vb.) 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 ileriki 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.

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. 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. Hastanızı ne zaman kontrole çağıracaksınız? Hastanıza mutlaka bilgi verin. Epikrize 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. Evde beslenme hareket yaşam şekli ve süreleri ile ilgili önerilerinizi anlatın.

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.

EPİKRİZ NASIL HAZIRLANIR?

HASTA DOSYASI NASIL TUTULMALIDIR?

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 NASILTUTULMALIDIR?

Hasta dosyasını oluşturan formlar şu belgelerden oluşur;

1) Hastane giriş belgesi ve kimlik fotokopisi
2) Hasta Muayene ve Anamnez Formu (Farklı klinikler için farklı içerikle hazırlanmış)
3) Laboratuvar ve Görüntüleme Bulguları Formu
4) Doktor gözlem formu
5) Hasta Tabelası
6) Hasta Onam Formları
7) Hasta Malzeme Tabelası
8) Uygulanan işlem ve Kullanılan Malzeme Formu
9) Hasta Masraf Formu (Farklı klinikler için farklı içerikle hazırlanmış)
10) Hemşire Gözlem ve Ön Değerlendirme Formu (Farklı klinikler için farklı içerikle hazırlanmış)
11) Anestezi Formları (Cerrahi girişim yapılacak hastalar için)
12) Operasyon Sarf Malzeme Formu
13) 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 yardıma ihtiyaç duyduğu ağrı, rahatsızlık veya fonksiyon bozukluğu olduğu unutulmamalıdır. Anamnez bölümünde asıl şikayete ulaşılırken "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 soy geçmiş bilgileri alınırken hastanın alerjisi olup olmadığı, ciddi bir cerrahi operasyon geçirip geçirmediği veya medikal bir problemden 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, olduysa 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. Gerektiğinde 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.

AMELİYAT HAZIRLIĞI NASIL YAPILIR?

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

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.

Genel Sağlık Durumu:

Öykü

Şimdiki sağlık sorunları.

Önceki sağlık sorunları.

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…).

Daha önceki anestezi ve cerrahi uygulamaları. Doğum ve ağrı öyküsü.

Anestezi ile ilgili aile öyküsü (malign hipertermi, geç derlenme...).

Organ sistemlerinin değerlendirilmesi (Genel, solunum, kardiyovasküler, renal, gastrointestinal, hematolojik, nörolojik, endokrin, psikiyatrik, ortopedik, dermatolojik).

Fizik Bakı:

Asemptomatik hastalarda; kan basıncı, kalp hızı, solunum sayısı, vücut sıcaklığı ölçümü ve havayolu, akciğer, kardiyovasküler sistemin değerlendirilmesi yeterlidir. Olguların 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.

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.

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.

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

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.

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.

Diabetes Mellitus: Kardiyovasküler komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalıdır.

Koagülasyon Bozuklukları: Hematoloji konsültasyonu istenmeli, hemostaz düzeltilmelidir.

Anemi: Preoperatif otolog kan transfüzyonunun rutin kullanımı önerilmez

Yaşlılık: Femur boyun kırıklarında postoperatif deliryuma karşı dikkatli olunmalıdır.

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.

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 meningomyelosel varlığında 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.

Perioperatif Risk Belirlenmesi:

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

Hastaya Ait Risk Faktörleri:

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

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 BC Kalp ameliyatları ve büyük damar girişimleri Intrakraniyal girişimler.

1. **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)

	<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,
G 4	TKS-Elektrolit,			

		TTKS, Elektrolit,		Üre- Kreatinin
	Üre- kreatinin	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, Tİ T, PT-PTT	TKS, AC grafisi, EKG, Elektrolit, KŞ, Üre- kreatinin, Tİ T, 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: İntrakranyal 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 cerrahiyi hastalık kontrol edilene dek ertelemek mortaliteyi azaltır. Kardiyovasküler ve solunum sitemi hastalıkları, diyabet, böbrek yetmezliği, kanama bozuklukları ve obesite; 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 düzeltilebilir 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, klopidogrel (5-7 gün), tiklopidin (10-14 gün), oral antidiyabetikler (bir önceki akşam kesilir insülin ve dekstroz başlanır), insülin (açlık süresince verilmez), geri dönüşümsüz monoaminooksidaz (MAO) inhibitörleri (2 hafta), Trisiklik antidepresan 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**	**Hafifyemek**
2 saat	4 saat	6 saat	6 saat

2. 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.

2.1. 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.

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

2.3. İntraoperatif Yönetim Monitorizasyon, pozisyon, sıvı tedavisi, anestezik ajan.

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

3. 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.

4. 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.

GÜVENLİ CERRAHİ

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 karşılaşılmaktadır.

• 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, şeklindedir.

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 aşina 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.

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 ameliyatlar 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.

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 verilmediğini 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 reflu 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.

Ameliyat kesisinden önce

- Tüm ekip üyeleri ad ve görevlerini belirterek kendilerini tanıtırlar.

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 girişimi 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 aşina 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 hematom 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.

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 planlanan 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 alarma 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 laboratuar 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 i lgilenilmeden bu aletlerin ameliyathaneye tekrar geri dönmesini 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 Kaliet ve Akreditasyon Daire Başkanlığı , Güvenli Cerrahi Protokolleri*

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

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: 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 giyildikten sonra, giyilen ayak bariyerin ilerisine konmalı. Diğer ayağa da galoş giyildikten sonra steril alana girilmelidir.
- Dışarı çıkmak gerekiyorsa, yeniden aynı süreç tekrarlanmalıdır.
- Steril önlük ve maske giyildikten 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 saçı, 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 çağrılması 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.

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.

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.

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.

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.

Cerrahi El Yıkama: Amaç, cerrahi alan ile doğrudan ya da dolaylı olarak karşılaşılabilecek 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 indirgemek,
- 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.

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 ekleme tırnak varsa çıkarılmalıdır.
- Ameliyathanede kısa kollu forma giyilmesi önerilmektedir.

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.

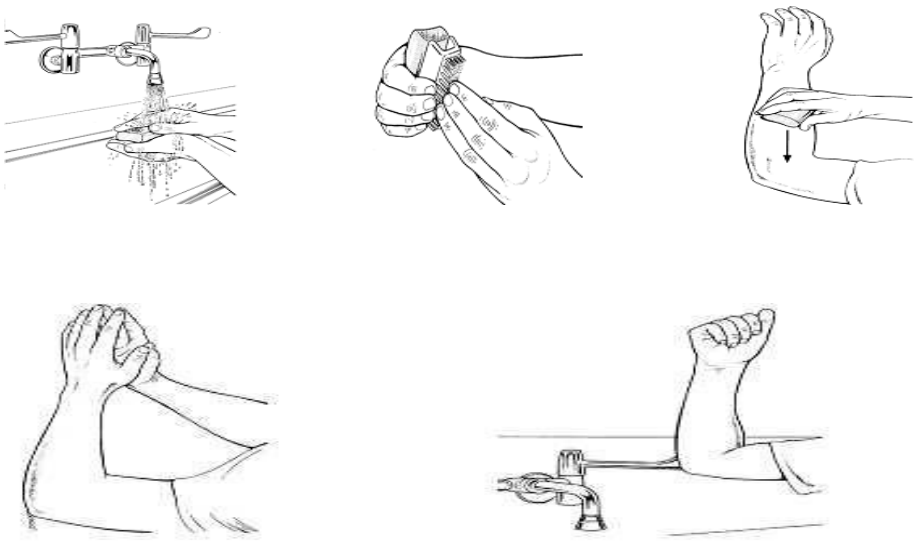
• Her el için steril havlu kullanılarak eller ayrı olarak kurulanır.

• Eller bel seviyesinde tutularak hiçbir şeye dokunmadan steril eldiven giyilir.

• Yıkanma 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.

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.

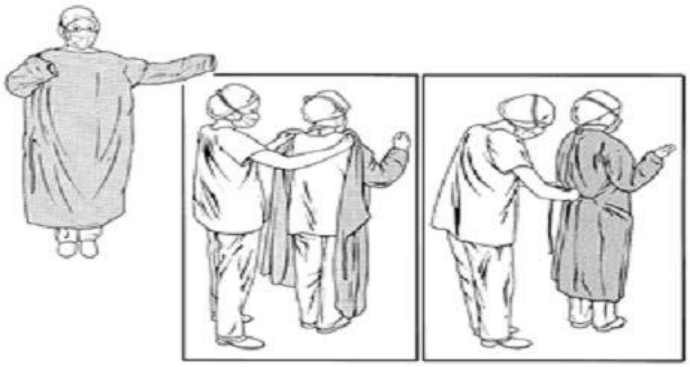
Steril Gömlek Giyme: Katlı olarak steril içinde bulunan gömlek ya da tek kullanımlık steril gömlek giyilir. Steril gömlekler, mikroorganizmalar ve vücut sıvıları veya salgılara maruz kalmayı önlemek için bariyer oluşturur. İşlem Basamakları;

- 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).



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

Steril Eldiven Giyme Açık yöntemle eldiven giyme:

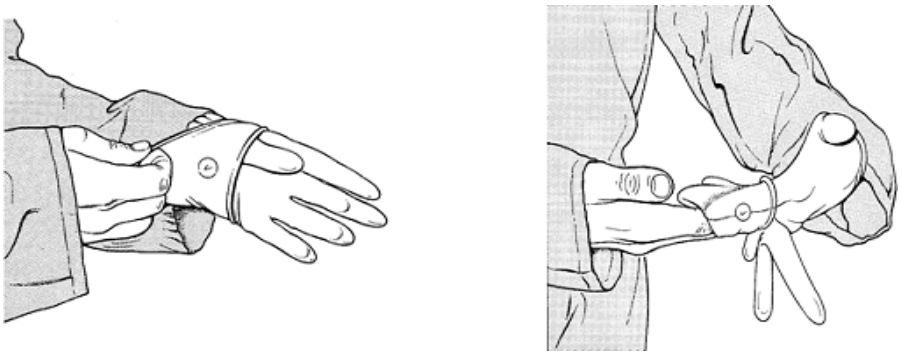
• Birinci eldiven iç kısmından tutulup giyilir, dış yüzeye kesinlikle dokunulmamalıdır.

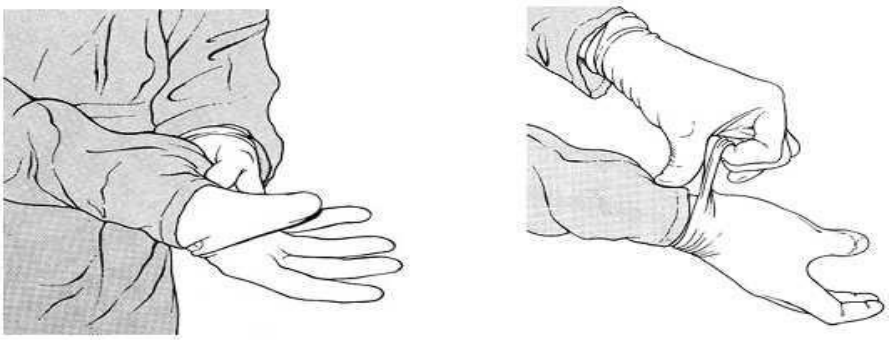
• İkinci eldiven ise, steril eldivenli el ile katlanmış kısma eller sokularak iç yüzeye dokunmadan giyilir.

• 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.

POSTOPERATİF BAKIM SIRASINDA ASİSTAN HEKİMLERİN DİKKAT ETMESİ GEREKENLER NELERDİR?

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 insanlarında cerrahi tedaviye ihtiyaçları buna paralel olarak artmaktadır. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler sayesinde yaşlı ve genel durumu düşkün 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

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 arz eder.

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

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.

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 bıraktırılmalı ve akciğer fizyoterapisi uygulanmalıdır. Transvers ve üst abdominal insizyonlarda, longitüdinal 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 yükseklikerinden 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 atelektaziyi 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, oskülatsyonda krepitan 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.

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 pektoris 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 intestinaliskemi 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.

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. Postopertaif 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 bakımıdır.

Drenler elektif operasyonlarda sıvı koleksiyonunu 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, teknolojideki 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 infeksiyonlardaki drenaj rolü nedeniyle önemini korumaktadır. Drenin kendisiide 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 replasmanıyla 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 kanlanmasının 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, cerrahı 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 infeksiyonu oranları bildirilmektedir. Bütün hastalarda standart cerrahi kurallara uyulmalıdır ve sterilizasyon kurallarına bağlı kalınmalıdır. Riskli hastalarda ve kontamine cerrahi sırasında perioperatif antibiyotik profilaksisi uygulanmalıdır.

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) antbiyotik profilaksisi gerekmez. Ancak herni tamiri veya vasküler bypass gibi protez implantasyonu yapılan operasyonlarda, antbiyotik profilaksisinin enfeksiyon gelişimini önlediği gösterilememiş olmakla birlikte, protez enfeksiyonuna bağlı morbidite ve mortalite oranarı yüksek olduğundan birçok cerrah antibiyotik profilaksisinden faydalanmaktadır. Sağlıklı genç erişkinlerde profilaksiye gerek yoktur. İleri yaşlı 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 ekstremite distalinde 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, hiperkoagülabilite, 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. Özellikkle 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 başlanılması 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 infeksiyon 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.

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

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 mikroskobik ve mikroskobik görünümlere 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 özelikleri (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 İNCELEMEYE GÖNDERİLMESİNDE UYULMASI GEREKLİ GENEL PRENSİPLER NELERDİR?

Sitolojik Örnekler

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.

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.

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

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 yönteme göre fırça doğrudan solüsyon içine bırakılır veya solüsyonda çalkalanır. Kullanılan yöntemler değişken olduğundan geçerli yöntem konusunda patoloji bölümünden bilgi alınmalıdır.

Effüzyonlar:(plevral, perikardial, peritoneal).

Yıkama/aspirasyon/lavaj sıvıları: (perop yıkamalar, bronş aspirasyon/ lavaj, sistoskopik yıkama gibi) Bu grupta yer alan materyaltemiz, 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.

İnce iğne aspirasyonu: (kistik kitle, solid kitle, kemik iliği aspirasyonu, beyin omurilik sıvısı (BOS) gibi)kistik kitlelerden alınan materyal, BOS efüzyonlar gibi gönderilir.Alışılagelmiş, klasik yöntemle işleme alınacak olan solid kitle ince iğne aspirasyon materyalinintümü 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 laboratuarından 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.

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 biyopsileri 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 flöresan 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.

Cerrahi Biyopsiler (İnsizyonel/EksizyonelBiopsiler): 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, sebase 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 nodueksizyonlarıtespitsiz olarak, en kısa sürede kapalı cam veya polietilen malzeme içerisinde gönderilmelidir.

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 hematomun, kesit ve boyama işlemlerini etkilemesini engelleyerek, dokuların iyi tespit, takip ve kesilmesine yardımcı olacak, kıymetli doku kaybını önleyecektir.

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.

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 kliniko-patolojik korelasyon (doğru, nitelikli örnek ve yeterli klinik bilgi) önemlidir. Bu grup sentinal dahil lenf nod örnekleri, parsiyelmastektomi, telle 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 laboratuarına ulaştırılmalıdır. Telle 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.

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

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.

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 kabın çeperine 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 laboratuarı yetkilileri ile görüşülerek istenen tetkikin gerçekleşebilme olasılığı ve olası ise laboratuara 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 akılda tutularak örnek alımı ve patolojiye gönderiminde özenli, dikkatli olunmalıdır.

BİR MAKALE NASIL SUNULUR?

• 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 okumalıdırlar.

• 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 uzaklaşılmakta, 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.

BİR ARAŞTIRMA NASIL HAZIRLANIR? NASIL YAPILIR?

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:

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 yönteme 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, laboratuar verilerine dayalı veya deney hayvanlarını içerecek bir çalışma) belirlenmelidir.

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.

Literatürün Taranması

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.

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.

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 Mann Whitney-U testi, vb) belirlenir.

Yöntemin belirlenmesi aşamasında en önemli noktalardan birisi de örnek seçimidir.

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).

Verilerin Çözümlenmesi

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

Araştırma verisinin çözümlenmesinde 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.

Araştırmanın Yazılması

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 açısında 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.

16. ÖNEMLİ TELEFON NUMARALARI

Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı	**63700**
Prof.Dr. Rıza MADAZLI	63706
Doç.Dr. Abdullah TÜTEN	63707
Doç.Dr. Mahmut ÖNCÜL	63708
Prof.Dr. Pelin ÖCAL	63709
Prof.Dr. Altay GEZER	63710
Prof.Dr. Ali BENİAN	63711
Prof.Dr. İsmail ÇEPNİ	63712
Prof.Dr. M. Levent ŞENTÜRK	63713
Prof.Dr. Semih KALELİ	63714
Prof.Dr. C. Tamer EREL	63715
Prof.Dr. Hasan Hakan SEYİSOĞLU	63716
Prof.Dr. İsmail Fahri ÖÇER	63717
Prof.Dr. Teyfik Tugan BEŞE	63718
Prof.Dr. Fuat DEMİRKIRAN	63719
Aseptik Servisi	63720
Ameliyathane	63730
Ameliyathane Anestezi Odası	63736
Sezaryan Servisi	63737
Doğumhane	63740
Bebek Odası	63746
Doğum Servisi	63747
Perinatoloji	63750
Güvenlik-Kapı	63755
Kantin	63756
Kadın Doğum Acil	63757
Baş Asistan Odası	63758
Yemekhane	63759
Tüp Bebek	63760
Endokrin Polikliniği	63765
Biyokimya Lab.	63766
Çamaşırhane	63767

İdare Amiri	63768
Ayniyat	63769
Arşiv	63770
Jinekoloji Polikliniği Kapı-Danışma	63771
Jinokoloji Polikliniği Muayene Odası	63772
Jinokoloji Polikliniği Hasta Kayıt	63773
Jinokoloji Polikliniği Hasta Kayıt	63774
Gebe Odası	63780
Jinokoloji Dr. Ve Hemşire Odası	63785
Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu	63786
Jinokolojik Onkoloji	**63790**
Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu	63792
Hasta Kayıt	63793
Poliklinik	63794
Arşiv	63795
Kapı-Güvenlik	63796
Dekanlık	60100
Personel Müdürlüğü	60200
Maaş Tah.ve Hes.İşl.Müdürlüğü	60400
Döner Sermaye Saymanlığı	60450
Kütüphane sekreterliği	60602
Başhekimlik	61000
Hastane Müdürlüğü	61710
Fikret Biyal Merkez Araş. Lab.	61770
Biyoistatistik Ana Bilim Dalı	68550
Tıbbi Patatoloji Ana Bilim Dalı	64300