



**T.C.
SĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ PREOPERATİF
DEĞERLENDİRME KONUSUNDA BİLGİ VE
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ayşe TÖSTÜ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA/2025



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ PREOPERATİF
DEĞERLENDİRME KONUSUNDA BİLGİ VE
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ayşe TÖSTÜ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Merthan TUNAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA/2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık tezimin her adımında bilgi ve tecrübesiyle benden yardımını esirgemeyen, bilgilerini paylaşmada cömert olan, sadece mesleki değil, sivil hayatta da rehberlik sağlayan, tez sürecinde bir asistanın yaşayacağı stres düzeyini telkin ve doğru önerileriyle azaltabilen değerli tez danışmanım Uzm. Dr. Merthan TUNAY'a

Benimle bilgi ve tecrübesini paylaşan tüm hocalarıma

Hayatımın her evresinde yanımda olan, beni her anlamda destekleyen, yetiştiren, yol gösteren, iyikilerim, kıymetli annem Zübeyde TÖSTÜ, kıymetli babam Mehmet TÖSTÜ ve biricik abim Muhammed Veysel TÖSTÜ'ye

Üniversite yıllarımda kazandığım biricik dostum, kardeşim, meslektaşım Dr. Betül TÜRK BAY'a

Özellikle mesleğimin Kırıkkale serüveninde, o kötü günlerde tek huzur ve mutluluk verici anları yaşatan, desteklerini hiç esirgemeyen kıymetli CELLEK Aile'sine,

Çocukluk arkadaşım, canım kuzenim, Uzm. Fzt. Şeyma NUR CELLEK'e

En büyük teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ayşe Töstü

Adana, 2025

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Aile Hekimliği Disiplini'nin Tanımı ve Gelişim Süreci.....	3
2.2. Aile Hekimliği Disiplini'nin Özellikleri ve Temel Yeterlilikleri.....	4
2.3. Preoperatif Değerlendirme.....	8
2.3.1. Preoperatif Değerlendirme Sürecinin Zamanlaması.....	9
2.3.2. Preoperatif Değerlendirmede Anamnez ve Fizik Muayene.....	10
2.3.2.1. Zor Havayolu.....	10
2.3.2.2. Preoperatif Değerlendirmede Solunum Sistemi.....	13
2.3.2.3. Preoperatif Değerlendirmede Kardiyovasküler Sistem.....	15
2.3.2.4. Preoperatif Değerlendirmede Diğer Sistemler ve Spesifik Durumlar.....	22
2.3.2.4.1. Endokrin Sistem.....	22
2.3.2.4.2. Böbrek Hastalıkları.....	25
2.3.2.4.3. Karaciğer Hastalıkları.....	25
2.3.2.4.4. Hematolojik Sistem.....	26
2.3.2.4.5 Geriatrik Hastalar.....	27
2.3.2.5. Bitkisel Takviyeler, Kesilecek İlaçlar ve Devam Edilecek İlaçlar.....	28
2.3.2.6. Preoperatif Açlık.....	29
2.3.2.7. Preoperatif Süreçte Değerlendirilecek Tetkikler.....	29
3. MATERYAL ve METOT.....	32

3.1. Araştırmanın Tipi	32
3.2. Araştırma İçin Alınan İzinler	32
3.3. Veri Toplanması ve Veri Toplama Araçları.....	32
3.4. Dahil Edilme Kriterleri.....	34
3.5. Hariç Tutma Kriterleri.....	35
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü.....	35
3.7. İstatistiksel Analiz	35
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA.....	64
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	73
6.1. Sonuçlar.....	73
6.2. Öneriler.....	74
KAYNAKÇA.....	76
EKLER	79
Ek-1. Tez Çalışmasının Etik Kurul İzni	79
Ek-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	80
Ek-3. Veri Toplama Formu	83

KISALTMALAR

ASA	: Amerikan Anestezistler Derneği (American Society of Anesthesiologists)
ASA-PS	: Amerikan Anestezistler Derneği Fiziksel Durum Sınıflandırması
ARDS	: Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
EF	: Ejeksiyon Fraksiyonu
SVO	: Serebrovasküler Olay
TİA	: Geçici İskemik Atak
DİK	: Dissemine İntravasküler Koagölasyon
ECMO	: Ekstrakorporeal Membran Oksijenizasyonu
BMI	: Vücut Kitle İndeksi
BUN	: Kan Üre Azotu
CBAP	: Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı
DASI	: Duke Etkinlik Durumu İndeksi
DM	: Diyabetes Mellitus
eGFR	: Tahmini Glomerüler Filtrasyon Hızı
EKG	: Elektrokardiyografi
ESA	: Avrupa Anesteziyoloji Derneği
GLP-1 RA	: Glukagon Benzeri Peptid-1 Reseptör Agonist
HbA1c	: Glikozile Hemoglobin
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MET	: Metabolik Eşdeğer
NSQIP	: Ulusal Cerrahi Kalite Geliştirme Programı
NT-proBNP	: N-Terminal pro-Beyin Natriüretik Peptid
RCRI	: Revize Kardiyak Risk İndeksi
SGLT-2	: Sodyum-Glukoz Kotransporter-2
TSH	: Tiroid Stimölän Hormon

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1. WONCA EUROPE (Avrupa Genel Pratisyenlik/ Aile Hekimliği Derneği) 2023 Revizyonu	7
Şekil 2. Mallampati Sınıflaması	12
Şekil 3. Cormeek-Lehane Sınıflaması	13
Şekil 4. Feokromositomada Preoperatif Hazırlık Algoritması	24



TABLÖLER LİSTESİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 1. Aile Hekimliği Temel Özellikleri.....	5
Tablo 2. Zor hava yolu belirteçleri	11
Tablo 3. Revize Kardiyak Risk İndeksi (RCRI) (Lee Kriterleri).....	16
Tablo 4. Ulusal Cerrahi Kalite Geliştirme Programı Miyokard İnfarktüs ve Kardiyak Arrest (NSQUIP MICA)	17
Tablo 5. ASA Fiziksel Durum Sınıflandırma Sistemi.....	20
Tablo 6. Cerrahi veya Girişimin Türüne Göre Cerrahi Risk Tahmini.....	21
Tablo 7. Renal Hastalıkları ASA Değerlerine Göre Sınıflandırma	25
Tablo 8. Karaciğer Hastalıklarında ASA Değerlerine Göre Sınıflandırma.....	26
Tablo 9. ASA-PS ve Cerrahi Risk Sınıfına göre EKG planlanması.....	30
Tablo 10. Preoperatif değerlendirme anketi Normallik ve Güvenilirlik Analizi.....	33
Tablo 11. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları.....	36
Tablo 12. Katılımcıların ülkemizde yapılan cerrahi operasyon verileri ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıtlarının dağılımı.....	36
Tablo 13. Katılımcıların preoperatif değerlendirme süreciyle ilgili verdikleri yanıtların dağılımı.....	37
Tablo 14. Katılımcıların preoperatif değerlendirme ile ilgili tutumlarını değerlendiren sorulara verdiği yanıtların dağılımı	38
Tablo 15. Poliklinik süresinin katılımcıların preoperatif değerlendirme vizitine olan etkisini değerlendiren anket sorusuna verilen yanıtın dağılımı.....	39
Tablo 16. Katılımcıların preoperatif değerlendirme sürecinde hasta eğitimi ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıtların dağılımı.....	40
Tablo 17. Preoperatif değerlendirme sürecinde katılımcıların davranışları ile ilgili anket sorularına verilen yanıtların dağılımı	41
Tablo 18. Katılımcıların preoperatif değerlendirme sürecinde kronik hastalıkları yönetme sıklıklarını belirleyen anket sorusuna verdikleri yanıtın dağılımı	42
Tablo 19. Preoperatif değerlendirme sürecinde belirli bir sistem kullanan ve kullanmayan katılımcıları belirleyen anket sorusuna verdikleri yanıtın dağılımı.....	42
Tablo 20. Preoperatif değerlendirme sürecinde katılımcıların sağlık profesyonellerine konsültasyon sıklıklarını belirleyen anket sorusuna verdikleri yanıtın dağılımı.....	43
Tablo 21. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde Kardiyovasküler Sistem ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelерinin dağılımı.....	44
Tablo 22. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde Diabetes Mellitus ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelерinin dağılımı.....	45
Tablo 23. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde Koagülasyon Sistemi ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelерinin dağılımı.....	46

Tablo 24. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde Anemi ve preoperatif kan koruma stratejisi ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelерinin dağılımı.....	47
Tablo 25. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde bitkisel ilaç tedavisi ve psikotropik ilaç tedavisi ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelерinin dağılımı.....	47
Tablo 26. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketindeki sorulara verdikleri doğru cevap sayılarının ortalama dağılımı.....	48
Tablo 27. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde sorulan anket sorularına verdiği cevapların sayısal, yüzdesel ve ortalama dağılımları	49
Tablo 28. Cerrahi operasyon öyküsü olan ve olmayan katılımcıların preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru cevapların değerlendirilmesi	52
Tablo 29. Preoperatif değerlendirmede katılımcıların hastaya alternatif tedavi önermesi ile katılımcıların cerrahi operasyon öyküsü ilişkisinin dağılımı	53
Tablo 30. Preoperatif değerlendirme anketine katılımcıların cinsiyetlerine göre verdikleri doğru cevap sayılarının değerlendirilmesi.....	54
Tablo 31. Aile hekimlerinin preoperatif değerlendirme sürecinde rol algılarıyla preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi	55
Tablo 32. Katılımcıların preoperatif süreçte hasta eğitimi tutumunun preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi	56
Tablo 33. Preoperatif süreçte katılımcıların yeterlilik algısı ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi.....	57
Tablo 34. Katılımcıların yaş ve asistanlık süreleriyle preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi.....	58
Tablo 35. Katılımcıların preoperatif süreçteki hazırlık tutumu ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi.....	58
Tablo 36. Katılımcıların preoperatif süreçte diğer branşlara olan konsültasyon sıklığı oranı ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi	59
Tablo 37. Katılımcıların preoperatif süreçte laboratuvar testlerini veya görüntüleme tetkiklerini kontrol sıklığı oranı ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi	60
Tablo 38. Katılımcıların preoperatif süreçte kronik hastalıklara müdahale sıklığı oranı ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi	61
Tablo 39. Preoperatif süreçte Aile hekimlerinin hasta takibindeki rolü ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi	62
Tablo 40. Preoperatif değerlendirme anketindeki soruların Ayrımcılık İndeksi ve Zorluk İndeksi	63

ÖZET

Aile Hekimliği Asistanlarının Preoperatif Değerlendirme Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Giriş: Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde hataların, komplikasyonların veya advers olayların önlenmesi, azaltılması ve yönetilmesi anlamına gelir. Aile hekimleri, hastaların genel sağlık durumunu, kronik hastalıklarını, ilaç kullanım geçmişini ve yaşam tarzı faktörlerini detaylı bir şekilde bilmeleriyle, preoperatif değerlendirmede hasta güvenliği açısından kritik bir rol oynar. Çalışmamız, aile hekimlerinin preoperatif değerlendirme konusundaki bilgi düzeylerini ölçerek, eğitim ihtiyaçlarını belirlemeyi ve ülkemizde cerrahi öncesi değerlendirmede aile hekimliğinin konumunu güçlendirmeyi amaçlamaktadır.

Materyal ve Metot: Etik onam alındıktan sonra 01.02.2025-15.03.2025 tarihleri arasında Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan aile hekimliği asistanları ile gerçekleştirildi. Katılımcılara sosyodemografik bilgi soruları, 5 ana başlık altında bilgi soruları (Avrupa Anesteziyoloji Derneği (ESA)'nin kardiyak olmayan cerrahi girişim geçiren yetişkinlerin preoperatif değerlendirme kılavuzu referans alınarak) ve preoperatif değerlendirme tutumunu ölçen anket soruları yüz yüze ve e-form aracılığıyla uygulandı. Bulgular istatistiksel paket programı ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması $35,47 \pm 8,82$ olup. Katılımcıların %44,0 (n=55)'i kadındı ve %51,2'si daha önce anestezi almalarını gerektiren cerrahi müdahale geçirmişti. Asistanlık süresi ile bilgi düzeyi arasında pozitif bir ilişki bulunmuş; daha deneyimli asistanlar daha yüksek başarı göstermiştir. Tutum analizleri, asistanların aile hekimlerinin preoperatif değerlendirmedeki rolüne olumlu yaklaştığını, ancak hasta eğitimi konusunda daha fazla çaba gerektiğini göstermiştir.

Sonuçlar: Aile hekimlerinin cerrahlar ve anestezi uzmanlarıyla iş birliği, hasta güvenliğini artırmak için kritik önemdedir. Bu iş birliği, tıbbi hataları önler, risk yönetimini güçlendirir ve hasta eğitimini destekler. Sonuç olarak, asistanların genel bilgi düzeyi yeterli olsa da bazı alanlarda eğitim eksiklikleri bulunmaktadır. Bu çalışma, aile hekimliği eğitim programlarının bu eksikliklere odaklanması ve iş birliğini güçlendirmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Preoperatif bakım, Aile hekimliği, Hasta güvenliği

ABSTRACT

Evaluation of Family Medicine Residents' Knowledge and Attitudes Regarding Preoperative Assessment

Introduction: Patient safety is paramount in healthcare, focusing on preventing errors and managing risks. Family physicians play a vital role in preoperative assessment due to their comprehensive understanding of patients' health, chronic conditions, medications, and lifestyle. This study aims to assess family medicine residents' knowledge of preoperative assessment, identify educational gaps, and enhance the role of family medicine in preoperative care in our country.

Materials and Methods: Conducted between February 1 and March 15, 2025, at Adana City Training and Research Hospital, this study involved family medicine residents after obtaining ethical approval. Participants completed a survey comprising sociodemographic questions, knowledge-based questions aligned with the European Society of Anesthesiology (ESA) guidelines for preoperative assessment in non-cardiac surgery, and attitude assessments. Data were collected in person and via e-forms and analyzed using statistical software.

Results: The mean age of participants (n=125) was 35.47 ± 8.82 years, with 44% (n=55) female and 51.2% having prior surgical experience under anesthesia. A positive correlation was observed between residency duration and knowledge level, with more experienced residents achieving higher scores. Attitude analysis revealed positive perceptions of family physicians' roles in preoperative assessment but highlighted the need for improved patient education efforts.

Conclusions: Effective collaboration among family physicians, surgeons, and anesthesiologists is essential for enhancing patient safety, reducing medical errors, and improving risk management. While residents demonstrated adequate general knowledge, specific educational gaps were identified. This study underscores the need for targeted training in family medicine curricula to address these deficiencies and foster stronger interdisciplinary collaboration.

Key Words: Preoperative care, Family medicine, Patient safety

1. GİRİŞ VE AMAÇ

T.C. Sağlık Bakanlığı 2023 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre, Türkiye'de yılda 5.992.338 cerrahi operasyon gerçekleştirilmektedir ve sürekli artmaktadır (1). Artan cerrahi işlem sayısı, preoperatif değerlendirme sürecini daha kritik ve kapsamlı hale getirmektedir.

Aile hekimleri WONCA tanımında da vurgulandığı üzere, yalnızca bireye özel, bütüncül bir bakım sunmakla kalmaz; aynı zamanda hasta savunucusu ve bakım koordinatörü rollerini de içerir. Aile hekimi; hastanın savunucusu olarak, hastayı tıbbi süreçte temsil eder, hasta haklarını gözetir, karar alma süreçlerini destekler ve hastanın çıkarlarını diğer disiplinler nezdinde savunur. Bakım koordinatörü olarak da perioperatif dönemde farklı sağlık profesyonelleri ile hasta merkezli iş birliği sağlar; gereksiz testlerden, tekrar yönlendirmelerden ve bilgi kopukluklarından kaynaklanan hataları önler. Bu roller, özellikle cerrahi öncesi süreçte daha da kritiktir.

Preoperatif değerlendirme, hastanın tıbbi durumlarını, perioperatif risklerini ve planlanan operasyona uygunluğunu inceleyen kapsamlı bir süreçtir. Amaç, perioperatif morbiditeyi azaltmak, sağlık maliyetlerini düşürmek ve hastanın günlük yaşamına hızlı bir şekilde dönmesini sağlamaktır (2). Bu nedenle, detaylı medikal öykü alınmalı, fizik muayene yapılmalı ve perioperatif riskler titizlikle belirlenmelidir (3). Erken preoperatif değerlendirme, gereksiz testleri, operasyon iptallerini, ameliyat günü gecikmelerini, hastanede yatış süresini ve mortalite oranlarını azaltabilir. Bazı ülkelerde, anestezi uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ve aile hekimleri tarafından yönetilen özel preoperatif klinikler yaygınlaşmaktadır. Aile hekimliği, hastanın doğumundan ölümüne kadar tüm yaşamına eşlik eden ve biyopsikososyal bir disiplin olarak hastanın tıbbi öyküsüne, tanılarına, kullandığı ilaçlara, bitkisel ürünlere, alerji durumuna, aşı takvimine, beslenme alışkanlıklarına, malnütrisyon, kırılabilirlik, gebelik, engellilik, alkol, sigara, madde kullanımı, egzersiz düzeni, ruhsal ve sosyal durumuna en hâkim branştır. Diğer branşlar, poliklinik muayene sürelerinin kısıtlılığı ve hasta yoğunluğu nedeniyle detaylı anamnez ve fizik muayene yapamayabilir, bu da preoperatif değerlendirmede eksikliklere yol açabilir. Aile hekimleri, bu bilgileri yöneterek hastayı yönlendirmeli, perioperatif komplikasyonları azaltmalı veya önlemelidir. Erken preoperatif değerlendirme, hastanın morbidite ve mortalite risklerini düşürmenin yanı sıra, yeterince ele alınmamış sağlık

sorunlarını tespit etme fırsatı sunar. Acil cerrahi dışında, elektif operasyon planlarında aile hekimleri, cerrahi branşlarla aktif bir rol üstlenerek operasyonun gerekliliğini değerlendirmeli ve endikasyonları netleştirmelidir. Her cerrahi işlem, anestezi uygulaması ve hastanın klinik/sosyodemografik özelliklerine bağlı olarak komplikasyon riski taşır ve morbidite ile mortaliteyi artırabilir. Aile hekimliği, birincil basamak sağlık hizmetinde hastanın ilk temas noktası olarak, cerrahi riskleri hasta ile değerlendirir, diğer branşlarla koordinasyonu sağlar ve hastanın savunuculuğunu üstlenerek gereksiz test, tanı ve tedavileri önler. Böylece, gereksiz operasyonlar engellenir ve cerrahi komplikasyonlara bağlı morbidite/mortalite oranları azalır. Aile hekimleri, hastanın yaşam tarzı alışkanlıklarını (egzersiz, beslenme), biyopsikososyal durumunu değerlendirerek ve ilgili uzmanlarla (ör. fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmetler) iş birliği yaparak, gerekli endikasyonu olmayan operasyonları yaşam tarzı değişiklikleri veya ruhsal/sosyal yönetimle önleyebilir. Bu yaklaşım, gereksiz operasyonları azaltır, perioperatif komplikasyonları düşürür, ek hastalıkların yönetimini optimize eder ve postoperatif komplikasyonları önler.

Tez çalışmamızda, aile hekimliği asistanlarının preoperatif değerlendirme konusundaki bilgi düzeylerini ölçerek eğitim ihtiyaçlarını belirlemeyi ve Türkiye’de aile hekimliğinin cerrahi öncesi süreçteki rolünü güçlendirmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği Disiplini'nin Tanımı ve Gelişim Süreci

Aile hekimliği, kişinin yaş, cinsiyet, diğer sosyodemografik özellikleri, hastalık ayrımı yapmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini veren hastanın sağlıkla temas edebildiği ilk alan olan bir disiplindir.

WONCA (Dünya Aile Hekimliği Birliği) 'ya göre genel pratisyenlik/aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik faaliyeti olan akademik ve bilimsel bir disiplin olup, birincil basamak tedaviye yönelik klinik bir uzmanlık alanıdır. Altı çekirdek yeterlilik, on iki temel ilke ve üç ek özelliğin kökenini içeren ayrıca 2023 yılında yapılan revizyon ile aile hekimliği disiplinine gezegen sağlığı, tek sağlık ve sürdürülebilirlik kavramları da dahil olan bir disiplindir (4).

Dünyada aile hekimliği 1910 yılında Flexner raporu ile "Tıp eğitiminin hastanelerle bağlantılı olarak yapılması kararlaştırılmış" ve sonrasında 1923 'bağlantılı olarak W. Peabody'nin " Kişinin hastalıklarının, şikayetlerinin bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalı"nın gerekliliği savunularak Aile hekimliğine gereksinim olduğu belirtildi. Amerikan Tıp Birliği tarafından Millis raporu ve Willard raporu 1966 yılında yayınlanarak; Birincil bakım alanında çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan "Aile Hekimliği" tanındı. Amerika'da aile hekimliği uzmanlık dalı olarak 1969 yılında kabul edilmiş ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur.

Aile hekimliğinin gelişim sürecinde önemli bir olay olan 1974'te Hollanda'da yapılan Leuwenhorst toplantısı'nda aile hekimliğiyle ilgili görüşler şu şekildedir: "Aile hekimliği; kişileri, kişilerin ailesini ve sorumlu olduğu nüfusu da içine alan kapsayıcı bir sağlık hizmeti sunan, birinci basamak sağlık hizmeti yaklaşımıdır ve aile hekimi yaş, cinsiyet veya diğer sosyodemografik durum fark etmeksizin bireylere hizmet sunar. Hastalarının tedavi sürecinde fiziksel, psikolojik ve toplumsal durumları dikkate alır ve birleştirir. Kronik, sürekli tekrarlayan veya son dönemde olan kişilerin tedavi sürecinde ve yönetilmesinde aktif rol alır"(5). Alma Ata Konferansı'nda 1978 yılında "2000 yılında herkese sağlık" başlığı altında hedefler ve stratejiler belirlendi. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tarafından Ontario'da 1994 yılında yapılan konferansta; Aile Hekimliğinin amaçları, görev tanımı, işleyişi,

kurumsallaşması ve politikası gibi konularda önemli kararlar alındı. Bu kararlar ve önerilerle, birçok ülkede birinci basamak sağlık hizmeti konusunda çalışmalar başlatılmış oldu.

Ülkemizde ise aile hekimliği 1983'te Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde ayrı bir uzmanlık olarak yer almış, 1984'te Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde ilk aile hekimliği anabilim dalı kuruldu. Uzmanlık eğitime Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde 1985'te başlandı. Türkiye Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA)'ya 2003'te üye oldu. Ülkemizde Aile Hekimliği'nin ilk uygulaması pilot il olarak seçilen il Düzce'de 2005 Eylül ayında başlamıştır. Ülkemizin tüm illerinde aile hekimliği uygulaması 2010 yılının aralık ayında hizmete girmiştir (6).

2.2. Aile Hekimliği Disiplini'nin Özellikleri ve Temel Yeterlilikleri

WONCA (Dünya Aile Hekimliği Birliği) 'ya göre genel pratisyenlik/aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik faaliyeti olan akademik ve bilimsel bir disiplin olup, birincil basamak tedaviye yönelik klinik bir uzmanlık alanıdır.

Tablo 1. Aile Hekimliği Temel Özellikleri(4)

Aile Hekimliği Disiplininin Temel Özellikleri
a) Hastanın yaş, cinsiyet, herhangi sosyodemografik özelliğine bakmaksızın ve ayırt etmeksizin hastanın tüm sağlık sorunları ile ilgilenir ve kişinin ilk tıbbi temas noktasıdır.
b) Sağlık kaynaklarını koordine eder, birinci basamakta diğer sağlık çalışanları ile çalışır ve gerektiğinde diğer uzmanlık alanlarıyla hastanın kliniğini ortak yönetir. Bu şekilde sağlık kaynaklarını verimli bir şekilde kullanır.
c) Kişiye, ailesine ve toplumuna yönelik Hipokrat'ın belirttiği gibi "hastalık yoktur hasta vardır" şeklinde kişi merkezli bireysel bir yaklaşım geliştirir.
d) Hastasını birçok konuda motive eder. Daha kaliteli bir yaşantısı olması için destekler.
e) Doktorun, hastası ile kendine ait görüşme süreci vardır. İlerleyen zamanlarda bu görüşme hasta ve hekim arasında eşsiz ve etkili iletişim olanağı oluşturur.
f) Hastanın gereksinimlerine göre hastanın alacağı sağlık hizmetlerinin boylamsal (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
g) Hastalıkların toplum içindeki prevalans ve insidansını belirlemede özgün bir karar verici disiplindir.
h) Kişilerin akut ve kronik sağlık problemlerini aynı zamanda beraber yönetir.
i) Kişinin şikayetlerinin erken evresinde henüz tanı konulmamış rahatsızlıkları ve acil girişim gerektirebilecek durumları yönetir.
j) Gerekli ve etkili müdahalelerle hastaların ve içinde yaşadıkları ekosistemlerin sağlığını ve iyilik halini destekler.
k) Toplum ve evrenin sağlığı için kendine has sorumluluğu mevcuttur.
l) Sağlık problemlerini fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel ve varoluşsal yönleriyle değerlendirir ve yönetir.

Aile Hekimliği Temel Özellikleri(4)

WONCA AĞACI İsviçre Birinci Basamak Koleji tarafından, WONCA AVRUPA tanımı ile hazırlanmıştır. Aile hekimliği disiplininin kökenini oluşturmuş, 2023 yılında tekrardan düzenlenmiş ve Tek Sağlık, Gezegen Sağlığı ve Sürdürülebilirlik uygulanmalarında esas olmak üzere altı çekirdek yeterliliğe, on iki ilkeye ve üç ek özelliğe yeni bir entegre yaklaşımı içerir.

Aile hekimliği Disiplini'ni tanımlayan on iki özellik Aile Hekimliği'nde uzmanlaşmak için temeldir. Bu özellikler altı çekirdek yeterlikte toplanabilir. "Çekirdek

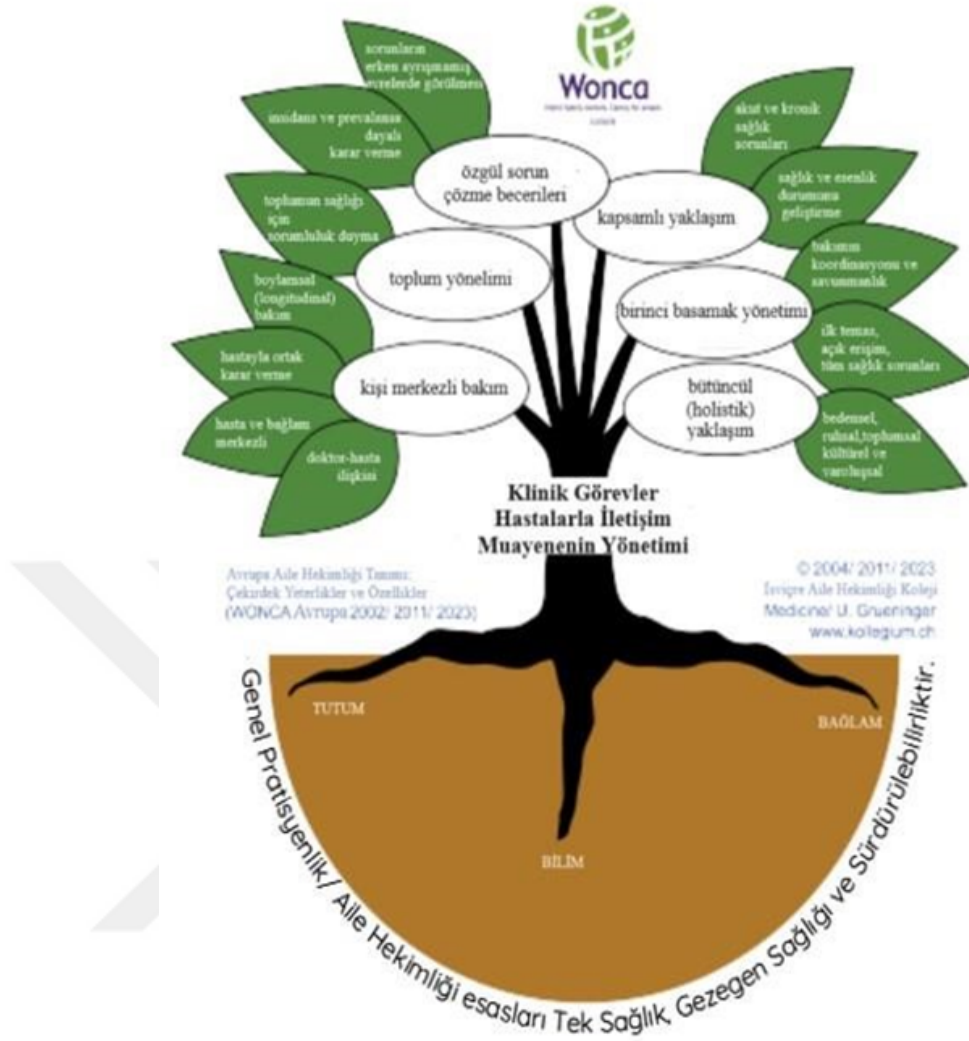
Yeterlilik’’ olarak isimlendirilmesinin nedeni uygulandıkları sağlık sistemi göz önüne alınmaksızın Aile Hekimliği Disiplini için zorunlu olmasıdır.

Altı  ekirdek yeterlilik şu şekilde sıralanabilir.

- 1) Birinci bakım yönetimi (a, b)
- 2) Kişi merkezli bakım (c, d, e, f)
- 3)  zg l sorun çözme becerileri (g, h)
- 4) Kapsamlı yaklaşım (i, j)
- 5) Toplum Yönelimli olma (k)
- 6) Bütüncül (holistik) yaklaşım (l)(4)

Kişi merkezli bir bilimsel disiplin olarak, temel yeterliliklerin uygulanmasında    ek özellik esas olarak dikkate alınmalıdır:

- a) Bağlam:** Aile Hekimleri’nin kendilerinin ve çalıştıkları ortamın bağlamını, çalışma şartlarını, ait oldukları topluluklarını, kültürlerini, ekonomik durumlarını anlamak.
- b) Tutum:** Hekimin mesleki yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı tutumlar.
- c) Bilim:** Hastalarını tedavi ederken ve yaptığı uygulamalarda eleştirel ve araştırmaya yönelik tutum sergileme ve sürekli eğitim öğrenme ve mesleki kalitesini artırarak bu tutumunu sürdürme (5).



Şekil 1. WONCA EUROPE (Avrupa Genel Pratisyenlik/ Aile Hekimliği Derneği) 2023 Revizyonu (4)

Aile Hekimliği bu yeterlilikler de dikkate alındığında hastalarının preoperatif değerlendirme sürecinde muhakkak aktif rol oynamalıdır. Birincil bakım yönetiminde bahsedildiği gibi hastanın tıbbi olarak ilk temas noktasının Aile Hekimi'nin olması operasyon öncesi yönetilebilecek birçok şikâyetin önüne geçerek operasyon iptallerini engelleyebilir. Kişi merkezli bakımda bahsedildiği gibi longitudinal (boylamsal) süreklilik içermesi Aile Hekimliği'nin; hastanın doğumundan ölümüne kadar tüm tıbbi kayıtlarının mevcut olması preoperatif değerlendirme sürecinde anestezi ve cerrahi branşlara fayda sağlar. Yine özgül problem çözme yetenekleri ile Aile Hekimi'nin akut ve kronik hastalıkları yönetmesi preoperatif süreçte hastanın perioperatif komplikasyonlarının azalmasını sağlayabilir. Bütüncül (holistik) yaklaşım ile hastayı biyopsikososyal değerlendirdiği için diğer branşlar tarafından gözden kaçabilen

kullandığı tıbbi ilaçlar, bitkisel ürünler ve takviye ürünler, alerji öyküsü, aşılama takvimi, beslenme alışkanlıkları, malnütrisyon ve kırılganlık durumu, yaşlılık, gebelik durumu, engellilik, alkol, sigara ve madde kullanımı, egzersiz düzeni, ruhsal ve sosyal durumu Aile hekimi'nin bilgisi dahilinde olup yönetilir ve bu yönetim hem perioperatif komplikasyonların önüne geçebilir hem operasyon iptallerinin ya da gereksiz operasyonların önüne geçebilir.

2.3. Preoperatif Değerlendirme

Preoperatif değerlendirme, operasyon planlanan hastaların tıbbi durumlarını, perioperatif riskini ve planlanan operasyona hazır olup olmadığını belirleyen kapsamlı bir değerlendirme sürecidir. Aynı zamanda operasyon için anestezi planı oluşturmak için anestezi öncesi risk değerlendirmesi ve anestezi ile ilgili riski artıran durumlar için değerlendirme sürecini de içerir (2).

Preoperatif değerlendirmede en önemli amaçlar; operasyon öncesi, operasyon anında ve operasyon sonrasında oluşabilecek ek problemlerin önüne geçebilmek, azaltmak, operasyon sürecini hastanın daha kaliteli geçirebilmesi, yatan hasta bakım maliyetlerini azaltabilmesi ve hastayı normal yaşam fonksiyonlarına ve rutinlerine daha kolay ve hızlı döndürebilmektir. Bu amaçla hastanın tıbbi öyküsünden gerekli bilgiler alınmalı, hastanın perioperatif riski detaylı olarak değerlendirilmeli ve hastanın en uygun ve en iyi şartlarda perioperatif planı oluşturulmalıdır. Preoperatif değerlendirme ameliyathanenin etkin kullanılmasını, operasyon gecikme veya ertelemelerin azaltılmasını, hastane masraflarının azalmasını ve tedavi kalitesinin artmasını sağlar (3).

Preoperatif değerlendirme hemşire veya cerrah, aile hekimi, diğer uzman doktorlar tarafından yapılabilir ancak özellikle anestezi öncesi değerlendirme bir anestezi uzmanı tarafından son karar verilip değerlendirme süreci tamamlanmalıdır (7). Anestezi hekimi perioperatif alanda tıbbi uzmandır ve böylece anestezi veya cerrahi operasyonun risklerini değerlendiren, bu riskleri hastayla tartışan ilgili durumda diğer branşlar ile konsülte ederek ortak karar verip değerlendiren, cerrahi ekibi yönetendir. Anestezi doktoru, anestezi yönetimini etkileyebilecek temel ve güncel bilgilere ve tüm hastalıklar ve sendromlar hakkında temel ve güncel bilgiye sahip olmalıdır (3).

Preoperatif ve preanestezik değerlendirme;

Hastanın tıbbi kayıtlarını incelemek (tıbbi tanıları, kullandığı ilaçlar, alerjisi, aşı öyküsü vs.), hastadan detaylı anamnez alınması (tıbbi ve cerrahi öyküsünün alınması) ve fizik muayene yapılması (öncelikle ve özellikle vital bulguların değerlendirilmesi, kardiyovasküler sistem muayenesi, solunum sistemi muayenesi ve havayolu muayenesi), anestezi öyküsünün alınması ve anestezi girişimlerinin değerlendirilmesi, detaylı öykü ve fizik muayene sonrasında perioperatif riskleri ve tedavisinin değerlendirilmesi, her hastaya özel olarak değişen; yapılacak anestezi işlem ile ilgili tetkiklerin istenmesi ve ilgili konsültasyonların yönetilmesi, anestezi işlem için yöntem belirlemek ve plan geliştirmek (indüksiyon, idame ve postop bakım), hastaya yapılacak anestezi işlem ve riskleri hakkında bilgi verilmesi ve onam formunun alınması ve belgelenmesini içeren detaylı bir süreçtir (3).

2.3.1. Preoperatif Değerlendirme Sürecinin Zamanlaması

Preoperatif değerlendirme sürecinin zamanlaması ve hasta için hangi sağlık profesyonelinin preoperatif değerlendirmede en uygun olacağı kararı; hastanın genel sağlık durumuna, hastanın sosyal koşullarına (engellilik, ulaşım sorunu vs), planlanan operasyonun risk derecesine ve operasyonun aciliyetine bağlıdır (2) Operasyon iptallerinin önüne geçilmesi, gereksiz operasyonların engellenmesi, hastane yatış sürecinin azaltılması ve perioperatif konsültasyonların planlanıp perioperatif ek komorbiditelerin daha kolay yönetilebilmesi, hastane içi mortalite ve morbiditenin azaltılması için erken preoperatif değerlendirme süreci daha uygundur (7). Değerlendirmenin planlanan operasyondan yeterli zaman önce yapılması herhangi bir ameliyat öncesi müdahalenin uygulanmasına da olanak sağlar (8). Değerlendirme süreci operasyondan 48 saat önce detaylı tekrar değerlendirmeyi içerecek biçimde planlanan operasyon öncesi 30 gün içinde yapılması daha uygundur. Altmış beş yaş altında stabil, tedavi ile kontrol altında olan hafif tıbbi rahatsızlıkları mevcut ve düşük riskli operasyon planlanan hastanın cerrahya dahil olmak üzere herhangi bir doktor preoperatif değerlendirmesi yapılabilir ve anestezi işlemi günü anestezi uzmanı tarafından süreç tamamlanabilir. Orta ve yüksek riskli kliniğe sahip hastalar veya yüksek riskli operasyon planlanan hastalar operasyondan önce detaylı bir değerlendirmeye ihtiyaç duyarlar.

2.3.2. Preoperatif Değerlendirmede Anamnez ve Fizik Muayene

Preoperatif değerlendirme sürecinde anamnez ve fizik muayene kapsamlı yapılmalıdır.

Anamnez alınırken özellikle; planlanan operasyon türü, hastanın mevcut tanıları, ek semptomları, kullandığı ilaçlar ve takviye ürünler, aşı öyküsü, alkol sigara kullanımı, madde kullanımı, allerji öyküsü, daha önceki anestezi öyküsü (anestezi sırasında herhangi bir komplikasyon olmuş mu? Anestezi türü), daha önceki cerrahi operasyon öyküsü, aile öyküsü (ailede bilinen kanama bozukluğu, malign hipertermi öyküsü, anestezi sırasında yüksek ateş öyküsü vs), zor hava yolu öyküsü daha detaylı sorgulanmalıdır (2).

Fizik muayenede vital bulgulara, havayolu ve solunum sistemine ve kardiyovasküler sistem daha ön planda değerlendirilerek muayene edilmelidir (3).

2.3.2.1. Zor Havayolu

Amerikan Anestezistler Derneği, zor hava yolunu “anestezi bakımı konusunda eğitilmiş bir doktorun yüz maskesi ventilasyonu, laringoskopi, supraglottik hava yolu kullanılarak ventilasyon, trakeal entübasyon, ekstübasyon veya invaziv hava yolunda yaptığı girişimler, zor veya beklenmeyen zorluk veya başarısızlık yaşadığı durum” olarak tanımlar (9).

Operasyon nedeni ile anestezi girişim olacak hastanın havayoluna müdahale edileceğinden dolayı detaylı bir anamnez alınmalıdır. Böyle bir anamnezde zor havayoluna işaret ettiği kanıtlanmış konjenital, edinsel ve travmatik patolojiler (Koanal atrezi, maksilofasiyal yaralanma, servikal travma, larenks hasarı, epiglotit, krup, akromegali, diyabet mellitus, morbid obezite, ankilozan spondilit, romatoid artrit, üst ve alt solunum yolu tümörleri) sorgulanır (10).

Tablo 2. Zor hava yolu belirteçleri(3,8)

- Obstruktif uyku apnesi sendromu , Horlama öyküsü, Obezite
- Boyun çevresinin geniş olması
- Tiromental mesafenin baş ekstansiyonda iken 6.5cm'den az olması
- Yüksek Mallampati skorları
- Büyük dil
- Mandibulanın öne çıkamaması veya alt dişlerin üst dişler hizasından öne geçememesi
- Önceki cerrahiden gelen yüz ve boyun deformitesi
- Baş ve boyun travması
- Önceki baş ve boyun radyasyonu
- Baş ve boyun konjenital anomalileri
- Romatoid artrit
- Down sendromu
- Skleroderma
- Servikal omurga hastalıkları ve önceki cerrahisi

Tablodaki belirteçlerden 2 veya daha fazlası mevcutsa potansiyel zor hava yolu olarak görülmeli ve hastaya bilgi verilmelidir (3).

Zor maske ventilasyonu için belirteçler ise şunlardır:

- Hastanın yaşının 55 ve üzerinde olması
- BMI>26kg/m²
- Hastanın dişlerinin olmaması
- Hastada sakal olması
- Hastanın horlama öyküsü (11)

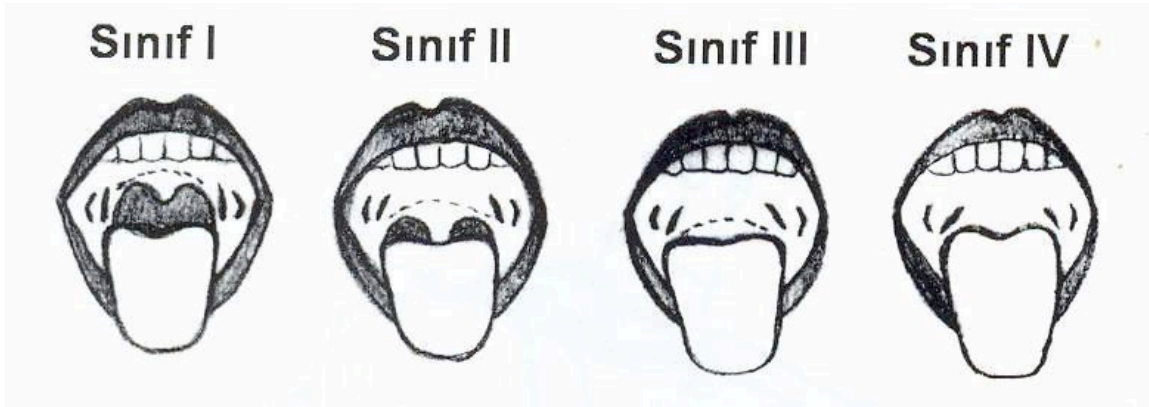
Zor entübasyonu öngörebilmek belirleyebilmek için bazı sınıflamalar ve mesafe ölçümleri geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları şunlardır: Mallampati Sınıflaması, Cormack-Lehane Sınıflaması, Sternomental Mesafe, Tiromental Mesafe.

Mallampati Sınıflaması

Mallampati sınıflaması için hasta oturur pozisyonda ve doktora bakar durumdayken hastanın ağzını tüm gücüyle açması ve dilini öne doğru çıkarması ile faringeal yapıların (uvula, yumuşak damak, sert damak ve pilikaların) gözlemlenerek

skorlanmasıdır. I'den IV'e kadar puanlanan temporamandibular (çene) eklemin açılabilirliği ve ağız açıklığının yeterli laringoskopik görüntü sağlamak için ne kadar uygun olduğunu belirleme de kullanılan bir sınıflamadır (12).

Mallampati skoru, genel hava yolu değerlendirmesinin bir parçası olmakla beraber zor entübasyon kararında tek başına yeterli değildir (7). Genel olarak, Mallampati sınıfı I ve II kolay entübasyonu, sınıf III zorluğu ve sınıf IV zor entübasyon olacağını öngörür (13).



Şekil 2. Mallampati Sınıflaması(3)

Sınıf I: Yumuşak damak, uvula ve pilikalar tamamı görülür.

Sınıf II: Uvula ve yumuşak damak görülür ancak pilikalar görülmez.

Sınıf III: Yalnızca uvula tabanı ve yumuşak damak görülür.

Sınıf IV: Sadece sert damak görülür (13).

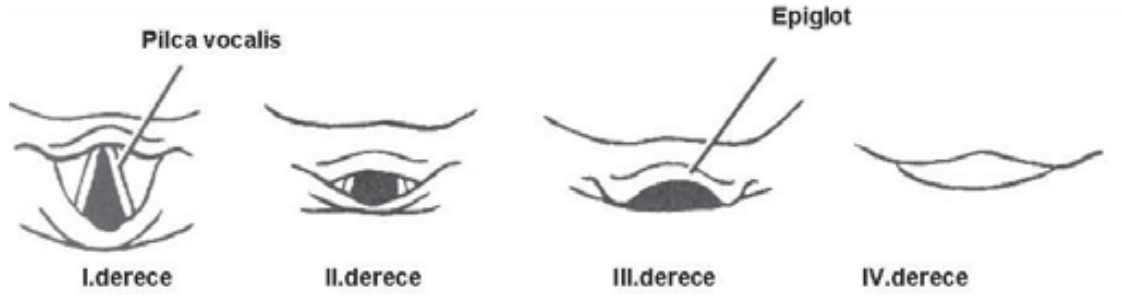
Sternomental Mesafe

Hastanın başı tam ekstansiyon pozisyonunda ve ağız kapalı olduğu durumda ölçülen yine zor entübasyon kararında önemli olan bir parametredir. Mandibulanın alt çıkıntısı mentum ile sternumun üst ucu manubrium sterni arasındaki mesafedir. 12,5 cm veya daha kısa ise entübasyonun daha zor olacağı öngörülebilir (12).

Tiromental Mesafe

Hastanın başı ekstansiyonda iken çene ucu mentum ile tiroid kıkırdağın (adem elmasının) en çıkıntılı kısmı arasındaki uzaklıktır. Bu mesafenin kişide 7 cm ve üstü olması entübasyonun daha kolay olacağını gösterir. 6 ve 6,5 cm'den daha küçük olması

zor entübasyon olacağını öngörebilir (12,13). Hastanın çene ucu mentum göğüs duvarına ne kadar yakınsa ve baş orta hatta ise entübasyonun daha zor olacağı öngörülebilir (14).



Şekil 3. Cormeek-Lehane Sınıflaması(15)

Cormeek-Lehane Sınıflaması

Bu sınıflama, entübasyon sırasında **laringoskopi** ile yapılır. Glottik yapıların görünümüne göre hava yolunun ne kadar zor olacağını belirlemeye yarayan bir sistemdir.

Evre I: Glottisin tamamı ve epiglotun tamamı laringoskop ile görünür haldedir.

Evre II: Epiglotun tamamı ve glottis kısmen laringoskop ile görünür haldedir.

Evre III: Sadece epiglot laringoskop ile görünür haldedir.

Evre IV: Laringoskop ile epiglot ve glottis her ikisi de görünmez.

Evre III ve IV riskli zorlu entübasyon olacağı öngörülebilir (15).

2.3.2.2. Preoperatif Değerlendirmede Solunum Sistemi

Preoperatif solunum sistemi değerlendirmede en önemli hedefler: Preoperatif komplikasyon riskini belirlemek ve azaltmak, postoperatif dönemde komplikasyon ihtimali olan hastada bu ihtimalleri en aza indirmektir.

Postoperatif pulmoner komplikasyonlar için risk faktörleri

Pulmoner Faktörler

- Astım
- KOAH
- İnterstisyel Akciğer Hastalıkları
- Pulmoner Hipertansiyon

- Geçirilmiş Pulmoner Tromboembolizm
- Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları
- COVID-19 (Koronavirüs Hastalığı 2019)

Diğer Faktörler

- ASA>2
- Yaş (65 Yaş ve üstü)
- Preoperatif anemi (Hb <10g/dl)
- Sigara
- Obstruktif Uyku Apnesi
- Obezite (VKI>30)
- Konjektif Kalp Yetmezliği
- Serum albümin düşüklüğü (<3,5 g/dl)
- Kan üre nitrojen seviyesi (BUN>30 mg/dL)

Cerrahi operasyon ile İlgili Faktörler

- Operasyonun aciliyeti, süresi (2 saatten uzun olması), yöntemi
- Genel anestezi altında opere olmak

Özellikle; kardiyak alan torasik alan üst abdominal ve damar cerrahileri pulmoner komplikasyonlar açısından en riskli cerrahilerdir (3,16).

Pulmoner fonksiyonel değerlendirme için yapılacak ana testler, spirometri, akciğer hacimleri ve difüzyon kapasitesi ölçümü, oksimetri ve arter kan gazları analizidir (16). Bu tetkikler semptomları olan KOAH tanılı hastalarda, restriktif skolyoz, oda havasında oksijen satürasyonu <93% , evde oksijen cihazı kullananlar, Pulmoner Hipertansiyon tanılı hastalarda, bariatrik cerrahi operasyonu planlanan hastalarda, kas-iskelet sistemi hastalığı olan hastalarda, ASA 3-4 sınıflamasında olan hastalarda yapılabilir (3). Hastanın kliniğine göre zorunlu görülen durumlarda, kardiyopulmoner egzersiz testi ve invaziv pulmoner hemodinamik ölçümlerde yapılabilir. Her hasta için gereken tetkikler, kişinin genel kliniği, tıbbi tanıları ve planlanan operasyona değerlendirilip karar verilir (16).

Solunum fonksiyon testinin, açıklanamayan nefes darlığı veya egzersiz intoleransı olan hastalarda kliniğin şüpheli olması durumunda kardiyak ve pulmoner nedenler arasında ayırım yapmak gerekiyor ise ya da ciddi akciğer hastalığı olan kişilerde kliniği daha iyi hale getirebilmek, operasyon öncesi hastayı en iyi hale getirebilmek için yapılabilir (16).

Göğüs radyografisi her hasta için önerilmemekle beraber sigara içen, üst solunum yolu enfeksiyonu semptomları mevcut olan, KOAH, kalp hastalığı olan hastada yapılabilir (3).

Solunum yolu enfeksiyonuna bağlı hava yolu reaktivitesi patojen elimine edilse dahi devam edeceğinden eğer planlanan operasyon elektif ise enfeksiyon başladığı günden 4-6 hafta sonrasına operasyon ertelenmelidir (16).

Sigara kullanımı mevcut olan hastada özellikle yara yeri enfeksiyonlarına, pulmoner komplikasyonlara, kardiyopulmoner yetmezlik ve ölüme daha sık rastlanmaktadır ve süre ile ilgili net bir karar olmamakla beraber en az 4- 8 hafta öncesinde sigara kullanımının bırakılması komplikasyonların azalmasını sağlayabilir. Bu nedenle 8 hafta öncesinde kesilmelidir (16,17,18).

Obstruktif Uyku Apnesi hem zor havayolu hem postoperatif pulmoner komplikasyonlar açısından daha riskli bir durumdadır. Elektif cerrahi uygulanacak hastalara (tanı konulmuş veya STOP-Bang anketinde > 5 puana göre yüksek şüphe indeksi olan) ameliyat öncesinde CBAP kullanılıp uyum sağlatılarak perioperatif dönemde CBAP kullanımı daha kolay hale getirilmelidir (3,16).

KOAH veya astım alevlenmesi olan hastaların kliniğinin optimize edilmesi ve alevlenmesi regrese olup hasta stabilize olduktan sonraki dönemde elektif operasyonun planlanması önerilir.

Aerobik egzersizler, nefes egzersizleri, inspiratuar kas eğitimleri gibi solunum fizyoterapisine pulmoner komplikasyon eğilimleri olan hastalarda planlanan operasyondan 2 hafta öncesinde başlanılmalıdır (16).

2.3.2.3. Preoperatif Değerlendirmede Kardiyovasküler Sistem

Kardiyak olmayan cerrahi operasyon geçirecek hastalarda kardiyovasküler sistem muayenesi ve tedavisi, cerrahi planlanmayan diğer hastalarla benzer endikasyonlara göre yapılmalıdır gereksiz tetkiklerden ve zaman kaybından kaçınılmalıdır (19).

Mortalite riskinin belirlenmesinde ve perioperatif kardiyak risk belirlemede kardiyak olmayan cerrahi operasyon olacak hastalarda ASA-PS (Amerikan Anestezistler Derneği Fiziksel Durum) ve RCRI (Revize Kardiyak Risk İndeksi) kullanılması daha uygun olur.

ASA-PS, RCRI, NSQIP MICA (Ulusal Cerrahi Kalite Geliştirme Programı Miyokard İnfarktüs ve Kardiyak Arrest) gibi risk belirteçlerinin perioperatif morbidite riskini öngörmek için kullanılması daha uygun olabilir (7).

Tablo 3. Revize Kardiyak Risk İndeksi (RCRI) (Lee Kriterleri)(19,20)

İskemik Kalp Hastalığı (Anjina Pectoris ve/veya önceki Miyokard İnfarktüsü)
Kalp Yetmezliği (Pulmoner Ödem, S3 gallop ritmi, bilateral raller, Paroksizmal Noktürnal Dispne)
Serebrovasküler Hastalık (İnme veya Geçici İskemik Atak)
Böbrek fonksiyon bozukluğu (serum kreatinin > 2mg/dl veya Kreatinklirensi<60ml/dk/1.73m2)
İnsülin tedavisi gerektiren Diyabet Mellitus
Yüksek riskli operasyon planlanması(intraperitoneal, intratorasik veya vasküler cerrahi)

Puanlamaya göre myokard infarktüs, pulmoner ödem, ventriküler fibrilasyon, 3.derece atriventriküler blok (tam kalp bloğu), kardiyak ölüm oranını öngörebilir (19).

Ulusal Cerrahi Kalite Geliştirme Programı Miyokard İnfarktüs ve Kardiyak Arrest (NSQIP MICA)

İntraoperatif ve postoperatif Miyokard infarktüs ve operasyon sonrası ilk 30 günde kardiyak arrest olma oranını öngören bir belirteçtir. 0%-100% arasında bir oran belirler. 0% en düşük risk, 100% en yüksek risktir (19).

Tablo 4. Ulusal Cerrahi Kalite Geliştirme Programı Miyokard İnfarktüs ve Kardiyak Arrest (NSQUIP MICA) (19,20)

Yaş
ASA Sınıflaması
Kısmen veya tamamen bağımlı fonksiyonel durum
Kreatinin >1,5 mg/dL
Planlanan Operasyon türü

Metabolik Eşdeğerleri (MET)

Hastanın fonksiyonel kapasitesini belirleyen subjektif bir test olmasına rağmen seçili hastalarda yapılan değerlendirmede preoperatif performansı belirlemede yararlı bir testir (7).

Fonksiyonel kapasite mükemmel >10 MET, iyi 7 MET ila 10 MET, orta (4 MET ila 6 MET, kötü (<4 MET) veya bilinmiyor olarak sınıflandırılmıştır (20)4 MET zayıf fonksiyonel kapasite için eşik olarak kabul edilir. Fonksiyonel kapasite genellikle hastalara iki kat merdiven çıkıp çıkamadıkları (>4 MET ile ilişkili bir aktivite) sorularak veya DASI (Duke Etkinlik Durumu İndeksi) gibi hastaya bazı günlük aktiviteleri, yaptığı sporlar vs. sorularak puanlanan bazı testler ile puanlama verilerek yapılabilir (19).

Preoperatif değerlendirmede ileri değerlendirme ve tedavi gerektiren aktif kardiyak durumlar şunlardır:

1-Stabil olmayan koroner sendromlar

- a) Kararsız/ciddi göğüs ağrısı,
- b) 30 Gün içerisinde geçirilen Miyokard İnfarktüs,

2-Dekompanse kalp yetersizliği,

3-Ciddi aritmiler (yeni tanı Ventriküler Taşikardi, 3. Derece Atrioventriküler tam blok, semptomatik bradikardi, ventriküler aritmi, hız kontrolü yapılamayan ventriküler aritmi),

4-Ciddi Kapak Hastalığı

- a) Ciddi Aort Darlığı (ort gradyent> 40mmHg, alan<1cm² veya semptomatik)
- b) Semptomatik Mitral Darlık(3)

Bu hastalar deneyimli bir anesteziist tarafından hem hastalıkların operasyon öncesi optimize edilmesi hem perioperatif riski öngörebilmek açısından kardiyoğa yönlendirilmesi gerekir (7).

EKG

EKG hastanın yaşına, kliniğine, semptomlarına ve cerrahi operasyon türüne göre istenecek bir tetkiktir (3). Orta ve yüksek riskli kardiyak olmayan cerrahi operasyon planlanan Koroner Kalp Hastalığı olan veya semptomları mevcut olan veya kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalarda preoperatif süreçte 12 derivasyonlu EKG yapılması uygun olabilir. 45-65 yaş arasında kardiyovasküler semptom öyküsü olmayan hastalarda yüksek riskli kardiyak olmayan cerrahide EKG planlanabilir. Sürekli ekg monitörü altında perioperatif dönemde aritmilerin tespiti ve tedavisi konusunda yetkin bir personel tarafından geçici olarak devre dışı bırakılmış ICD'li hastalar izlenmelidir (7).

Ekokardiyografi

Eğer bir hastanın bilinen kardiyak bir patolojisi yoksa veya EKG de bir sorun görülmediyse sadece yüksek riskli cerrahi operasyon planlanan hastalarda kullanılabilir (3). NT-proBNP/BNP testi yapıp NT-proBNP/BNP sonucu yüksek gelen hastalarda Transtorasik Ekokardiyografi yapılması önerilir (7).

Stres Testi

Koroner arter bypass grefti mevcut olan hastada, asemptomatik kötü fonksiyonel kapasiteye sahip hastada, perkutan koroner girişim öyküsü olan hastada cerrahi operasyon öncesi stres görüntüleme düşünülebilir (7).

Koroner anjiyografi

Akut ST elevasyonlu MI da acil anjiyografi önerilirken, planlanan cerrahi operasyonun riskine göre NonST Akut Koroner Sendrom'lu hastalarda acil veya erken girişimsel işlem düşünülür. Yeterli tedaviye rağmen instabil göğüs ağrısı, miyokard iskemisi olan hastalarda operasyon öncesinde anjiyografi düşünülebilir (3). Akut Koroner Sendrom'dan 12 ay sonrasına cerrahi operasyon ertelenmelidir. Elektif perkutan koroner girişim oldu ise hastanın operasyonu altı ay sonrasına ertelenmesi daha uygundur.

Kardiyak olmayan cerrahi planlanan hastalarda kardiyovasküler risk faktörleri (sigara kullanımı, fiziksel inaktivite, diabetes mellitus, hipertansiyon, obezite, dislipidemi(21)) değerlendirilmeli ve planlanan cerrahi operasyon öncesi optimize edilmelidir.

Kardiyak perioperatif risk sınıflamasında ve preoperatif hasta risk sınırlamasında RCRI kullanılıp, yüksek riskli hastalarda perioperatif ve geç dönem kardiyak olayları belirlemede prognostik bir faktör olan BNP ve cerrahi operasyondan sonraki 1.gün ve 2. günde kardiyak troponin istenmesi uygun olabilir. Perioperatif Kardiyovasküler patolojilere yol açabilmesinden dolayı eğer hastanın sistolik kan basıncı >180 mmHg ve diyastolik >110 mmHg ise planlanan cerrahi operasyon ertelenmelidir (7). Elektif kardiyak olmayan cerrahi operasyon geçiren hastalarda ve kronik hipertansiyonu mevcut olan hastalarda hipotansiyondan kaçınılmalı özellikle diüretik kullanan hastalarda hipotansiyon daha da şiddetlenebileceği için operasyon öncesi kesilmesi, kalp yetmezliği olmayan hasta RAAS inhibitörlerinin operasyon günü kesilmesi değerlendirilebilir (7,22).

Beta blokör kullanımı mevcut olan hastanın ilacına devam etmesi, 2 ve üzeri klinik risk faktörü veya ASA III olan yüksek riskli cerrahi operasyon planlanan hastada, bilinen iskemik kalp hastalığı veya myokard infarktüs öyküsü bulunan hastada operasyon öncesinde beta bloker başlanması önerilir.

Aspirin tedavisi alan hastada tedavinin kesilmesi veya devam edilmesi hususunda hastanın kliniğine, planlanan operasyon türüne göre değerlendirilmesi daha uygun olabilir (7).

ASA-PS

Operasyon planlanan kişilerde perioperatif risk skorlaması yapılarak 1941 yılında Amerikan Anesteziyoloji Derneği tarafından bu sınıflama ilk olarak yapılmıştır. Skorum sonrakı yıllarda revize edilerek bugünkü halini almıştır. Bu sınıflamada hastanın fiziksel durumu yer almakla beraber hastaya detaylı muayene ve triaj yapılmadan puanlama yapılamaz (23).

Tablo 5. ASA Fiziksel Durum Sınıflandırma Sistemi (24)

ASA Sınıfı	Tanım	Erişkin Örnekler	Pediyatrik örnekler	Obstetrik Örnekler
ASA I	Normal sağlıklı kişi	Sağlıklı, sigara kullanımı, az alkol kullanımı ya da hiç kullanmama	Sağlıklı (akut ve / veya kronik hastalığı olmayan), yaş percentiline göre normal BMI aralığında olan)	
ASA II	Hafif sistemik hastalığı olan kişi	Önemli işlevsel sınırlandırmaya neden olmaksızın mevcut olan hafif hastalıklar, aktif sigara kullanımı, sosyal alkol kullanımı, gebelik , obezite (30 <BMI<40), iyi regüle DM/HT, hafif akciğer hastalığı	Asemptomatik konjenital kalp hastalığı, iyi kontrollü disritmiler, alevlenmesiz astım, iyi kontrollü epilepsi, insüline bağımlı olmayan DM, yaşa göre anormal VKI persentili, hafif / orta OUA, remisyonunda onkolojik durum, hafif kısıtlayıcı otizm	Normal sağlıklı gebelik iyi kontrollü gestasyonel HT, şiddetli olmayan kontrollü preeklampsi, diyet kontrollü gestasyonel DM.
ASA III	Ağır sistemik hastalığı olan kişi	Önemli işlevsel sınırlamalar: Bir veya daha fazla orta veya şiddetli hastalık. Yetersiz kontrollü DM veya HT, KOAH , morbid obezite (BMI≥40), aktif hepatit, alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımı, implante edilmiş kalp pili, ejeksiyon fraksiyonunda orta derecede azalma,	Düzeltilmemiş stabil konjenital kardiyak anomali, alevlenmeli astım, kötü kontrollü epilepsi, insülin bağımlı DM, morbid obezite, malnütrisyon, şiddetli obstruktif uyku apnesi, onkolojik durum, böbrek yetmezliği, kas distrofisi, kistik fibrozis, organ nakli öyküsü, bevin /	Şiddetli preeklampsi, komplikasyonlu veya yüksek insülin kullanımı gerektiren gestasyonel DM, antikoagülasyon gerektiren trombofilik hastalık
		düzenli diyalize giren son dönem böbrek hastalığı, 3 aydan eski MI, SVO, TIA veya KAH/ Stent öyküsü	omurilik malformasyonu, semptomatik hidrosefali, postmenstürel yaş< 60 olan preterm, ciddi kısıtlayıcı otizm, metabolik hastalık, zor havayolu, uzun süreli parenteral beslenme. Term, 6 haftadan küçük bebekler.	
ASA IV	Yaşamı sürekli tehdit eden ciddi sistemik hastalığı olan kişi	Yakın zamanlı (<3 ay) MI, SVO, TIA veya Stent öyküsü devam eden kardiyak iskemik veya ciddi kapak disfonksiyonu, ejeksiyon fraksiyonunda ciddi azalma, şok, sepsis, DİK, ARDS veya düzenli diyalize girmeyen son dönem böbrek hastalığı	Semptomatik konjenital kardiyak anomali, konjestif kalp yetmezliği, aktif prematürite sekeli, akut hipoksik-iskemik ensefalopati, şok, sepsis, DİK, otomatik implante edilebilir kardiyoverter-defibrilatör, ventilatör bağımlılığı, endokrinopati, şiddetli travma, şiddetli solunum bozukluğu, ileri onkolojik hastalık.	HELLP veya başka bir advers olay ile komplike olan şiddetli preeklampsi, EF <%40 ile seyreden peripartum kardiyomiyopati, edinilmiş veya konjenital düzeltilmemiş / dekompanse kalp hastalığı.
ASA V	Ameliyat olmadan hayatta kalması beklenmeyen, ölüm halindeki hasta	Rüptüre abdominal / torasik anevrizma, masif travma, kitlesel etkili intrakraniyal kanama, önemli kardiyak patoloji veya çoklu organ / sistem disfonksiyonu sonucu gelişen iskemik bağırsak	Masif travma, kitlesel etkili intrakraniyal kanama, ECMO gerektiren hasta, solunum yetmezliği veya arresti, malign hipertansiyon, dekompanse konjestif kalp yetmezliği, hepatik ensefalopati, iskemik bağırsak veya çoklu organ / sistem disfonksiyonu.	Uterin rüptür
ASA VI	Organ donörü amacıyla opere edilecek olan beyin ölümü olan hasta			

ASA sınıflamasında, her sınıfa E eklenmesi operasyonun acil cerrahi olduğunu belirtir (24).

Cerrahi Risk Tahmini

Yapılacak cerrahi operasyonu dikkate alarak kişilerin ek hastalıklarını göz önünde bulundurmadan kardiyovasküler ölüm, miyokard infarktüsü ve inme riskinin 30 gün süresince gerçekleşebilme ihtimalini öngören bir değerlendirmedir (7).

Tablo 6. Cerrahi veya Girişimin Türüne Göre Cerrahi Risk Tahmini (7,25)

Risk Düzeyi	Cerrahi Türü
Düşük Cerrahi Risk(<%1)	Meme Diş Endokrin: Tiroid Göz Jinekolojik : Minör Ortopedik: Minör (Menisküs Cerrahisi) Rekonstrüktif Yüzeysel Cerrahi Ürolojik: Minör (transüretral prostat rezeksiyonu) VATS küçük akciğer rezeksiyonu
Orta Cerrahi Risk (%1-5)	Asemptomatik karotid cerrahisi (KEA veya KAS) Semptomatik karotid cerrahisi (KEA) Endovasküler aort anevrizma onarımı Baş ve boyun cerrahisi İntraperitoneal: splenektomi, hiatal herni onarımı, kolesistektomi İntratorasik: majör olmayan Nörolojik veya ortopedik: majör (kalça ve omurga cerrahisi) Periferik arteriyel anjiyoplasti Böbrek nakli Ürolojik veya jinekolojik: majör
Yüksek Cerrahi Risk (>%5)	Adrenal rezeksiyon Aort ve büyük damar cerrahisi Semptomatik karotid cerrahisi (KAS) Duodenal – pankreatik cerrahi Karaciğer rezeksiyonu, safra kanalı cerrahisi Özofajektomi Akut ekstremitte iskemi veya amputasyon için açık alt ekstremitte revaskülarizasyonu Pnömonektomi (VATS veya açık cerrahi) Pulmoner veya karaciğer nakli Perfore bağırsak onarımı Total sistektomi

2.3.2.4. Preoperatif Değerlendirmede Diğer Sistemler ve Spesifik Durumlar

2.3.2.4.1. Endokrin Sistem

Endokrin sistem ile ilgili tanısı mevcut olan hastada preoperatif değerlendirme sürecinde en çok dikkat edilmesi gereken hastalıklar DM, tiroid disfonksiyonu, adrenal yetmezlik, feokromositomadır.

Diyabetes Mellitus

DM'li hastalarda preoperatif dönemde DM ile ilgili detaylı anamnez alınmalıdır: DM'nin tipi, süresi, güncel glisemik durumu, diyabet ile ilgili komplikasyonların mevcutluğu, hastanın tedavi protokolü, planlanan cerrahi operasyonun ne amaçla yapılacağı, operasyonun ayaktan veya yatarak mı yapılacağı, operasyonun elektif mi acil mi olduğu, hastanın cerrahi operasyon nedeniyle ne kadar aç kalacağı sorgulanmalıdır.

DM'li hastalarda geçireceği operasyonun kendine ait cerrahi risklerinin yanında DM 'ye bağlı insülin eksikliği olanlarda hiperglisemi ve ketoza, perioperatif açlık, operasyon öncesi verilen preoperatif dönemde verilen uzun etkili insülinler veya sülfanilüre gibi verilen bazı oral antidiyabetiklere bağlı hipoglisemi gibi sorunlar oluşabilir. Planlanan cerrahi operasyondan en az 3-4 gün önce DM'li hastalarda HbA1c ve hastanın glukoz değerlerine bakılmalıdır(26). Glukoz ve HbA1c testleri, diyabetes mellituslu hastalarda ve vasküler cerrahi ve majör ortopedik operasyon planlanan hastalarda bakılması uygundur. Eğer hastanın bilinen DM tanısı yok ve vasküler cerrahi ya da majör ortopedik cerrahi operasyon planlanan bir hasta değilse non kardiyak cerrahi planlanan hastada preoperatif glukoz ölçümüne gerek yoktur (7).

Preoperatif dönemde HbA1c'nin %8,5'un altında olması gerekir, eğer %8,5 ve %8,5' un üstünde ise cerrahi operasyonun ertelenmesi daha uygundur (7,26). Perioperatif dönemde eğer hastanın ağır otonom nöropati veya nefropati gibi hipoglisemiye eğilimli bazı komplikasyonları mevcut ise kan şekeri regülasyonunun 120-180 mg/dL olması, bu tarz komplikasyonları olmayan hastada 100-180 mg/dL kan şekeri regülasyonunun olması gerekir.

DM'li hastalarda yapılacak olan cerrahi operasyon, sabah ilk vaka olarak erken saatlerde alınmalıdır. Eğer mümkünse DM'li hastalarda cerrahi operasyonlar elektif olmalıdır. İnsülin kullanmayan Tip 2 DM'li hastalarda cerrahi yapılacak gün oral

antidiyabetik ve glukagon benzeri peptid-1 reseptör analogu (GLP- 1 RA) içeren ilaçlar verilmez ve kan glukoz düzeyi takip edilerek gerekli görüldüğünde insülinle müdahale edilir. Cerrahi operasyondan birkaç gün önce hipoglisemiye neden olabileceğinden uzun etkili sülfanilüre grubu ilaçlar yerine kısa etkili ilaçlara geçilmesi düşünülebilir. Metformin operasyondan 24 saat önce kesilmelidir (26).

Diyabetik ketoasidoza neden olabileceğinden SGLT-2 inhibitörleri operasyondan 3-4 gün önce kesilmesi daha uygundur. Operasyon saatinden iki saat öncesine kadar hastaya düzenli hidrasyon verilmelidir (7).

Tip 1 DM'li ve insülin kullanan Tip 2 DM'li hastalarda eğer minör cerrahi planlanıyorsa hasta sadece sabah kahvaltısını yapmayacak tek öğünlük bir açlık mevcut olacak ise kısa etkili insülinini hasta yapmaz ancak kan şekeri değerine göre bazı durumlarda kısa etkili insülin dozunun yarısını yapabilir, eğer uzun süre aç kalacak bir operasyon ise kısa etkili insülinini yapmaz orta ve uzun etkili insülinleri ile kan şekeri regülasyonunu sağlar. Major cerrahi planlanıyorsa cerrahi operasyondan bir gün önce orta ve uzun etkili insülinin normal dozunun %50-80'i verilir. Operasyon günü hastaya glukoz ve insülin infüzyonları başlanır, kendi kullandığı insülinler kesilir (26).

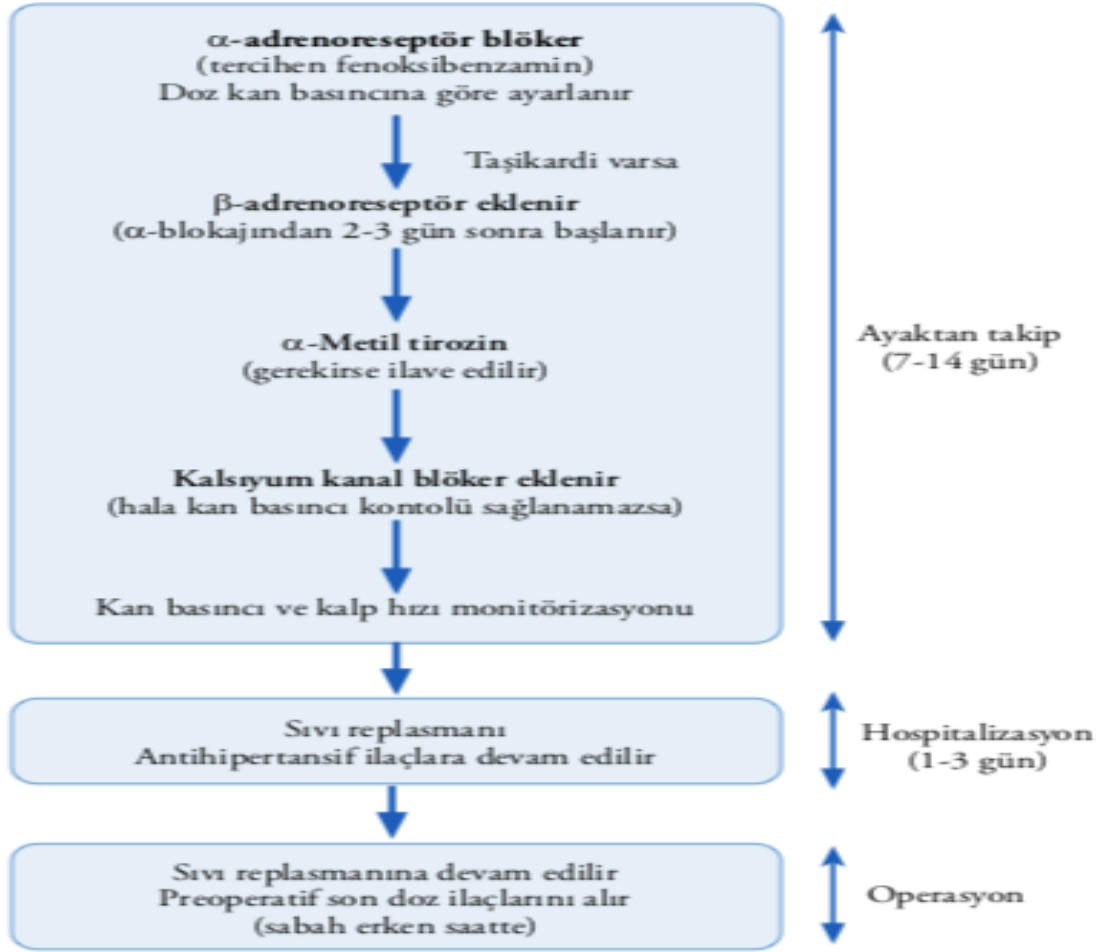
Tiroid Disfonksiyonu

Rutin preoperatif tiroid fonksiyon testi tiroid disfonksiyon öyküsü ve semptomları olmayan hasta için önerilmez. Ancak tiroid hormonu hemen hemen tüm sistemleri etkileyebilmesi ve ötiroid durumda olmadığında perioperatif komplikasyonlara, ölüme neden olabileceğinden tiroid disfonksiyonundan şüphe edilen açıklanamayan kilo değişiklikleri, çarpıntı, titreme, kabızlık, ciltte kuruluk, saç dökülmesi gibi semptomlar mevcutsa veya fizik muayenede ekzoftalmi, guatr, taşikardi, bradikardisi olan yine tiroid hastalığı mevcut olan hastada preoperatif değerlendirme sürecinde TSH düzeyi kontrol edilmelidir. Eğer hasta ötiroid durumda değilse elektif cerrahi operasyon ertelenmelidir.

Hipotiroidide TSH değerleri normale döndüğünde cerrahi operasyon yapılabilir. Tiroid fırtınası riskinin artması nedeniyle, taşikardi, konfüzyon, ateş, gastrointestinal şikayetler ve kardiyovasküler komplikasyona neden olabileceğinden hipertiroidisi mevcut olan hastada ötiroid olana kadar cerrahi operasyon ertelenmelidir (27).

Feokromositoma

Feokromositoma tanılı hastada preoperatif değerlendirmenin ve tedavisinin amacı, hastanın kan basıncı, kalp hızı ve diğer organ fonksiyonlarını normalleştirerek cerrahi operasyona veya anesteziye bağlı gelişebilecek katekolamin krizinden korumaktır (28). Feokromositoma’da preoperatif hazırlık algoritması Şekil 4’te verilmiştir.



Şekil 4. Feokromositomada Preoperatif Hazırlık Algoritması (28)

Adrenal Yetmezlik

Hastalık ve cerrahi gibi stres faktörleriyle normal insanlarda kortizol salgılanması artarken, adrenal yetmezliği olan hastalarda adrenal krizi önlemek için dışarıdan glukokortikoid vererek geçici artışlar yapmak gerekir. Operasyon sırasında verilecek glukokortikoid dozları cerrahi operasyonun niteliğine göre değişir (28).

2.3.2.4.2. Böbrek Hastalıkları

İleri yaş, obezite, Koroner Arter Hastalığı, KOAH, Periferik Arter Hastalığı gibi öyküsü olan hastalarda postoperatif akut böbrek hasarı riskini öngörebilmek için; BUN/Kreatinin oranına, preoperatif Hb düzeyine bakılmalı, perioperatif Hb düşüklüğü takip edilmelidir. Nefrotoksik ajanlar stoplanmalı ve kan basıncı regüle edilmelidir. Renal fonksiyon değerlendirmede ve renal hasarı olan hastada operasyon sonrası morbidite ve mortaliteyi öngörmeye serum kreatinininden ziyade eGFR daha kıymetlidir (7).

Kronik böbrek yetmezliği mevcut olup diyalize giren hasta için diyaliz için en uygun zaman planlanan operasyondan önceki gündür. Diyaliz hastalarının operasyon öncesinde övolemik ve normale yakın elektrolit değerlerinde olması sağlanmalıdır (29).

Tablo 7. Renal Hastalıkları ASA Değerlerine Göre Sınıflandırma(3)

	ASA 2 < 2 mg /dl	ASA 3 < 2 mg/dl	ASA IV
Kreatinin			Yaşamı tehdit eden renal hastalıklar: (Akut böbrek yetmezliği, ağır elektrolit dengesizliği, perikard, plevra effüzyonuna bağlı kardiyopulmoner yetmezlik, konjestif kalp yetmezliği, pulmoner enfeksiyon gelişmiş kronik böbrek hastaları)
Beraberinde Hipotansiyon	Kontrol altında	Kontrol altında değil	
Dişabet	Kan şekeri kontrol edilmiş	Kan şekeri kontrol edilmemiş	
Plevra-perikard effüzyonu	Yok / minimal	Var	

2.3.2.4.3 Karaciğer Hastalıkları

Karaciğer hastalıklarında preoperatif değerlendirmede, karaciğer hastalığının derecesi, hastanın değerlendirmede, karaciğer planlanan cerrahi operasyonun türü ve süresi, anestezi tipi ve ek komorbiditeler dikkate alınmalıdır. Sirozu olmayan kronik karaciğer hastalığı olan hastalar genellikle karaciğer dışı ameliyatlar için düşük veya minimum riske sahiptir.

Akut karaciğer yetmezliği, şiddetli alkolik hepatit, akut viral hepatit, Child C siroz olan hastalar, elektif operasyon, kardiyomiyopati, ciddi sol ventrikül disfonksiyonu, hipoksemi, şiddetli persistan koagülopati gibi ciddi komorbiditelerin varlığı ve ASA sınıf V olan hastalarda elektif cerrahi kontrendikedir(30).

Tablo 8. Karaciğer Hastalıklarında ASA Değerlerine Göre Sınıflandırma(3)

	ASA 2	ASA 3	ASA IV
Serum bilirubin mg/dl	< 1,5	1,5-2,4	>2,4
Serum albümin g/dl	>3,5	2,8-3,5	<2,8
Protrombin zamanı (Sn>kontrol)	1,4	4-6	>6
Ensafalopati	Yok	Orta	İlerlemiş
Asid	Yok	Kontrol altında	Kontrol altında değil

2.3.2.4.4. Hematolojik Sistem

Detaylı fizik muayene ve kanama öyküsünün değerlendirilmesi perioperatif kanama komplikasyonlarını öngörmeye ve hemostaz bozukluğu olan hastanın tanınmasında en iyi yöntemdir. Ayrıca alınan öyküye ek olarak koagülasyon bozukluğunu tanımda trombosit sayısı gibi laboratuvar testleri de kullanılmalıdır. Elektif cerrahi operasyonlarda, perioperatif antitrombotik tedavinin devam edilmesinde, operasyondaki kanama oranı, hastanın kliniği ve kullanılan antitrombotik ilaç değerlendirilerek karar verilebilir.

Cerrahi operasyon sırasında hemostaz kontrolünün zor olacağı öngörüldüğü zaman aspirin operasyon öncesinde kesilebilir.

Kalça kırığı operasyonu olan hasta aspirin ve klopidoğrel kullanıyorsa aspirin tedavisinin kesilmeden, planlanan cerrahi operasyondan üç gün önce klopidoğrel kesilerek majör kanama riski önlenir.

Hastada mekanik aort kapak replasmanı öyküsü ve tromboembolik risk faktörü mevcutsa, eski nesil aort kapak replasman öyküsü varsa veya mekanik mitral ya da triküspit kapak replasman öyküsü mevcut ve planlanan cerrahi operasyonda oral antikoagülanların kesilmesi öneriliyorsa unfraaksiyone heparin veya düşük molekül ağırlıklı heparin ile köprüleme tedavisi ile oral antikoagülanlar kesilmelidir.

P2Y12 inhibitörlerinin kesilmesi gereken cerrahi operasyonda cerrahi operasyondan 3-5 gün önce tikagrelor, beş gün önce klopidoğrel ve yedi gün önce prasugrel kesilmelidir.

Varfarine bağlı koagülopatinin antagone edilmesinde öncelikle protrombin kompleks konsantresi kullanılmalı eğer temin edilemiyorsa taze donmuş plazma ve K vitamini kombine edilerek verilebilir.

Yeni nesil oral antikoagölan kullanan hastalarda kanaması kolay bir şekilde kontrol edilebilen minör kanama riski olan cerrahilerde ilaç kesilmeden cerrahi operasyon yapılırken, minör olmayan kanama riski taşıyan operasyonlarda renal fonksiyon kanama riskine ve hastanın renal fonksiyonunu da dikkate alan kesilme rejimi uygundur. Tekli antiplatelet tedavi alan koroner stentli hastalarda elektif non kardiyak cerrahi operasyon yapılması uygundur (7).

Anemi taraması ve tedavisi perioperatif komplikasyonları önleme açısından planlanan operasyondan 4-8 hafta önce yapılmalıdır. Anemi taraması yapılırken detaylı öykü alınmalı, fizik muayene ve laboratuvar incelemesi (hemoglobin ve/veya hematokrit, serum ferritin, transferin satürasyonu, serum B12 vitamini ve böbrek fonksiyon testleri ve C-reaktif protein) yapılmalıdır. Düşük gelirli ülkelerde enfeksiyonlar ve beslenme yetersizliği anemiye neden olurken, genel olarak en sık anemi nedeni demir eksikliğidir. Demir eksikliği anemisinde eğer cerrahi operasyona kadar en az altı hafta var ise oral demir preparatları ile hasta operasyon öncesinde tedavi edilebilir ancak planlanan cerrahi 4-6 haftadan daha erken bir zamanda ise parenteral demir tedavisi verilmelidir (31).

Eritropoetin kullanımı elektif cerrahi planlanan anemik hastalarda ve postoperatif anemi riski taşıyan tedavi edilmiş veya aneminin diğer nedenleri dışlanmış hastada uygundur. Hastanın ihtiyacı ve planlanan cerrahi operasyonun türüne göre preoperatif otolog kan bağışına karar verilmelidir (7).

2.3.2.4.5 Geriatrik Hastalar

Yaşlı hastalarda fonksiyonel kapasite bozulabileceğinden komplikasyonları öngörme ve riskleri belirleme açısından detaylı fizik muayene yapılmalıdır. Klinik Kırılabilirlik Skalası kullanılarak hem deliryum riski öngörülür hem de cerrahi operasyon ertelenerek beslenme ve komorbiditeleri daha iyi hale getirilebilir(7). Postoperatif deliryum; artmış perioperatif mortalite, uzamış yatış süresi ve cerrahi sonuçları kötüleştirilmesi nedeniyle preoperatif dönemde hastanın kognitif bozukluğunu tespit etmek postoperatif deliryumu önlemede yol gösterici olacaktır (32). Bağımsızlık seviyesi ve yaşa bağlı komorbiditeler perioperatif komplikasyonlarda rol oynadığı için belli skorlama sistemleri ile değerlendirilmelidir.

Çoğunlukla antikolinergik, sedatif hipnotik ilaçlar gibi birçok uygunsuz ilaç kullanımı ve çoklu ilaç kullanımı mevcut olabilen yaşlı hastalarda ilaç düzenlenmesi

Beers kriteri ile yapılabilir. Artan komplikasyonla ilgili olan depresyon ve malnutrisyon yaşlı hastalarda sık görülmektedir. Malnutrisyon için Beslenme Risk Taraması ile değerlendirilerek hastaya operasyon öncesi uygun müdahaleler planlanabilir (7). Geriatrik hastalar kardiyak komplikasyonlara daha yatkındır. Atrial fibrilasyon daha sık görülür, kan basıncında ciddi düşmeler olabilir. Perioperatif dönemde antihipertansif tedaviler daha dikkatli yapılmalı ve ani tedavi kesilmesinden kaçınılmalıdır.

Renal yetmezlik mortalite açısından bağımsız bir risk faktörü olduğundan cerrahi operasyon öncesinde optimal hidrasyon sağlanması, hipotansiyon ve hipovoleminin önlenmesi, nefrotoksik ajanların kesilerek ilaç düzenlemelerinin dikkatli yapılması önemlidir (32).

2.3.2.5. Bitkisel Takviyeler, Kesilecek İlaçlar ve Devam Edilecek İlaçlar

Artmış kanama veya anestezi ve sedatif ajanlara karşı direnç veya hassasiyet geliştirebilen ginkgo biloba, ekinezya, sarımsak gibi bitkisel takviyeler planlanan operasyondan iki hafta önce kesilmelidir.

Geri dönüşümsüz MAOI kullanan hastanın kliniğinin tekrarlanmasını önlemek için geri dönüşümlü MAOI ile tedaviyi revize edilip, planlanan cerrahi operasyondan iki hafta önce geri dönüşümsüz MAOI kesilmelidir. Antidepresan tedaviye kronik depresyonlu hastalarda tedavinin devamı uygundur. Antipsikotik tedaviye kronik şizofreni hastalarında tedavinin devamı önerilir. Lokal anestezi altında yapılan minör cerrahi dışında lityum planlanan operasyondan yetmiş iki saat önce kesilmelidir (7).

Beta blokör ile tedavi olan hastada perioperatif dönemde ilaç kullanılmaya devam edilmelidir (33).

Alfa 2 agonistlere eğer operasyon öncesinde alıyorsa hasta devam etmeli ancak operasyon sürecinde hastanın kullanım öyküsü yoksa başlanmamalıdır (34). Kalsiyum kanal blokörlerine, digoksine devam edilmelidir.

Perioperatif dönemde antikonvülzan tedavilere, antiparkinson tedavilere, antikolinergik tedaviye, statinlere, PPI, H2 reseptör blokörlerine, tiroid ilaçlarına, kombine oral kontraseptiflere, opioidlere, sistemik glukokortikoid tedaviye, inhaler kortikosteroid tedaviye, Astım ve KOAH'ın tedavisine (teofilin hariç) devam edilmelidir.

Planlanan operasyondan bir gün önce migren tedavisi için kullanılan eletriptan, sumatriptan, statin hariç lipid düşürücü tedavi için kullanılan ajanlar kesilmelidir.

Cerrahi operasyon günü oral antidiyabetikler (SGLT-2 inhibitörleri operasyondan 3-4 gün önce kesilmelidir, eğer GLP-1 agonistleri haftalık olarak uygulanıyorsa ameliyat günü olan haftalık dozu yapılmamalı, günlük olarak alınıyorsa operasyon günü alınmamalıdır), kısa etkili insülinler, ACE inhibitörleri, Anjiotensin reseptör blokörleri ve diüretikler kesilmelidir (33).

NSAİler planlanan operasyondan bir hafta önce kesilmelidir.

Aspirin tedavisine perioperatif devam etme ya da preoperatif kesme için hastanın aspirin kullanma endikasyonu ve planlanan operasyonun türü dikkate alınmalıdır (33,34). P2Y12 inhibitörlerinin kesilmesi gereken cerrahi operasyonda cerrahi operasyondan 3-5 gün önce tikagrelor, beş gün önce klopidoğrel ve yedi gün önce prasugrel kesilmelidir (7). Antikoagülan tedavi alan hastalarda hastanın kliniği, tromboembolik risk, operasyona bağlı kanama riski gibi birçok parametre değerlendirilerek perioperatif tedavinin devamına ya da preoperatif tedavinin kesilmesine ve optimize edilmesine karar verilir (34).

2.3.2.6. Preoperatif Açlık

Preoperatif açlık perioperatif pulmoner aspirasyon riskini ve komplikasyonları azaltma nedeniyle önerilmektedir.

Genel anestezi, bölgesel anestezi veya sedasyon ve analjezi gerektiren işlemlerden önce iki saate kadar içinde alkol bulunmayan berrak sıvılar tüketilebilir. Bebekler cerrahi operasyondan dört saat öncesine kadar anne sütü alabilir, altı saat öncesine kadar bebek maması ve katı gıda alabilir. Planlanan operasyondan altı saat öncesine kadar hafif bir öğün tüketebilir. Hasta planlanan operasyondan sekiz saat öncesine kadar kızarmış, yağlı yiyecekler, etli ürünler tüketebilir (35).

2.3.2.7. Preoperatif Süreçte Değerlendirilecek Tetkikler

EKG

Her hastada önerilmez. Kardiyovasküler semptomu veya öyküsü mevcut olan hastada, morbid obezite, ek komorbidite eşlik eden hastada, ASA-PS ve Cerrahi Risk sınıfına göre değerlendirilerek istenecek tetkiktir (7).

Tablo 9. ASA-PS ve Cerrahi Risk Sınıfına göre EKG planlanması (7)

	Minör	Orta	Majör veya Kompleks
ASA I	Rutin olarak önerilmez	Rutin olarak önerilmez	Son 12 ayda EKG sonucu yoksa 65 yaş üstü kişiler için değerlendirin
ASA II	Rutin olarak önerilmez	Kardiyovasküler, renal veya diyabetik komorbiditeleri olan kişiler için değerlendirin	Önerilir
ASA III/IV	Son 12 aydan EKG sonucu yoksa değerlendirin	Önerilir	Önerilir
	Cerrahi Risk		

İstirahat Ekokardiyografisi

Öncesinde EKG çekimi yapılarak eğer hastada kalp üfürümü veya nefes darlığı, senkop, presenkop veya göğüs ağrısı) varsa veya kalp yetmezliğinin belirti veya semptomları mevcut ise yapılması uygun olur (7).

Akciğer Grafi ve Akciğer fonksiyon Testleri, Arteryal Kan Gazı

Her hasta için endike değildir. Astım KOAH gibi bilinen veya şüphelenilen solunum hastalığı nedeniyle Asa III veya IV hastalarda, orta veya majör cerrahi operasyon planlanan hastalarda tetkikler yapılması uygun olabilir (7).

Tam Kan Sayımı

Majör / kompleks cerrahi olacak hastada ASA sınıflamasına bakılmaksızın tam kan sayımı bakılması uygun olur. ASA III ve IV'te eğer hasta majör/ kompleks cerrahi geçirecekse tam kan sayımı istenmelidir. Eğer orta riskte cerrahi operasyon planlanan hastada renal veya kardiyovasküler hastalığı mevcut olan hastada istenebilir (7).

Böbrek Fonksiyon Testleri

Majör/kompleks cerrahi riski bulunan ASA II, ASA III VE ASA IV de bakılması önerilir. Eğer ASA I de akut böbrek hasarı riskinden şüpheleniliyorsa istenebilir. Minör cerrahi riski olan bir operasyon planında ASA III VE ASA IV sınıflamasında olan hastada akut böbrek hasar riski düşünülüyorsa böbrek fonksiyon testleri istenebilir. ASA III ve ASA IV planlanan operasyon orta, majör/kompleks cerrahi risk taşıyorsa böbrek fonksiyon testleri istenmelidir. ASA II ve planlanan operasyon orta cerrahi riskte yer alıyor ve hastada akut böbrek hasar riski mevcut ise böbrek fonksiyon testleri istenebilir (7).

Hemostaz Testleri

Hastada kronik karaciğer hastalığı mevcut ve orta ve majör/kompleks cerrahi geçirecek hastada, antikoagülan kullanımı olan hastada hemostaz testleri istenir (7).

İdrar testi

Orta akım idrar örneği ve idrar kültürü istenerek üriner sistem enfeksiyonu tespit edilip enfeksiyonun ameliyat kararını etkileyeceği vakalarda istenmelidir. Rutin istenmesine gerek yoktur (7).

Gebelik Testi

Operasyon günü reproduktif çağıdaki tüm kadın hastalarda gebelik sorgulanmalıdır. Eğer hastanın gebelik şüphesi varsa hastanın onayıyla gebelik testi yapılmalıdır (7).

HbA1c Testi

Son üç ay içerisinde güncel HbA1c testi olmayan DM'li hastalarda bakılması uygun olur (7).

3. MATERİYAL ve METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde Aile Hekimliği Asistanları'nın preoperatif değerlendirme konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırma İçin Alınan İzinler

Bu çalışma SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02.01.2025 tarihinde 9 sayı ile alınmış olan etik kurul izni ile gerçekleştirildi. 01.02.2025-15.03.2025 tarihleri arasında Adana ili Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde veriler toplanmıştır. Çalışmayı kabul eden katılımcılara ekte örneği mevcut onam formu ve sosyo-demografik bilgi soruları, 5 ana başlık altında bilgi düzeyi soruları (Avrupa Anesteziyoloji Derneği (ESA)'nin kardiyak olmayan cerrahi girişim geçiren yetişkinlerin preoperatif değerlendirilme kılavuzu referans alınarak hazırlanan) ve Aile hekimliği ve preoperatif değerlendirme tutumunu ölçen anket soruları yüz yüze ve e-form aracılığıyla uygulandı. Katılımcıların kişisel verileri ilgili kanuna uygun olarak korundu. Düzenlenen e-formlar uygun istatistiksel analiz için ofis programında kayıt altına alındı.

3.3. Veri Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Ankette katılımcıların sosyodemografik verileri, 5 ana başlık altında preoperatif değerlendirme bilgi düzeyi soruları (Avrupa Anesteziyoloji Derneği (ESA)'nin kardiyak olmayan cerrahi girişim geçiren yetişkinlerin preoperatif değerlendirilme kılavuzu referans alınarak hazırlanan) ve Aile hekimliği ve preoperatif değerlendirme tutumunu ölçen 47 soru soruldu. Anketin ilk 3 sorusu demografik veriler (Kaç yaşındasınız? Cinsiyetiniz nedir? Aile hekimliği asistanlık süreniz ne kadardır?), sonraki 24 soru Aile hekimlerinin preoperatif değerlendirmeye yönelik tutumlarını ölçmek için Likert ölçeği formatındaki sorulardır. Kalan 20 soru, Kardiyak Sistem, Koagülasyon Sistemi, Diyabetes Mellitus, Anemi ve Bitkisel ve Tıbbi ilaçları içeren 5 ana başlık altında bilgi düzeyi sorularıydı (Avrupa Anesteziyoloji Derneği (ESA)'nin kardiyak olmayan cerrahi girişim geçiren yetişkinlerin preoperatif değerlendirilme kılavuzu referans alınarak hazırlanan). Preoperatif değerlendirme soruları için yapılan normallik analizi tablo 10'da mevcuttur. Normal dağılıma uygun olmayan soruların ayırt ediciliği çok düşük olarak saptanmıştır. İstatistiksel değerlendirme dışına alınmıştır.

Tablo 10. Preoperatif değerlendirme anketi Normallik ve Güvenilirlik Analizi

		n	Çarpıklık	Basıklık
Kardiyovasküler Sistem	Bilinen kalp hastalığı olan tüm hastalar ameliyat öncesi kardiyoloji bölümüne konsülte edilmelidir.	125	-2,78	5,80
	Kardiyak açıdan yüksek riskli hastalarda, majör bir cerrahi geçirecek ise cerrahiden önce ve cerrahiden 48-72 saat sonra kardiyak troponinlerinin değerlendirilmesi düşünülebilir.		-1,72	0,98
	Beta-blokör tedavisi alan hastalar majör bir cerrahi geçirecek ise bu ilaç tedavisi cerrahi öncesi sonlandırılır, cerrahi sonrası tekrar tedaviye başlanır.		-0,38	-1,89
	Bilinen iskemik kalp hastalığı veya miyokard iskemisi olan hastalarda preoperatif beta bloker başlanır.		-0,31	-1,93
	Ameliyat sırasında hemostaz kontrolünün zor olabileceği tahmin edildiğinde aspirin ameliyat öncesinde kesilebilir.		-4,75	20,92
	Cerrahiden önce 45 yaş üstü tüm erişkin hastalardan preoperatif EKG istenir.		6,30	38,25
Diabetes Mellitus	Bilinen diabetes mellitusu olan ve majör ortopedik ve vasküler cerrahi planlanan hastalarda, kan şekeri düzeyi ve HbA1c testi önerilir.	125	-6,30	38,25
	Elektif non-kardiyak cerrahi geçirecek erişkin bireylerde rutin kan şekeri düzeyi bakmak perioperatif glukoz kontrolü sağlamaya katkı sağlar.		3,61	11,18
	Uzun süreli diabeti olan hastalar için özenli bir hava yolu değerlendirmesi gerekir.		-1,88	1,55
Koagülasyon Sistemi	Varfarine bağlı koagülopatisi olan hastalarda Varfarin etkisini tersine çevirmek gerektiğinde protrombin kompleks konsantresi öncelikle tercih edilmelidir, mevcut değil ise taze donmuş plazma ile K vitamini kombinasyonu kullanılabilir.	125	-3,35	9,39

		n	Çarpıklık	Basıklık
Koagülasyon Sistemi	Vitamin K antagonisti kullanan, yüksek risk grubundaki hastalarda perioperatif dönemde Düşük Moleküler Ağırlıklı Heparin ile köprü tedavisine geçilebilir.	125	-2,94	6,78
	Kalça kırığı olan hastalarda perioperatif dönemde klopidoğrel tedavisi kesilmeden cerrahi güvenle uygulanabilir.		0,70	-1,53
	Trombosit sayısı ölçümünün koagülasyon bozukluğunun değerlendirilmesinde prognostik değeri yoktur.		-1,23	-0,49
	Non kardiyak cerrahi, koroner stent takıldıktan sonra ikili antiplatelet tedavi alan hastalarda güvenle yapılabilir.		0,21	-1,99
Anemi	Elektif cerrahi öncesi bilinen demir eksikliği olan hastalara demir tedavisi uygulanmalıdır, tedavide intravenöz demir oral demire tercih edilir.		-0,59	-1,68
	Kanama riski beklentisinin olduğu cerrahi türlerinde otolog kan transfüzyonu seçenekler arasındadır.		-1,58	0,51
İlaçlar	Bitkisel ilaç kullanan hastalara cerrahiden 2 hafta önce bu ilaçları kesmesi önerilir.		-3,61	11,18
	Kronik depresyonlu hastalarda cerrahiden önce antidepresan tedavi kesilir.		-1,34	-0,21
	Kronik şizofreni için kullanılan antipsikotiklerin cerrahi öncesi kesilmesi önerilmez.		-2,37	3,66
	Lityum cerrahiden 72 saat önce kesilmelidir.		-0,63	-1,63

* Normal dağılıma uyan sorular, kalın ve italik rakamlarla gösterilmiştir.

3.4. Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve aile hekimliği kliniğinde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimler çalışmamıza dahil edilmiştir.

3.5. Hariç Tutma Kriterleri

Eksik veri ile doldurulan anketler ve çalışmaya katılmayı reddeden kişiler çalışmamıza dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği bölümünde eğitim gören tüm asistan hekimlere ulaşarak evren için kapsayıcı bir çalışma yapılması planlandı. Örneklem büyüklüğü (%95 güven aralığı 0,05 hata payı) Cochran's formülü ile 103 olarak hesaplandı. Onam formunu doldurarak çalışmaya katılımı kabul eden 125 Aile hekimliği asistanı ile gerçekleştirildi. (3 katılımcı formları istatistiksel analiz sırasında ilettiği için kapsam dışı bırakıldı)

3.7. İstatistiksel Analiz

Çalışma verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 ve programı ile analiz edildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Sayısal verilerin ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda normal dağılım göstermeyenlerde Kruskal Wallis testi, gösterenlerde Anova testi kullanıldı. Kategorik veriler Ki-kare testi ile grup sayısı çok ise Fischer's Exact testi ile karşılaştırıldı. Sayısal veriler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. p değeri <0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Tablo 11’de çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması $35,47 \pm 8,82$ olup Aile hekimliği kliniğinde asistanlık süreleri ortalamaları $2,50 \pm 1,59$ yıl idi. Katılımcıların %44,0 (n=55)’ü kadın, %56,0 (n=70)’ sı erkekti. Katılımcıların neredeyse yarından fazlası (%51,2) daha önce anestezi almalarını gerektiren cerrahi müdahale geçirmişti.

Tablo 11. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları

		n	%
Cinsiyet	Kadın	55	44,0
	Erkek	70	56,0
Cerrahi operasyon öyküsü	Evet	64	51,2
	Hayır	61	48,8
Yaş		$35,47 \pm 8,82$	25-60
Asistanlık süresi		$2,50 \pm 1,59$	1-6

Tablo 12. Katılımcıların ülkemizde yapılan cerrahi operasyon verileri ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıtlarının dağılımı

		n	%
Ülkemizde cerrahi operasyon sayılarının yıllara göre artmasını sağlık sistemimiz için bir başarı olarak değerlendiriyor musunuz?	Evet	36	28,8
	Hayır	89	71,2
2023 TÜİK verilerine göre ülkemizde yılda 6 milyona yakın cerrahi operasyon olmuştur.	Evet	117	93,6
	Hayır	8	6,4
Ülkemizde Aile Hekimlerinin kayıtlı nüfusunun acil durumlar dışında geçireceği cerrahi müdahalelerde bilgilendirilmesinin ve mümkünse cerrahi öncesi hastalar operasyon kararını aile hekimleriyle beraber almasının, cerrahi operasyon sayılarında azalmasına katkı sağlayacağını düşünüyor musunuz?	Evet	77	61,6
	Hayır	48	38,4

Tablo 12’de ülkemizde yapılan cerrahi operasyon verileri ile ilgili verilen yanıtlar görülmektedir. 2023 TÜİK verilerine göre ülkemizde yılda 6 milyona yakın cerrahi operasyon olduğunu belirten cümleye hekimlerin katılma oranı %93,6 olarak saptanmışken, Aile Hekimlerinin kayıtlı nüfusunun acil durumlar dışında geçireceği cerrahi müdahalelerde bilgilendirilmesinin ve mümkünse cerrahi öncesi hastalar operasyon kararını aile hekimleriyle beraber almasının, cerrahi operasyon sayılarında azalmasına katkı sağlayacağı ifadesine katılma oranı ise %61,6 olarak saptanmıştır.

Tablo 13. Katılımcıların preoperatif değerlendirme süreciyle ilgili verdikleri yanıtların dağılımı

		n	%
Ameliyat öncesi hazırlık için yeterli yönlendirme ve rehber eksikliği hissediyorum.	Kesinlikle katılmıyorum	5	4,0
	Katılmıyorum	15	12,0
	Kararsızım	38	30,4
	Katılıyorum	38	30,4
	Kesinlikle katılıyorum	29	23,2
Ameliyat öncesi hazırlık için yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğumu düşünüyorum.	Kesinlikle katılmıyorum	18	14,4
	Katılmıyorum	34	27,2
	Kararsızım	40	32,0
	Katılıyorum	24	19,2
	Kesinlikle katılıyorum	9	7,2
Ameliyat öncesi hastaları yönlendirme konusunda kendime güveniyorum.	Kesinlikle katılmıyorum	12	9,6
	Katılmıyorum	20	16,0
	Kararsızım	37	29,6
	Katılıyorum	45	36,0
	Kesinlikle katılıyorum	11	8,8

Tablo 13’te ameliyat öncesi hazırlık için yeterli yönlendirme ve rehber eksikliği hissediyorum ifadesine hekimlerin %16’sı kesinlikle katılmıyorum veya katılmıyorum yanıtını verirken bu soruya katılıyorum veya kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %53,6 olarak saptandı. Ameliyat öncesi hazırlık için yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğumu düşünüyorum ifadesine hekimlerin %41,6’sı kesinlikle katılmıyorum veya katılmıyorum yanıtını verirken bu soruya katılıyorum veya kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %26,4 olarak saptandı.

Tablo 14. Katılımcıların preoperatif değerlendirme ile ilgili tutumlarını değerlendiren sorulara verdiği yanıtların dağılımı

		n	%
Ameliyat öncesi hazırlık sürecinde aile hekimlerinin rolü kritiktir.	Kesinlikle katılmıyorum	16	12,8
	Katılmıyorum	22	17,6
	Kararsızım	44	35,2
	Katılıyorum	29	23,2
	Kesinlikle katılıyorum	14	11,2
Ameliyat öncesi hazırlık, gereksiz cerrahi müdahaleleri azaltabilir.	Kesinlikle katılmıyorum	7	5,6
	Katılmıyorum	11	8,8
	Kararsızım	23	18,4
	Katılıyorum	41	32,8
	Kesinlikle katılıyorum	43	34,4
Ameliyat öncesi süreçte multidisipliner iş birliği gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum	6	4,8
	Katılmıyorum	1	0,8
	Kararsızım	4	3,2
	Katılıyorum	26	20,8
	Kesinlikle katılıyorum	88	70,4
Ameliyat öncesi hazırlık sürecinde hasta takibinin birincil sorumluluğu aile hekimlerine aittir.	Kesinlikle katılmıyorum	60	48,0
	Katılmıyorum	28	22,4
	Kararsızım	22	17,6
	Katılıyorum	9	7,2
	Kesinlikle katılıyorum	6	4,8

Tablo 14’te ameliyat öncesi hazırlık sürecinde aile hekimlerinin rolü kritiktir ifadesine hekimlerin %30,4’ü kesinlikle katılmıyorum veya katılmıyorum yanıtını verirken bu soruya katılıyorum veya kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %34,4 olarak saptandı. Ameliyat öncesi hazırlık sürecinde hasta takibinin birincil sorumluluğu aile hekimlerine aittir ifadesine hekimlerin %70,4’ü kesinlikle katılmıyorum veya katılmıyorum yanıtını verirken bu soruya katılıyorum veya kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %12 olarak saptandı. Ameliyat öncesi hazırlık, gereksiz cerrahi müdahaleleri azaltabilir ifadesine hekimlerin %14,4’ü kesinlikle katılmıyorum veya katılmıyorum yanıtını verirken bu soruya katılıyorum veya kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %67,2 olarak saptandı.

Tablo 15. Poliklinik süresinin katılımcıların preoperatif değerlendirme vizitine olan etkisini değerlendiren anket sorusuna verilen yanıtın dağılımı

		n	%
Zaman kısıtlamaları, ameliyat öncesi hazırlık sürecine katılımımı zorlaştırıyor.	Kesinlikle katılmıyorum	5	4,0
	Katılmıyorum	5	4,0
	Kararsızım	26	20,8
	Katılıyorum	34	27,2
	Kesinlikle katılıyorum	55	44,0

Tablo 15’te zaman kısıtlamaları, ameliyat öncesi hazırlık sürecine katılımımı zorlaştırıyor ifadesine hekimlerin %8’i kesinlikle katılmıyorum veya katılmıyorum yanıtını verirken bu soruya katılıyorum veya kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %71,2 olarak saptandı.

Tablo 16. Katılımcıların preoperatif değerlendirme sürecinde hasta eğitimi ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

		n	%
Aile hekimlerinin ameliyat öncesi hasta eğitimine katkısı, cerrahi sonuçları olumlu yönde etkiler.	Kesinlikle katılmıyorum	8	6,4
	Katılmıyorum	10	8,0
	Kararsızım	22	17,6
	Katılıyorum	52	41,6
	Kesinlikle katılıyorum	33	26,4
Ameliyat öncesi hasta hazırlığında hasta eğitimi en önemli unsurdur.	Kesinlikle katılmıyorum	5	4,0
	Katılmıyorum	5	4,0
	Kararsızım	22	17,6
	Katılıyorum	38	30,4
	Kesinlikle katılıyorum	55	44,0

Tablo 16’da ameliyat öncesi hasta hazırlığında hasta eğitimi en önemli unsurdur ifadesine hekimlerin %8’i kesinlikle katılmıyorum veya katılmıyorum yanıtını verirken bu soruya katılıyorum veya kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin oranı %74,4 olarak saptandı.

Tablo 17. Preoperatif değerlendirme sürecinde katılımcıların davranışları ile ilgili anket sorularına verilen yanıtların dağılımı

		n	%
Ameliyat öncesi hastalara riskler ve beklentiler hakkında ne sıklıkta bilgi veriyorsunuz?	Her zaman	12	9,6
	Genellikle	20	16,0
	Ara sıra	51	40,8
	Nadiren	30	24,0
	Hiçbir Zaman	12	9,6
Hastaları ameliyat öncesi süreç hakkında bilgilendirmek için yazılı materyaller kullanıyor musunuz?	Her zaman	12	9,6
	Genellikle	11	8,8
	Ara sıra	25	20,0
	Nadiren	23	18,4
	Hiçbir Zaman	54	43,2
Ameliyat kararı öncesinde hastalarla alternatif tedavi seçeneklerini ne sıklıkta tartışıyorsunuz?	Her zaman	10	8,0
	Genellikle	26	20,8
	Ara sıra	46	36,8
	Nadiren	22	17,6
	Hiçbir Zaman	21	16,8
Ameliyat öncesi laboratuvar testlerini veya görüntüleme tetkiklerini ne sıklıkta kontrol ediyorsunuz?	Her zaman	36	28,8
	Genellikle	25	20,0
	Ara sıra	32	25,6
	Nadiren	18	14,4
	Hiçbir Zaman	14	11,2
Ameliyat öncesi hazırlık sürecinde yaptığınız değerlendirmeleri hasta dosyasına ne sıklıkta kaydediyorsunuz?	Her zaman	19	15,2
	Genellikle	20	16,0
	Ara sıra	27	21,6
	Nadiren	26	20,8
	Hiçbir Zaman	33	26,4

Tablo 17’de ameliyat öncesi hastalara riskler ve beklentiler hakkında ne sıklıkta bilgi veriyorsunuz? Sorusuna katılımcıların %33,6’sı nadiren veya hiçbir zaman yanıtını verirken bu soruya her zaman yanıtı verenlerin oranı %9,6 olarak saptandı. Hastaları ameliyat öncesi süreç hakkında bilgilendirmek için yazılı materyaller kullanıyor musunuz? Sorusuna ise katılımcıların %61,6’sı nadiren veya hiçbir zaman yanıtını verirken bu soruya her zaman yanıtı verenlerin oranı %9,6 olarak saptandı. Ameliyat kararı öncesinde hastalarla alternatif tedavi seçeneklerini ne sıklıkta tartışıyorsunuz? Sorusuna katılımcıların %34,4’ü nadiren veya hiçbir zaman yanıtını verirken bu soruya her zaman yanıtı verenlerin oranı %8 olarak saptandı.

Tablo 18. Katılımcıların preoperatif değerlendirme sürecinde kronik hastalıkları yönetme sıklıklarını belirleyen anket sorusuna verdikleri yanıtın dağılımı

		n	%
Ameliyat öncesi hastaların kronik hastalıklarını (ör. diyabet, hipertansiyon) optimize etmek için ne sıklıkta müdahale ediyorsunuz?	Her zaman	19	15,2
	Genellikle	21	16,8
	Ara sıra	48	38,4
	Nadiren	21	16,8
	Hiçbir Zaman	16	12,8

Tablo 18’de ameliyat öncesi hastaların kronik hastalıklarını (ör. diyabet, hipertansiyon) optimize etmek için ne sıklıkta müdahale ediyorsunuz? Sorusuna katılımcıların %29,6’sı nadiren veya hiçbir zaman yanıtını verirken bu soruya her zaman yanıtı verenlerin oranı %15,2 olarak saptandı.

Tablo 19. Preoperatif değerlendirme sürecinde belirli bir sistem kullanan ve kullanmayan katılımcıları belirleyen anket sorusuna verdikleri yanıtın dağılımı

		n	%
Hastaların ameliyat öncesi hazırlık durumunu takip etmek için bir sistem kullanıyor musunuz?	Evet	17	13,6
	Hayır	108	86,4

Tablo 19’da hastaların ameliyat öncesi hazırlık durumunu takip etmek için belirli bir sistem kullananların oranı %13,6 olarak saptandı.

Tablo 20. Preoperatif değerlendirme sürecinde katılımcıların sağlık profesyonellerine konsültasyon sıklıklarını belirleyen anket sorusuna verdikleri yanıtın dağılımı

		n	%
Ameliyat öncesi ilaç düzenlemeleri (ör. antikoagülanlar) için ne sıklıkta uzmanla konsültasyon yapıyorsunuz?	Her zaman	30	24,0
	Genellikle	26	20,8
	Ara sıra	30	24,0
	Nadiren	19	15,2
	Hiçbir Zaman	20	16,0
Ameliyat öncesi hazırlık için cerrahlarla veya diğer uzmanlarla ne sıklıkta iletişim kuruyorsunuz?	Her zaman	17	13,6
	Genellikle	15	12,0
	Ara sıra	26	20,8
	Nadiren	26	20,8
	Hiçbir Zaman	41	32,8
Hastaları ameliyat öncesi diyetisyen, fizyoterapist gibi diğer sağlık profesyonellerine ne sıklıkta yönlendiriyorsunuz?	Her zaman	16	12,8
	Genellikle	22	17,6
	Ara sıra	32	25,6
	Nadiren	32	25,6
	Hiçbir Zaman	23	18,4

Tablo 20’de ameliyat öncesi hazırlık için cerrahlarla veya diğer uzmanlarla ne sıklıkta iletişim kuruyorsunuz? Sorusuna katılımcıların %53,6’sı nadiren veya hiçbir zaman yanıtını verirken bu soruya her zaman yanıtı verenlerin oranı %13,6 olarak saptandı. Ameliyat öncesi ilaç düzenlemeleri (ör. antikoagülanlar) için ne sıklıkta uzmanla konsültasyon yapıyorsunuz? Sorusuna katılımcıların %31,2’si nadiren veya hiçbir zaman yanıtını verirken bu soruya her zaman yanıtı verenlerin oranı %24 olarak saptandı. Hastaları ameliyat öncesi diyetisyen, fizyoterapist gibi diğer sağlık profesyonellerine ne sıklıkta yönlendiriyorsunuz? Sorusuna katılımcıların %44’ü nadiren veya hiçbir zaman yanıtını verirken bu soruya her zaman yanıtı verenlerin oranı %12,8 olarak saptandı.

Tablo 21. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde Kardiyovasküler Sistem ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelerinin dağılımı

		n	%
Bilinen kalp hastalığı olan tüm hastalar ameliyat öncesi kardiyoloji bölümüne konsülte edilmelidir. (28. Soru)	Evet	113	90,4
	Hayır	12	9,6
Kardiyak açıdan yüksek riskli hastalarda, majör bir cerrahi geçirecek ise cerrahiden önce ve cerrahiden 48-72 saat sonra kardiyak troponinlerinin değerlendirilmesi düşünülebilir. (29. Soru)	Evet	103	82,4
	Hayır	22	17,6
Beta-blokör tedavisi alan hastalar majör bir cerrahi geçirecek ise bu ilaç tedavisi cerrahi öncesi sonlandırılır, cerrahi sonrası tekrar tedaviye başlanır. (30. Soru)	Evet	51	40,8
	Hayır	74	59,2
Bilinen iskemik kalp hastalığı veya miyokard iskemisi olan hastalarda preoperatif beta bloker başlanır. (31. Soru)	Evet	72	57,6
	Hayır	53	42,4
Ameliyat sırasında hemostaz kontrolünün zor olabileceği tahmin edildiğinde aspirin ameliyat öncesinde kesilebilir. (32. Soru)	Evet	120	96,0
	Hayır	5	4,0
Cerrahiden önce 45 yaş üstü tüm erişkin hastalardan preoperatif EKG istenir. (33. Soru)	Evet	122	97,6
	Hayır	3	2,4

Tablo 21’de katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde Kardiyovasküler Sistem ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelerinin dağılımı belirtilmektedir. Hekimlerin %90,4’ü 28. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %9,6’sı

hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %82,4'ü 29. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %17,6'sı hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %40,8'i 30. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %59,2'si hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %57,6'sı 31. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %42,4'ü hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %96'sı 32. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %4'ü hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %97,6'sı 33. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %2,4'ü hayır cevabı vermiştir.

Tablo 22. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde Diabetes Mellitus ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelerinin dağılımı

		n	%
Bilinen diabetes mellitusu olan ve majör ortopedik ve vasküler cerrahi planlanan hastalarda, kan şekeri düzeyi ve HbA1c testi önerilir. (34. Soru)	Evet	122	97,6
	Hayır	3	2,4
Elektif non-kardiyak cerrahi geçirecek erişkin bireylerde rutin kan şekeri düzeyi bakmak perioperatif glukoz kontrolü sağlamaya katkı sağlar. (35. Soru)	Evet	117	93,6
	Hayır	8	6,4
Uzun süreli diabeti olan hastalar için özenli bir hava yolu değerlendirmesi gerekir. (36. Soru)	Evet	105	84,0
	Hayır	20	16,0

Tablo 22'de katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde Diabetes Mellitus ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelerinin dağılımı belirtilmektedir. Hekimlerin %97,6'sı 34. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %2,4'ü hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %93,6'sı 35. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %6,4'ü hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %84'ü 36. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %16'sı hayır cevabı vermiştir.

Tablo 23. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde Koagülasyon Sistemi ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelerinin dağılımı

		n	%
Varfarine bağlı koagülopatisi olan hastalarda Varfarin etkisini tersine çevirmek gerektiğinde protrombin kompleks konsantresi öncelikle tercih edilmelidir, mevcut değil ise taze donmuş plazma ile K vitamini kombinasyonu kullanılabilir. (37. Soru)	Evet	116	92,8
	Hayır	9	7,2
Vitamin K antagonisti kullanan, yüksek risk grubundaki hastalarda perioperatif dönemde Düşük Moleküler Ağırlıklı Heparin ile köprü tedavisine geçilebilir. (47. Soru)	Evet	114	91,2
	Hayır	11	8,8
Kalça kırığı olan hastalarda perioperatif dönemde klopidoğrel tedavisi kesilmeden cerrahi güvenle uygulanabilir. (38. Soru)	Evet	42	33,6
	Hayır	83	66,4
Trombosit sayısı ölçümünün koagülasyon bozukluğunun değerlendirilmesinde prognostik değeri yoktur. (39. Soru)	Evet	30	24,0
	Hayır	95	76,0
Non kardiyak cerrahi, koroner stent takıldıktan sonra ikili antiplatelet tedavi alan hastalarda güvenle yapılabilir. (40. Soru)	Evet	69	55,2
	Hayır	56	44,8

Tablo 23'te katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde Koagülasyon Sistemi ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelerinin dağılımı belirtilmektedir. Hekimlerin %92,8'i 37. anket sorusuna evet cevabı verirken, %7,2'si hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %91,2'si 47. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %8,8'i hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %33,6'sı 38. anket sorusuna evet cevabı vermişken %66,4'ü hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %24'ü 39. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %76'sı hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %55,2'i 40. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %44,8'ü hayır cevabı vermiştir.

Tablo 24. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde Anemi ve preoperatif kan koruma stratejisi ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelerinin dağılımı

		n	%
Elektif cerrahi öncesi bilinen demir eksikliği olan hastalara demir tedavisi uygulanmalıdır, tedavide intravenöz demir oral demire tercih edilir. (41. Soru)	Evet	80	64,0
	Hayır	45	36,0
Kanama riski beklentisinin olduğu cerrahi türlerinde otolog kan transfüzyonu seçenekler arasındadır. (42.Soru)	Evet	101	80,8
	Hayır	24	19,2

Tablo 24’te katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde Anemi ve preoperatif kan koruma stratejisi ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelerinin dağılımı belirtilmektedir. Hekimlerin %64’ü 41. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %36’sı hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %80,8’i 42. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %19,2’si hayır cevabı vermiştir.

Tablo 25. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde bitkisel ilaç tedavisi ve psikotropik ilaç tedavisi ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelerinin dağılımı

		n	%
Bitkisel ilaç kullanan hastalara cerrahiden 2 hafta önce bu ilaçları kesmesi önerilir. (43. Soru)	Evet	117	93,6
	Hayır	8	6,4
Kronik depresyonlu hastalarda cerrahiden önce antidepresan tedavi kesilir. (44. Soru)	Evet	28	22,4
	Hayır	97	77,6
Kronik şizofreni için kullanılan antipsikotiklerin cerrahi öncesi kesilmesi önerilmez. (45. Soru)	Evet	110	88,0
	Hayır	15	12,0
Lityum cerrahiden 72 saat önce kesilmelidir. (46. Soru)	Evet	81	64,8
	Hayır	44	35,2

Tablo 25’te katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde bitkisel ilaç tedavisi ve psikotropik ilaç tedavisi ile ilgili anket sorularına verdikleri yanıt sayıları ve yüzdelerinin dağılımı belirtilmektedir. Hekimlerin %93,6’sı 43. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %6,4’ü hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %22,4’ü 44. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %77,6’sı hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %88’i 45. anket sorusuna evet cevabı verilmişken, %12’si hayır cevabı vermiştir. Hekimlerin %64,8’i 46. anket sorusuna evet cevabı vermişken, %35,2’si hayır cevabı vermiştir.

Tablo 26. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketindeki sorulara verdikleri doğru cevap sayılarının ortalama dağılımı

	Kardiyovasküler Sistem	Diabetes Mellitus	Koagülasyon Sistemi	Anemi	İlaçlar	Toplam
Ortalama	3,88	1,88	3,38	1,45	3,24	13,83
SS	0,92	0,39	0,81	0,69	0,70	1,77
Minimum	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	7,0
Maksimum	6,00	3,00	5,00	2,00	4,00	18,0
%	0,65	0,63	0,68	0,73	0,81	0,69

Tablo 26’da kardiyovasküler sistem ile ilgili sorulara $3,88 \pm 0,92$ ortalama doğru yanıt verilmiştir. Diabetes Mellitus ile ilgili 3 soruya ortalama $1,88 \pm 0,39$ olarak doğru yanıt verilmiştir. Koagülasyon Sistemi ile ilgili 5 soruya ortalama $3,38 \pm 0,81$ olarak doğru yanıt verilmiştir. Anemi ile ilgili 2 soruya ortalama $1,45 \pm 0,69$ olarak doğru yanıt verilmiştir. İlaçlar ile ilgili 4 soruya ortalama $3,24 \pm 0,70$ olarak doğru yanıt verilmiştir.

Tablo 27. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde sorulan anket sorularına verdiği cevapların sayısal, yüzdesel ve ortalama dağılımları

			n	%	ort±ss	Min-max
Kardiyovasküler Sistem	Bilinen kalp hastalığı olan tüm hastalar ameliyat öncesi kardiyoloji bölümüne konsülte edilmelidir.	Yanlış	12	9,6	3,88±0,92	1-6
		Doğru	113	90,4		
	Kardiyak açıdan yüksek riskli hastalarda, majör bir cerrahi geçirecek ise cerrahiden önce ve cerrahiden 48-72 saat sonra kardiyak troponinlerinin değerlendirilmesi düşünülebilir.	Yanlış	22	17,6		
		Doğru	103	82,4		
	Beta-blokör tedavisi alan hastalar majör bir cerrahi geçirecek ise bu ilaç tedavisi cerrahi öncesi sonlandırılır, cerrahi sonrası tekrar tedaviye başlanır.	Yanlış	51	40,8		
		Doğru	74	59,2		
	Bilinen iskemik kalp hastalığı veya miyokard iskemisi olan hastalarda preoperatif beta bloker başlanır.	Yanlış	53	42,4		
		Doğru	72	57,6		
	Ameliyat sırasında hemostaz kontrolünün zor olabileceği tahmin edildiğinde aspirin ameliyat öncesinde kesilebilir	Yanlış	5	4,0		
		Doğru	120	96,0		
	Cerrahiden önce 45 yaş üstü tüm erişkin hastalardan preoperatif EKG istenir.	Yanlış	122	97,6		
		Doğru	3	2,4		

Tablo 27. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde sorulan anket sorularına verdiği cevapların sayısal, yüzdesel ve ortalama dağılımları (devamı)

			n	%	ort±ss	Min-max
Diyabetes Mellitus	Bilinen diabetes mellitusu olan ve majör ortopedik ve vasküler cerrahi planlanan hastalarda, kan şekeri düzeyi ve HbA1c testi önerilir.	Yanlış	3	2,4	1,88±0,39	0-3
		Doğru	122	97,6		
	Elektif non-kardiyak cerrahi geçirecek erişkin bireylerde rutin kan şekeri düzeyi bakmak perioperatif glukoz kontrolü sağlamaya katkı sağlar.	Yanlış	117	93,6		
		Doğru	8	6,4		
	Uzun süreli diabeti olan hastalar için özenli bir hava yolu değerlendirmesi gerekir.	Yanlış	20	16,0		
		Doğru	105	84,0		
Koagülasyon Sistemi	Varfarine bağlı koagülopatisi olan hastalarda Varfarin etkisini tersine çevirmek gerektiğinde protrombin kompleks konsantrisi öncelikle tercih edilmelidir, mevcut değil ise taze donmuş plazma ile K vitamini kombinasyonu kullanılabilir.	Yanlış	9	7,2	3,38±0,81	1-5
		Doğru	116	92,8		
	Vitamin K antagonisti kullanan, yüksek risk grubundaki hastalarda perioperatif dönemde Düşük Moleküler Ağırlıklı Heparin ile köprü tedavisine geçilebilir.	Yanlış	11	8,8		
		Doğru	114	91,2		

Tablo 27. Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde sorulan anket sorularına verdiği cevapların sayısal, yüzdesel ve ortalama dağılımları (devamı)

			n	%	ort±ss	Min-max
Koagülasyon Sistemi	Kalça kırığı olan hastalarda perioperatif dönemde klopidoğrel tedavisi kesilmeden cerrahi güvenle uygulanabilir.	Yanlış	83	66,4	3,38±0,81	1-5
		Doğru	42	33,6		
	Trombosit sayısı ölçümünün koagülasyon bozukluğunun değerlendirilmesinde prognostik değeri yoktur.	Yanlış	30	24,0		
		Doğru	95	76,0		
	Non kardiyak cerrahi, koroner stent takıldıktan sonra ikili antiplatelet tedavi alan hastalarda güvenle yapılabilir.	Yanlış	69	55,2		
		Doğru	56	44,8		
Anemi	Elektif cerrahi öncesi bilinen demir eksikliği olan hastalara demir tedavisi uygulanmalıdır, tedavide intravenöz demir oral demire tercih edilir.	Yanlış	45	36,0	1,45±0,69	0-2
		Doğru	80	64,0		
	Kanama riski beklentisinin olduğu cerrahi türlerinde otolog kan transfüzyonu seçenekler arasındadır.	Yanlış	24	19,2		
		Doğru	101	80,8		
İlaçlar	Bitkisel ilaç kullanan hastalara cerrahiden 2 hafta önce bu ilaçları kesmesi önerilir.	Yanlış	8	6,4	3,24±0,70	1-4
		Doğru	117	93,6		
	Kronik depresyonlu hastalarda cerrahiden önce antidepresan tedavi kesilir.	Yanlış	28	22,4		
		Doğru	97	77,6		
	Kronik şizofreni için kullanılan antipsikotiklerin cerrahi öncesi kesilmesi önerilmez.	Yanlış	15	12,0		
		Doğru	110	88,0		
	Lityum cerrahiden 72 saat önce kesilmelidir.	Yanlış	44	35,2		
		Doğru	81	64,8		

Tablo 27’de Katılımcıların preoperatif değerlendirme anketinde sorulan anket sorularına verdiği cevapların sayısal, yüzdesel ve ortalama dağılımları verilmiştir: Kardiyovasküler Sistem ile ilgili sorulara tablodaki sıralamaya göre hekimlerin; 1.soruya %90,4’ü, 2.soruya %82,4’ü, 3.soruya %59,2’si, 4.soruya %57,6’sı, 5.soruya %96’sı, 6.soruya %2,4’ü doğru cevap vermiştir. Diyabetes Mellitus ile ilgili sorulara tablodaki sıralamaya göre hekimlerin; 1.soruya %97,6’sı, 2.soruya %6,4’ü, 3. soruya %84’ü doğru cevap vermiştir. Koagülasyon Sistemi ile ilgili sorulara tablodaki sıralamaya göre hekimlerin; 1.soruya %92,8’i, 2.soruya %91,2’i, 3.soruya %33,6’sı, 4.soruya %76’sı, 5.soruya %44,8’i doğru cevap vermiştir. Anemi ile ilgili sorulara tablodaki sıralamaya göre hekimlerin; %64’ü 1.soruya, %80,8’i 2.soruya doğru cevap vermiştir. İlaçlar ile ilgili sorulara tablodaki sıralamaya göre hekimlerin; 1.soruya %93,6’sı, 2.soruya %77,6’sı, 3.soruya %88’i, 4.soruya %64,8’i doğru cevap vermiştir.

Tablo 28. Cerrahi operasyon öyküsü olan ve olmayan katılımcıların preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru cevapların değerlendirilmesi

	Cerrahi operasyon öyküsü	n	ort	ss	p
Kardiyovasküler Sistem	Evet	64	3,89	0,86	0,896
	Hayır	61	3,87	0,99	
Diyabetes Mellitus	Evet	64	1,89	0,36	0,308
	Hayır	61	1,87	0,43	
Koagülasyon Sistemi	Evet	64	3,39	0,79	0,926
	Hayır	61	3,38	0,84	
Anemi	Evet	64	1,41	0,71	0,490
	Hayır	61	1,49	0,67	
İlaçlar	Evet	64	3,20	0,74	0,549
	Hayır	61	3,28	0,66	
Toplam	Evet	64	13,78	1,82	0,744
	Hayır	61	13,89	1,72	

Tablo 28’de cerrahi operasyon öyküsü olan ve olmayan hekimlerin preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru cevapların dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 29. Preoperatif değerlendirmede katılımcıların hastaya alternatif tedavi önermesi ile katılımcıların cerrahi operasyon öyküsü ilişkisinin dağılımı

		Daha önce genel anestezi almanızı gerektirecek cerrahi operasyon geçirdiniz mi?		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Ameliyat kararı öncesinde hastalarla alternatif tedavi seçeneklerini ne sıklıkta tartışıyorsunuz?	Herzaman	6	4	10	0,219
	Genellikle	17	9	26	
	Arasına	18	28	46	
	Nadiren	13	9	22	
	Hiçbir Zaman	10	11	21	
Toplam		64	61	125	

Tablo 29’da cerrahi operasyon öyküsü olan ve olmayan hekimlerin, preoperatif değerlendirme sürecinde hastalarına alternatif tedavi önermesi ile olan ilişkisinin dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 30. Preoperatif değerlendirme anketine katılımcıların cinsiyetlerine göre verdikleri doğru cevap sayılarının değerlendirilmesi

	Cinsiyet	n	ort	ss	p
Kardiyovasküler Sistem	Kadın	55	3,87	0,94	0,939
	Erkek	70	3,89	0,91	
Diyabetes Mellitus	Kadın	55	1,85	0,36	0,524
	Erkek	70	1,90	0,42	
Koagülasyon Sistemi	Kadın	55	3,38	0,83	0,979
	Erkek	70	3,39	0,80	
Anemi	Kadın	55	1,29	0,74	0,023
	Erkek	70	1,57	0,63	
İlaçlar	Kadın	55	3,40	0,56	0,023
	Erkek	70	3,11	0,77	
Toplam	Kadın	55	13,80	1,89	0,858
	Erkek	70	13,86	1,68	

Tablo 30’da Preoperatif değerlendirme anketine katılımcıların cinsiyetlerine göre verdikleri doğru cevap sayılarının değerlendirilmesi incelendiğinde; Erkek hekimlerin “anemi” konusundaki sorulara verdiği doğru cevaplar, kadın hekimlerin verdikleri cevaplardan istatistiksel olarak anlamlı **yüksek** bulunurken, “ilaçlar” konusundaki verdikleri doğru cevaplar, kadın hekimlerin verdikleri cevaplardan istatistiksel olarak anlamlı **düşük** bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 31. Aile hekimlerinin preoperatif değerlendirme sürecinde rol algılarıyla preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi

	Ameliyat öncesi hazırlık sürecinde aile hekimlerinin rolü kritiktir	n	ort	ss	p
Kardiyovasküler Sistem	$\geq 4,0$	43	4,07	0,91	0,095
	$< 4,0$	82	3,78	0,92	
Diyabetes Mellitus	$\geq 4,0$	43	1,91	0,43	0,581
	$< 4,0$	82	1,87	0,38	
Koagülasyon Sistemi	$\geq 4,0$	43	3,49	0,80	0,299
	$< 4,0$	82	3,33	0,82	
Anemi	$\geq 4,0$	43	1,42	0,70	0,731
	$< 4,0$	82	1,46	0,69	
İlaç	$\geq 4,0$	43	3,26	0,73	0,856
	$< 4,0$	82	3,23	0,69	
Toplam	$\geq 4,0$	43	14,14	1,60	0,160
	$< 4,0$	82	13,67	1,84	

Tablo 31’de Aile hekimlerinin preoperatif değerlendirme sürecinde rol algılarıyla preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 32. Katılımcıların preoperatif süreçte hasta eğitimi tutumunun preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi

	Aile hekimlerinin ameliyat öncesi hasta eğitimine katkısı, cerrahi sonuçları olumlu yönde etkiler.	n	ort	ss	p
Kardiyovasküler Sistem	$\geq 4,0$	85	3,98	0,87	0,088
	$< 4,0$	40	3,68	1,00	
Diyabetes Mellitus	$\geq 4,0$	85	1,91	0,40	0,286
	$< 4,0$	40	1,83	0,38	
Koagülasyon Sistemi	$\geq 4,0$	85	3,49	0,78	0,026
	$< 4,0$	40	3,15	0,83	
Anemi	$\geq 4,0$	85	1,49	0,67	0,277
	$< 4,0$	40	1,35	0,74	
İlaç	$\geq 4,0$	85	3,28	0,67	0,326
	$< 4,0$	40	3,15	0,77	
Toplam	$\geq 4,0$	85	14,15	1,58	0,003
	$< 4,0$	40	13,15	1,96	

Tablo 32’de katılımcıların preoperatif süreçte hasta eğitimi tutumunun preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi incelendiğinde; ameliyat öncesi hasta eğitimine katkısı, cerrahi sonuçları olumlu yönde etkileyeceğini düşünen hekimlerin “Koagülasyon Sistemi” konusundaki sorulara ve preoperatif değerlendirme anketinde bulunan tüm sorulara verdiği doğru cevaplar, olumlu etkisinin olmayacağını düşünen hekimlerin verdikleri cevaplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 33. Preoperatif süreçte katılımcıların yeterlilik algısı ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi

	Ameliyat öncesi hazırlık için yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğumu düşünüyorum	n	ort	ss	p
Kardiyovasküler Sistem	$\geq 4,0$	33	3,85	0,91	0,820
	$< 4,0$	92	3,89	0,93	
Diyabetes Mellitus	$\geq 4,0$	33	1,94	0,24	0,314
	$< 4,0$	92	1,86	0,43	
Koagülasyon Sistemi	$\geq 4,0$	33	3,64	0,65	0,037
	$< 4,0$	92	3,29	0,85	
Anemi	$\geq 4,0$	33	1,45	0,71	0,950
	$< 4,0$	92	1,45	0,69	
İlaç	$\geq 4,0$	33	3,27	0,72	0,756
	$< 4,0$	92	3,23	0,70	
Toplam	$\geq 4,0$	33	14,15	1,80	0,228
	$< 4,0$	92	13,72	1,75	

Tablo 33’te katılımcıların preoperatif süreçte yeterlilik algısının preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi incelendiğinde; ameliyat öncesi hazırlık için yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunu düşünen hekimlerin ‘‘Koagülasyon Sistemi’’ konusundaki sorulara verdiği doğru cevaplar, yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunu düşünmeyen hekimlerin verdikleri cevaplardan istatistiksel olarak anlamlı **yüksek** bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 34. Katılımcıların yaş ve asistanlık süreleriyle preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi

		Toplam	Kardiyovasküler Sistem	Diyabetes Mellitus	Koagülasyon Sistemi	Anemi	İlaç
Aile Hekimliği asistanlığındaki süreniz?	p	-,130	-,173	-,122	-,045	,035	-,015
	p	,147	,053	,176	,618	,697	,865
	n	125	125	125	125	125	125
Yaşınız	p	,149	,184*	-,107	-,033	,277**	-,039
	p	,097	,040	,236	,711	,002	,663
	n	125	125	125	125	125	125

Tablo 34’te katılımcıların yaş ve asistanlık süreleriyle preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi incelendiğinde Aile hekimliği asistanlık süresi ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), hekimin yaşı arttıkça ‘‘anemi’’ konusundaki ve ‘‘Kardiyovasküler Sistem’’ konusundaki sorulara verdiği doğru cevaplar istatistiksel olarak anlamlı **yüksek** bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 35. Katılımcıların preoperatif süreçteki hazırlık tutumu ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi

	Ameliyat öncesi hazırlık, gereksiz cerrahi müdahaleleri azaltabilir.	n	ort	ss	p
Kardiyovasküler Sistem	$\geq 4,0$	84	4,05	0,82	0,003
	$< 4,0$	41	3,54	1,03	
Diyabetes Mellitus	$\geq 4,0$	84	1,92	0,35	0,137
	$< 4,0$	41	1,80	0,46	
Koagülasyon Sistemi	$\geq 4,0$	84	3,37	0,77	0,769
	$< 4,0$	41	3,41	0,89	
Anemi	$\geq 4,0$	84	1,52	0,65	0,076
	$< 4,0$	41	1,29	0,75	
İlaç	$\geq 4,0$	84	3,24	0,70	0,965
	$< 4,0$	41	3,24	0,70	
Toplam	$\geq 4,0$	84	14,10	1,57	0,017
	$< 4,0$	41	13,29	2,03	

Tablo 35’te katılımcıların preoperatif süreçteki hazırlık tutumu ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi incelendiğinde; ameliyat öncesi hazırlığın gereksiz cerrahi müdahalelerini azaltabileceğini düşünen hekimlerin “Kardiyovasküler Sistem” konusundaki sorulara ve preoperatif değerlendirme anketinde bulunan tüm sorulara verdiği doğru cevaplar, ameliyat öncesi hazırlığın gereksiz cerrahi müdahaleleri azaltmayacağını düşünen hekimlerin verdikleri cevaplardan istatistiksel olarak anlamlı **yüksek** bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 36. Katılımcıların preoperatif süreçte diğer branşlara olan konsültasyon sıklığı oranı ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi

	Ameliyat öncesi hazırlık için cerrahlarla veya diğer uzmanlarla ne sıklıkta iletişim kuruyorsunuz?	n	ort	ss	p
Kardiyovasküler Sistem	Genellikle veya her zaman	67	3,87	0,95	0,853
	Nadiren veya hiç	58	3,90	0,89	
Diyabetes Mellitus	Genellikle veya her zaman	67	1,90	0,35	0,637
	Nadiren veya hiç	58	1,86	0,44	
Koagülasyon Sistemi	Genellikle veya her zaman	67	3,36	0,90	0,704
	Nadiren veya hiç	58	3,41	0,70	
Anemi	Genellikle veya her zaman	67	1,37	0,74	0,193
	Nadiren veya hiç	58	1,53	0,63	
İlaç	Genellikle veya her zaman	67	3,22	0,71	0,783
	Nadiren veya hiç	58	3,26	0,69	
Toplam	Genellikle veya her zaman	67	13,72	2,00	0,434
	Nadiren veya hiç	58	13,97	1,46	

Tablo 36’da Aile hekimlerinin preoperatif süreçte diğer branşlara olan konsültasyon sıklığı oranı ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 37. Katılımcıların preoperatif süreçte laboratuvar testlerini veya görüntüleme tetkiklerini kontrol sıklığı oranı ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi

	Ameliyat öncesi laboratuvar testlerini veya görüntüleme tetkiklerini ne sıklıkta kontrol ediyorsunuz?	n	ort	ss	p
Kardiyovasküler Sistem	Genellikle veya her zaman	32	3,81	0,90	0,633
	Nadiren veya hiç	93	3,90	0,93	
Diyabetes Mellitus	Genellikle veya her zaman	32	1,91	0,39	0,664
	Nadiren veya hiç	93	1,87	0,40	
Koagülasyon Sistemi	Genellikle veya her zaman	32	3,25	0,92	0,280
	Nadiren veya hiç	93	3,43	0,77	
Anemi	Genellikle veya her zaman	32	1,41	0,76	0,693
	Nadiren veya hiç	93	1,46	0,67	
İlaç	Genellikle veya her zaman	32	3,34	0,75	0,333
	Nadiren veya hiç	93	3,20	0,68	
Toplam	Genellikle veya her zaman	32	13,72	2,00	0,676
	Nadiren veya hiç	93	13,87	1,69	

Tablo 37’de Aile hekimlerinin preoperatif süreçte laboratuvar testlerini veya görüntüleme tetkiklerini kontrol sıklığı oranı ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 38. Katılımcıların preoperatif süreçte kronik hastalıklara müdahale sıklığı oranı ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi

	Ameliyat öncesi hastaların kronik hastalıklarını (ör. diyabet, hipertansiyon) optimize etmek için ne sıklıkta müdahale ediyorsunuz?	n	ort	ss	p
Kardiyovasküler Sistem	Genellikle veya her zaman	37	3,86	0,92	0,906
	Nadiren veya hiç	88	3,89	0,93	
Diyabetes Mellitus	Genellikle veya her zaman	37	1,95	0,23	0,226
	Nadiren veya hiç	88	1,85	0,44	
Koagülasyon Sistemi	Genellikle veya her zaman	37	3,16	0,83	0,047
	Nadiren veya hiç	88	3,48	0,79	
Anemi	Genellikle veya her zaman	37	1,35	0,79	0,311
	Nadiren veya hiç	88	1,49	0,64	
İlaç	Genellikle veya her zaman	37	3,16	0,76	0,423
	Nadiren veya hiç	88	3,27	0,67	
Toplam	Genellikle veya her zaman	37	13,49	1,94	0,157
	Nadiren veya hiç	88	13,98	1,68	

Tablo 38’de Aile hekimlerinin preoperatif süreçte kronik hastalıklara müdahale sıklığı oranı ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi incelendiğinde; preoperatif süreçte daha az sıklıkla kronik hastalıkları optimize etmek için müdahale eden hekimlerin “Koagülasyon Sistem” konusundaki sorulara verdiği doğru cevaplar, preoperatif süreçte genellikle veya her zaman kronik hastalıkları optimize etmek için müdahale eden hekimlerin verdikleri cevaplardan istatistiksel olarak anlamlı **yüksek** bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 39. Preoperatif süreçte Aile hekimlerinin hasta takibindeki rolü ile preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi

	Ameliyat öncesi hazırlık sürecinde hasta takibinin birincil sorumluluğu aile hekimlerine aittir.	n	ort	ss	p
Kardiyovasküler Sistem	$\geq 4,0$	15	4,20	0,94	0,152
	$<4,0$	110	3,84	0,91	
Diyabetes Mellitus	$\geq 4,0$	15	2,07	0,46	0,050
	$<4,0$	110	1,85	0,38	
Koagülasyon Sistemi	$\geq 4,0$	15	3,53	0,64	0,449
	$<4,0$	110	3,36	0,83	
Anemi	$\geq 4,0$	15	1,47	0,52	0,912
	$<4,0$	110	1,45	0,71	
İlaç	$\geq 4,0$	15	3,13	0,83	0,532
	$<4,0$	110	3,25	0,68	
Toplam	$\geq 4,0$	15	14,40	1,59	0,186
	$<4,0$	110	13,76	1,78	

Tablo 39’da Preoperatif süreçteki hasta takibinin Aile hekimi’nin birincil sorumluluğu olduğunu düşünen hekimlerin ve düşünmeyen hekimlerin, preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru yanıtların ilişkisinin değerlendirilmesi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 40. Preoperatif değerlendirme anketindeki soruların Ayrımcılık İndeksi ve Zorluk İndeksi

Sorular	DI	AI
Bilinen kalp hastalığı olan tüm hastalar ameliyat öncesi kardiyoloji bölümüne konsülte edilmelidir.	0,01	0,26
Kardiyak açıdan yüksek riskli hastalarda, majör bir cerrahi geçirecek ise cerrahiden önce ve cerrahiden 48-72 saat sonra kardiyak troponinlerinin değerlendirilmesi düşünülebilir.	0,02	0,35
Beta-blokör tedavisi alan hastalar majör bir cerrahi geçirecek ise bu ilaç tedavisi cerrahi öncesi sonlandırılır, cerrahi sonrası tekrar tedaviye başlanır.	0,02	0,21
Bilinen iskemik kalp hastalığı veya miyokard iskemisi olan hastalarda preoperatif beta bloker başlanır.	0,03	0,38
Ameliyat sırasında hemostaz kontrolünün zor olabileceği tahmin edildiğinde aspirin ameliyat öncesinde kesilebilir	0,04	0,09
Cerrahiden önce 45 yaş üstü tüm erişkin hastalardan preoperatif EKG istenir.	0,05	-0,03
Bilinen diabetes mellitusu olan ve majör ortopedik ve vasküler cerrahi planlanan hastalarda, kan şekeri düzeyi ve HbA1c testi önerilir.	0,06	0,09
Elektif non-kardiyak cerrahi geçirecek erişkin bireylerde rutin kan şekeri düzeyi bakmak perioperatif glukoz kontrolü sağlamaya katkı sağlar.	0,06	-0,09
Uzun süreli diabeti olan hastalar için özenli bir hava yolu değerlendirmesi gerekir.	0,07	0,32
Varfarine bağlı koagülopatisi olan hastalarda Varfarin etkisini tersine çevirmek gerektiğinde protrombin kompleks konsantresi öncelikle tercih edilmelidir, mevcut değil ise taze donmuş plazma ile K vitamini kombinasyonu kullanılabilir.	0,08	0,18
Vitamin K antagonisti kullanan, yüksek risk grubundaki hastalarda perioperatif dönemde Düşük Moleküler Ağırlıklı Heparin ile köprü tedavisine geçilebilir.	0,09	0,18
Kalça kırığı olan hastalarda perioperatif dönemde klopidoğrel tedavisi kesilmeden cerrahi güvenle uygulanabilir.	0,10	0,12
Trombosit sayısı ölçümünün koagülasyon bozukluğunun değerlendirilmesinde prognostik değeri yoktur.	0,10	0,15
Non kardiyak cerrahi, koroner stent takıldıktan sonra ikili antiplatelet tedavi alan hastalarda güvenle yapılabilir.	0,11	0,26
Elektif cerrahi öncesi bilinen demir eksikliği olan hastalara demir tedavisi uygulanmalıdır, tedavide intravenöz demir oral demire tercih edilir.	0,12	0,47
Kanama riski beklentisinin olduğu cerrahi türlerinde otolog kan transfüzyonu seçenekler arasındadır.	0,13	0,38
Bitkisel ilaç kullanan hastalara cerrahiden 2 hafta önce bu ilaçları kesmesi önerilir.	0,14	0,12
Kronik depresyonlu hastalarda cerrahiden önce antidepresan tedavi kesilir.	0,14	0,03
Kronik şizofreni için kullanılan antipsikotiklerin cerrahi öncesi kesilmesi önerilmez.	0,15	0,24
Lityum cerrahiden 72 saat önce kesilmelidir.	0,16	0,35

AI=Ayrımcılık İndeksi, DI=Zorluk İndeksi

5. TARTIŞMA

Aile hekimliği asistanlarının preoperatif değerlendirme konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği çalışmamızda, “Ülkemizde Aile Hekimleri’nin kayıtlı nüfusunun acil durumlar dışında geçireceği cerrahi müdahalelerde bilgilendirilmesinin ve mümkünse cerrahi öncesi hastalar operasyon kararını aile hekimleriyle beraber almasının, cerrahi operasyon sayılarının azalmasına katkı sağladığı” ifadesine hekimlerin çoğunluğunun evet yanıtını vermesi ve yine çoğunluğun “yıllara göre cerrahi operasyon sayılarının yıllara göre artmasını sağlık sistemimiz için başarı olarak değerlendiriyormusunuz?” sorusuna hayır yanıtını vermesi preoperatif süreçte Aile hekimlerinin aktif rol oynayarak hem gereksiz perioperatif komplikasyonların önüne geçmede, hem de gereksiz cerrahi operasyon sayılarını azaltarak Ülkemizdeki sağlık kaynaklarının, zaman ve güç israfının önüne geçmede umut vericidir.

Ancak katılımcı hekimlerin çoğunluğu preoperatif değerlendirme sürecinde birincil sorumluluğunun aile hekimliğinde olduğunu düşünmemekte, aile hekimliğinin preoperatif değerlendirmede rolünün kritik olduğunu düşünmekle beraber preoperatif değerlendirme sürecinde multidisipliner iş birliği olması gerektiğini düşünmektedir. Katılımcılar, Aile hekiminin her hastaya ayrılan muayene sürelerinin kısıtlı olması nedeniyle preoperatif değerlendirme sürecindeki birincil sorumluluğun aile hekiminde olmaması gerektiğini düşünüyor olabilir. Ülkemizde görev yapan doktorların hasta yoğunluğu ve performans baskısı nedeni ile birçok konuda disiplinler arasında iş birliği olması gerekmektedir. Preoperatif değerlendirme süreci de bu konulardan biridir. Aile hekimleri hastalarının üçüncül ve dördüncül korumasından da sorumludur (36). Üçüncül koruma, kişilerin hastalıklarının optimize edilmesi, hastanın yaşam kalitesinin artırılması, hastaların klinik durumlarının ilerlemesinin ve komplikasyonlarının önüne geçilmesini içerir (37). Dördüncül koruma, hastaların gereksiz tıbbi uygulamalara karşı ve hastalardaki faydası doğrulanamamış, zararlı olabilecek tıbbi uygulamalar, aşırı tanı ve tedavi sürecini de içeren aşırı medikalizasyon riski olan hastaları belirleyerek müdahaleler yaparak korumaktır (38). Preoperatif değerlendirme süreci bu iki koruma alanında yer almaktadır (36). Çalışmamızda, dördüncül korumayı göz önünde bulundurarak sorduğumuz “ameliyat öncesi hazırlık, gereksiz cerrahi müdahaleleri azaltabilir” ifadesine hekimlerin %67,2’si kesinlikle katılıyorum veya katılıyorum

yanıtını vermiştir. O'Halloran ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptıkları çalışmada, katılımcıların çoğunluğu, hastaların ameliyat öncesi tıbbi optimizasyonun ameliyatta ve sonrası sonuçları iyileştirebileceği gereksiz müdahale oranını azaltacağı konusunda hemfikir idi (%86) (39). Saptanan yüksek katılım oranı Aile Hekimleri'nin koruyucu hekimlik felsefesine olumlu yaklaşımının göstergesi kabul edilebilir.

Çalışmamızda, üçüncül korumayı değerlendirdiğimiz "ameliyat öncesi hazırlıkta kronik hastalıkları ne sıklıkla müdahale ediyorsunuz?" sorusuna ve "ameliyat öncesi ilaç düzenlemeleri için ne sıklıkta konsültasyon yapıyorsunuz?" sorusuna her zaman veya genellikle yanıtını veren hekimler, nadiren veya hiçbir zaman diyen hekimlerden daha fazladır. O'Halloran ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcıların yüzde seksen beşi, hastalarla olumsuz perioperatif sonuçlara ilişkin değiştirilebilir risk faktörlerini tartışmanın ve uzman sevklerinin kendi görevleri olduğuna inanıyordu (39).

Çalışmamızda, "ameliyat öncesi hazırlık için cerrahlarla veya diğer uzmanlarla ne sıklıkta iletişim kuruyorsunuz?" sorusuna nadiren veya hiçbir zaman yanıtı veren hekimlerin sayısının daha fazla olması disiplinler arası iletişim kopukluğunu, multidisipliner bir süreç olan preoperatif değerlendirme sürecinin yeterli yönetilemediğini gösterebilir.

Çalışmamızda yaşam tarzı değişikliği, egzersiz düzenlenmesi, solunum fonksiyonunun değerlendirilmesi ile gereksiz operasyon sayılarının azaltılabileceğini ya da perioperatif komplikasyonların önüne geçilebileceğini öngörerek sorduğumuz "diyetisyen, fizyoterapist ya da diğer sağlık profesyonellerine ne sıklıkta yönlendiriyorsunuz?" sorusuna nadiren ve hiçbir zaman yanıtına cevap veren hekim sayısı daha fazladır. Hastanın preoperatif dönemdeki klinik durumuna da bağlı olarak majör cerrahi sonrasında pulmoner komplikasyon görülme oranı %1- %23 aralığındadır. Standart pulmoner rehabilitasyon programları bulunmamakla beraber detaylı fizik muayene ve klinik değerlendirme sonrasında preoperatif pulmoner rehabilitasyon, operasyon başarısını artırmak ve postoperatif komplikasyonların önüne geçmek amacıyla, erken mobilizasyon, hastanede yatış süresin, azaltmak amacıyla özellikle KOAH, akciğer kanseri tanılı akciğer volüm azaltıcı ya da akciğer transplantasyonu planlanan hastada yapılmalıdır (40).

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu ameliyat öncesi değerlendirme sürecinde Aile hekiminin hasta eğitiminin cerrahi sonuçları olumlu etkileyeceğini düşünmekle beraber kendilerini preoperatif değerlendirme sürecinde bilgi ve beceri konusunda yetkin hissetmemektedir. Bu sonuçlar Ülkemizde Aile Hekimliği müfredatında preoperatif değerlendirme eğitimi eksikliğine dikkat çekmektedir (36) O'Halloran ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcılar, eğitim eksikliğinin, pratisyen hekimler için preoperatif optimizasyonun önündeki en büyük engel olduğunu bildirmiş ve pratisyen hekimlerin yalnızca %12'si preoperatif optimizasyon sağlamak için yeterli eğitim aldığını bildirmiştir (39).

Çalışmamızda, katılımcıların preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru cevap oranlarının ortalama dağılımı incelendiğinde: ‘İlaçlar’ ile ilgili kategori, ortalama $3,24 \pm 0,70$ ile en yüksek; ‘Diyabetes Mellitus’ ile ilgili kategori ortalama $1,88 \pm 0,39$ ile en düşük bulundu. Altun G'nin cerrahi asistanların preoperatif değerlendirme hakkındaki bilgi düzeyini ölçen araştırmasında doğru cevap oranları incelendiğinde ‘bitkisel İlaçlar’ ile ilgili soru ortalama olarak en düşük iken, ‘köprüleme ve antikoagülasyon’ ile ilgili kategorinin ortalaması en yüksek bulunmuştur (41). Aile Hekimleri'nin cerrahi branşlardaki hekimlere göre, hastadan öykü alırken daha detaylandırabilmesi, hastaların Aile Hekimleri'ne hem sosyal hem sağlık alanında daha fazla ve farklı soru yöneltebilmesi nedeni ile ilaçlar, bitkisel ilaçlar ve takviye ürünler konusunda Aile Hekimleri'nin daha çok araştırma yapıp, daha çok literatür taraması nedeniyle bu soruları daha yüksek oranla cevaplamış olabilir. Koagülasyon Sistemi ile ilgili cerrahi branş asistanlarının daha çok doğru yanıt vermesi cerrahi operasyonlardaki kanama komplikasyonlarıyla daha sık karşılaşmalarından, ‘Koagülasyon Sistemi’ konusunda daha deneyimli, daha çok bilgi sahibi olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Oral veya intravenöz olarak antikoagülan veya antiagregan ilaç kullanan hastalarda ilaç alımı sonrasında ilacın yarılanma ömrünün iki katı kadar zaman geçmeden cerrahi operasyon yapılırsa perioperatif dönemde kanama riskini artırır, ilaçların kesilme süreci dikkatle belirlenmelidir. Bu ilaçları kullanan hastaya kanama riski ve hemostaz durumu da göz önüne alınarak bireysel olarak perioperatif ilaç düzenlemeleri yapılmalıdır (42).

Çalışmamızda, ‘Diabetes Mellitus’ başlıklı preoperatif değerlendirme alanında doğru yanıt oranı %63 olarak bulunmuştur. ‘Elektif non-kardiyak cerrahi geçirecek erişkin bireylerde rutin kan şekeri düzeyi bakmak perioperatif glukoz kontrolü sağlamaya

katkı sağlar.” sorusuna verilen %93,6’lık evet yanıtı doğru yanıt oranında saptanan düşüklüğü sebebidir. Bu önerinin düşük kanıt derecesi(D) hekimlerin doğru yanıt yüzdesindeki düşüklüğün açıklaması olarak kabul edilebilir.

Çalışmamızda Kardiyovasküler Sistem ile ilgili preoperatif değerlendirme anket sorularından “aspirin’in operasyon öncesi kesilmesi ” ile ilgili soru Hekimlerin %96’sı tarafından doğru cevaplanarak, Kardiyovasküler Sistem ile ilgili en çok doğru yanıtlanan soru olmuştur. Laflı T’in birinci basamaktaki aile hekimlerinin preoperatif bilgi ve tutumlarını değerlendiren araştırma makalesinde; çalışmaya katılan aile hekimlerinin %93,75’i Kardiyovasküler Sistem ile ilgili değerlendirilen sorularda aynı soruya doğru cevap vererek Kardiyovasküler Sistem ile ilgili en çok doğru yanıtlanan soru olmuştur (36). Majör kanama riskini azaltmak için kalp dışı cerrahi operasyonlarda aspirin kesilebilmektedir. Ancak eğer kardiyovasküler hastalık öyküsü mevcut, kanama riskinin düşük olduğu cerrahi operasyonlarda aspirin tedavisine devam edilmesi uygun olabilir (43).

Çalışmamızda Kardiyovasküler Sistem ile ilgili preoperatif değerlendirme anket sorularından "45 yaş üstü tüm erişkinlerden EKG istenmesi ” ile ilgili soru Hekimlerin %97,6’sı tarafından yanlış cevaplanarak, Kardiyovasküler Sistem ile ilgili en az doğru yanıtlanan soru olmuştur. Laflı T’in birinci basamaktaki aile hekimlerinin preoperatif bilgi ve tutumlarını değerlendiren araştırma makalesinde; çalışmaya katılan aile hekimlerinin %75’i tarafından aynı soruya yanlış cevaplanarak Kardiyovasküler Sistem ile ilgili en az doğru yanıtlanan soru olmuştur (36). Altmış beş yaş altındaki bir kişinin eğer bilinen kardiyovasküler hastalığı veya kardiyovasküler risk faktörü yoksa ve yüksek riskli kardiyak olmayan cerrahi planlanmıyorsa EKG istenmemelidir (44). Çalışmamızda elde edilen yüksek yanlış oranının sebebi özellikle, 45 yaş üstü tüm hastalardan rutin EKG istenmesinin gereksiz olduğu, yalnızca spesifik kardiyovasküler risk faktörleri veya semptomlar mevcutsa EKG’nin endike olduğu yönündeki güncel yaklaşımların takip eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir. Bu bilgi eksikliği, müfredatta preoperatif kardiyovasküler değerlendirmeye yönelik daha fazla uygulamalı eğitim ve kılavuz odaklı öğretim ihtiyacını ortaya koymaktadır. Ayrıca, aile hekimlerinin hasta yoğunluğu ve kısıtlı muayene süreleri nedeniyle risk temelli değerlendirme yerine rutin test istemine yönelmiş olabileceği de olası bir neden olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda Diyabetes Mellitus ile ilgili preoperatif değerlendirme anket sorularından “kan şekeri ve HbA1c testi” ile ilgili soru Hekimler’in %97,6’sı tarafından doğru cevaplanarak, Diyabetes Mellitus ile ilgili en çok doğru yanıtlanan soru olmuştur. Laflı T’in birinci basamaktaki aile hekimlerinin preoperatif bilgi ve tutumlarını değerlendiren araştırma makalesinde; çalışmaya katılan aile hekimlerinin %96,88’i aynı soruya doğru cevap vererek Diyabetes Mellitus ile ilgili en çok doğru yanıtlanan soru olmuştur (36) Ülkemiz, 2023 yılındaki 20-79 Yaş Grubuna Ait Yaşa Standardize Diyabet Prevalansının Uluslararası Karşılaştırması tablosu incelendiğinde %14,5 prevelansla Dünya prevelansının (9,8) üstünde yer almaktadır(1). Bu prevelans ve elektif cerrahi olan hastaların %10’u Diyabetes Mellitus tanısı mevcudiyeti göz önünde bulundurulduğunda Aile hekimlerinin birçok diyabetli hastası mevcuttur ve hiperglisemi operasyon sonrası mortalite için yüksek bir risk faktörüdür, akut böbrek hasarı, yara yeri infeksiyonu gibi birçok komplikasyona da neden olabilir. Bu nedenle Aile hekiminin Diyabetes Mellitus hastalığının tanı, izlem ve tedavi sürecinde hastanın tüm yaşam serüveninde aktif rol alması bu komplikasyonların önüne geçmesini sağlayabilir (45).

Çalışmamızda, Koagülasyon Sistemi ile ilgili preoperatif değerlendirme anket sorularından; ‘Kalça kırığı olan hastalarda perioperatif dönemde klopidoğrel tedavisi kesilmeden cerrahi güvenle uygulanabilir’ sorusu hekimler’in %66,4’ü tarafından yalnız cevaplanarak, koagülasyon sistemi ile ilgili en az doğru yanıtlanan soru olmuştur. Aynı soru Laflı T’in birinci basamaktaki aile hekimlerinin preoperatif bilgi ve tutumlarını değerlendiren araştırma makalesinde; hekimlerin %59,38’i tarafından doğru cevaplanarak koagülasyon Sistemi ile ilgili en çok doğru yanıtlanan soru olmuştur (36). Ankete katılan Aile hekimleri, Aile hekimliği asistanlarından, sahada daha çok aktif rol oynadığı için klopidoğrel kullanan hastalar daha çok başvuruyor olabilir. Bu nedenle Koagülasyon Sistemi ile ilgili daha çok literatür taraması ve araştırma yapıp, daha bilgi sahibi olabilirler. Zehir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; kalça kırığı nedeniyle erken opere edilen klopidoğrel kullanan hastalarda klopidoğrel kullanımına bağlı ciddi komplikasyon gelişmezken, klopidoğrel kesilerek ertelenip yapılan cerrahi operasyon sonrasında mortalite artışı ve hastanede kalış süreleri uzamıştır (46).

Çalışmamızda, Anemi ile ilgili preoperatif değerlendirme anket sorularından; ‘demir eksikliği tedavisinde intravenöz tedavinin oral tedaviye tercih edileceği’ ile ilgili soru Hekimler’in %36’sı tarafından yalnız cevaplanarak, Anemi ile ilgili en az doğru

yanıtlanan soru olmuştur. Aynı soru Laflı T'in birinci basamaktaki aile hekimlerinin preoperatif bilgi ve tutumlarını değerlendiren araştırma makalesinde; hekimlerin %90,63'i tarafından doğru cevaplanarak Anemi ile ilgili en çok doğru yanıtlanan soru olmuştur (36). Demir eksikliği mevcut olan hastalarda oral demir replasmanı birinci basamak hekimi tarafından planlanmalı ve 6-8 hafta sonrasına ertelenmelidir. İntravenöz demir tedavisi demir eksikliği tanısından sonraki altı hafta içerisinde cerrahi operasyon planlanılıyorsa birinci basamak hekimi tarafından tercih edilmelidir (47). Demir eksikliği anemisi, Aile Hekimleri'nin çok sık rastladığı bir tanı olup tanı, izlem ve tedavi süreci tamamen birinci basamakta yönetilmektedir. Aile hekimliği asistanlarının %36'sının bu soruyu yanlış cevaplaması ise, preoperatif değerlendirmede anemi yönetimi konusunda eğitim eksikliği veya güncel kılavuzlara yeterince hâkim olmama durumunu düşündürmektedir. Ayrıca, asistanların hasta yoğunluğu ve sınırlı muayene süreleri nedeniyle kanıta dayalı tedavi yaklaşımlarını uygulama konusunda zorluk yaşaması veya intravenöz tedavinin pratikte daha az deneyimlenmesi bu farkı açıklayabilir.

Çalışmamızda, İlaçlar ile ilgili preoperatif değerlendirme anket sorularından; 'Lityum cerrahiden 72 saat önce kesilmesi'' ile ilgili soru Hekimlerin %64,8'i tarafından doğru cevaplanarak, İlaçlar ile ilgili en az doğru yanıtlanan soru olmuştur. Ayrıca bu soru, zorluk indeksinde ''0,16'' en yüksek oranı ve ayrımcılık indeksinde ''0,35'' olarak anketin en belirleyici sorusu olmuştur. Aynı soru Laflı T'in birinci basamaktaki aile hekimlerinin preoperatif bilgi ve tutumlarını değerlendiren araştırma makalesinde; hekimlerin %55,13'ü tarafından doğru cevaplanarak İlaçlar ile ilgili en az doğru yanıtlanan soru olmuştur (36). Bipolar vakalarda kullanılan Lityum cerrahide hemodinamik instabilite oluştuğunda morbiditelere neden olabilmektedir. Lityumun yarı ömrü 24-36 saattir. Planlanan cerrahi operasyondan 72 saat önce kesilmelidir (48).

Çalışmamızda, cerrahi operasyon öyküsü olan ve olmayan hekimlerin preoperatif değerlendirme anketine verdikleri doğru cevapların dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu bulgu, kişisel cerrahi deneyiminin, asistanların preoperatif değerlendirme konusundaki bilgi düzeylerini anlamlı bir şekilde etkilemediğini göstermektedir. Bunun nedeni, preoperatif değerlendirme bilgi ve becerilerinin daha çok teorik eğitim, klinik pratik ve kılavuzlara dayalı öğrenme yoluyla şekillenmesi olabilir. Cerrahi operasyon öyküsü olan hekimlerin, hasta perspektifinden

süreç hakkında daha fazla farkındalığa sahip olabileceği düşünülse de, bu deneyimin anket sorularına doğru yanıt verme oranını artırmadığı gözlenmiştir.

Çalışmamızda, erkek hekimlerin “anemi” konusundaki sorulara verdiği doğru cevaplar, kadın hekimlerin verdikleri cevaplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunurken, “ilaçlar” konusundaki verdikleri doğru cevaplar, kadın hekimlerin verdikleri cevaplardan istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p < 0,05$). Buna rağmen, istatistiksel olarak erkek hekimlerin anket sorularına kadın hekimlerden daha çok doğru cevap vermiştir. Genel olarak erkek hekimlerin ankette daha yüksek doğru cevap oranı göstermesi, cinsiyetten ziyade bireysel çalışma alışkanlıkları, literatür tarama sıklığı veya eğitim programlarındaki farklı maruziyetlerle ilişkili olabilir. Bu bulgular, aile hekimliği müfredatında anemi ve ilaç yönetimi gibi spesifik konulara yönelik cinsiyetten bağımsız, standart ve uygulamalı eğitimlerin güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, Aile Hekimliği Asistanlığı’nda geçirilen süre artıkça istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p > 0,05$), hekimin yaşı artıkça “Anemi” ve “Kardiyovasküler Sistem” konusundaki sorulara verdiği doğru cevaplar istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Bu bulgu, yaşın, hekimlerin klinik deneyim ve bilgi birikimini artırarak özellikle anemi ve kardiyovasküler sistem gibi preoperatif değerlendirmede kritik olan konularda daha doğru kararlar vermelerine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Yaşla birlikte artan mesleki tecrübe, vaka çeşitliliğiyle karşılaşma, literatür tarama alışkanlıkları ve klinik pratikte daha fazla maruziyet, bu alanlarda bilgi düzeyini güçlendirmiş olabilir. Öte yandan, asistanlık süresinin doğru cevap oranları üzerinde anlamlı bir etki göstermemesi, aile hekimliği müfredatında preoperatif değerlendirmeye yönelik eğitimin standart bir şekilde tüm asistanlara eşit düzeyde verilmediğini veya uygulamalı eğitimin yetersiz olduğunu düşündürebilir.

Çalışmamızda, preoperatif süreçte daha az sıklıkla kronik hastalıkları optimize etmek için müdahale eden hekimlerin “Koagülasyon Sistem” konusundaki sorulara verdiği doğru cevaplar, preoperatif süreçte genellikle veya her zaman kronik hastalıkları optimize etmek için müdahale eden hekimlerin verdikleri cevaplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p < 0,05$). Bu bulgu, kronik hastalık optimizasyonu ile daha az uğraşan asistanların koagülasyon sistemiyle ilgili teorik bilgiye daha fazla odaklanmış olabileceğini veya bu konuda daha güncel literatür bilgisine sahip olabileceğini düşündürebilir.

Örneğin, klopidoğrel gibi antikoagulan tedavilerin preoperatif yönetiminde güncel kılavuzlar spesifik öneriler sunmaktadır ve bu asistanlar, klinik uygulama yerine teorik bilgiye daha fazla maruz kalmış olabilir. Öte yandan, kronik hastalık optimizasyonu ile sıkça uğraşan asistanların, hasta yoğunluğu ve zaman kısıtlamaları nedeniyle koagülasyon sistemine özgü detaylı bilgilere odaklanma fırsatlarının azalmış olması mümkündür.

Çalışmamızda, ameliyat öncesi hazırlığın gereksiz cerrahi müdahalelerini azaltabileceğini düşünen hekimlerin “Kardiyovasküler Sistem” konusundaki sorulara ve preoperatif değerlendirme anketinde bulunan tüm sorulara verdiği doğru cevaplar, ameliyat öncesi hazırlığın gereksiz cerrahi müdahaleleri azaltmayacağını düşünen hekimlerin verdikleri cevaplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. ($p < 0,05$) Ameliyat öncesi hazırlık, gereksiz cerrahi müdahaleleri azaltarak koruyucu hekimlik kapsamında önemli bir rol oynar ve bu, aile hekimlerinin temel sorumluluklarından biridir. Koruyucu hekimlik perspektifine sahip asistanların anket sorularında daha başarılı olması, bu hekimlerin hasta odaklı, bütüncül ve biyopsikososyal bir yaklaşımla preoperatif değerlendirme süreçlerini yönettiklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, preoperatif değerlendirme anketinin beş ana başlık altında değerlendirilmesi sonucunda, Aile Hekimliği Asistanları’nın çoğunluğunun birçok soruya doğru yanıt vermesi, aile hekimlerinin preoperatif değerlendirme sürecinde aktif bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Bu durum, aile hekimlerinin hasta odaklı, biyopsikososyal yaklaşımla hastaların detaylı öykülerini alma, fizik muayene yapma ve uygun klinik kararlar verme konusundaki potansiyellerini ortaya koymaktadır. Ancak, tetkik istemleri ve ilaçların kesilmesi veya devamı ile ilgili soruların daha az doğru cevaplanması, Aile Hekimliği Uzmanlık müfredatında bu konulara yönelik eğitim eksikliklerini işaret etmektedir. Preoperatif değerlendirme, hastanın detaylı öykü ve fizik muayenesinin yapılması, tanı ve semptomlara uygun tetkiklerin istenmesi, biyopsikososyal değerlendirme, hasta ile risk ve beklentilerin tartışılması, güncel kılavuzlara uyum ve multidisipliner iş birliği ile tamamlanması gereken kapsamlı bir süreçtir. Tetkik istemleri ve ilaç yönetimi gibi konularda daha düşük doğru cevap oranları, asistanların bu alanlarda yeterli uygulamalı eğitime veya kılavuz odaklı bilgiye sahip olmadığını düşündürmektedir.

Bu bulgular, aile hekimliği müfredatında tetkik seşimi ve ilaē yönetimi gibi spesifik konulara yönelik daha yapılandırılmış, uygulamalı ve kılavuz temelli eğitimlerin entegre edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, hasta yoğunluğu ve sınırlı muayene süreleri gibi sistemsel faktörler, asistanların bu konularda yeterli deneyim kazanmasını zorlaştırabilir. Bu nedenle, multidisipliner iş birliğini teşvik eden ve hasta eğitimine odaklanan eğitim programlarının geliştirilmesi, aile hekimlerinin preoperatif değerlendirmedeki rollerini güçlendirecektir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan aile hekimliği asistanlarının preoperatif değerlendirme konusundaki bilgi düzeylerini ve tutumlarını değerlendirmiştir. Çalışma, aile hekimlerinin cerrahi öncesi süreçte hasta güvenliğini artırmada kritik bir rol oynayabileceğini ortaya koymuş, ancak bazı alanlarda eğitim eksiklikleri ve multidisipliner iş birliği gereksinimlerini vurgulamıştır. Başlıca sonuçlar şunlardır:

Katılımcıların genel bilgi düzeyi yeterli bulunmuş, ancak bazı spesifik alanlarda eksiklikler tespit edilmiştir. Özellikle “Diyabetes Mellitus” (ortalama doğru cevap: 1.88-%62) ve “Kardiyovasküler” (ortalama doğru cevap: 3,88-%64) konularında doğru cevap oranları düşük bulunmuştur. Buna karşılık, “İlaçlar” kategorisi (ortalama: 3.2-%81) en yüksek doğru cevap oranına sahip olmuştur. Bu, aile hekimliği asistanlarının ilaç yönetimi konusunda daha fazla bilgiye sahip olduğunu, ancak diyabet ve kardiyovasküler alan gibi kronik durumların preoperatif yönetiminde eğitim eksiklikleri olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların çoğunluğu (%67,2), preoperatif değerlendirmenin gereksiz cerrahi müdahaleleri azaltabileceğini düşünmektedir. Ancak, aile hekimlerinin preoperatif süreçte birincil sorumluluğu üstlenmesi gerektiği fikrine (%88,0) katılım düşük bulunmuştur. Bu, asistanların preoperatif değerlendirmede multidisipliner bir yaklaşımı tercih ettiğini ve hasta yoğunluğu ile sınırlı muayene sürelerinin bu rolü zorlaştırdığını düşündüğünü göstermektedir.

Asistanlık süresi ile bilgi düzeyi arasında bir ilişki saptanmamış olsada; daha deneyimli hekimler daha yüksek başarı göstermiştir. Ayrıca, yaş ilerledikçe “Kardiyovasküler Sistem” ve “Anemi” konularında doğru cevap oranları istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır ($p=0,040$, $0,002$). Erkek hekimlerin “Anemi” konusunda (1,57-1,29), kadın hekimlerin ise “İlaçlar” konusunda (3,40-3,11) daha yüksek doğru cevap oranlarına sahip olduğu tespit edilmiştir ($p=0,023$ - $0,023$).

Katılımcıların çoğu, hasta eğitimi konusunda daha fazla çaba gerektiğini belirtmiş ve kendilerini preoperatif değerlendirme konusunda yeterince yetkin hissetmediklerini (%73,6) ifade etmiştir.

Aile hekimlerinin cerrahlar ve diğer uzmanlarla iletişim sıklığı düşük bulunmuş (%72,4 Ara sıra-hiçbir zaman), bu da preoperatif süreçte disiplinler arası koordinasyon eksikliğini göstermektedir. Katılımcıların çoğunluğu, diyetisyen veya fizyoterapist gibi diğer sağlık profesyonellerine nadiren (%69,6 Ara sıra-hiçbir zaman) yönlendirme yaptığını belirtmiştir.

Bu sonuçlar, aile hekimliği asistanlarının preoperatif değerlendirmede önemli bir potansiyele sahip olduğunu, ancak eğitim ve iş birliği açısından güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Aile hekimlerinin hastaların biyopsikososyal durumunu detaylı bir şekilde değerlendirme yetkinliği, cerrahi öncesi süreçte hasta güvenliğini artırmada kritik bir avantaj sağlamaktadır.

6.2. Öneriler

Çalışmamızın bulguları ışığında, aile hekimliği asistanlarının preoperatif değerlendirme konusundaki bilgi ve tutumlarını geliştirmek ve Türkiye’deki sağlık sisteminde aile hekimliğinin rolünü güçlendirmek için aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

1. Aile hekimliği uzmanlık müfredatına, preoperatif değerlendirmeye yönelik daha kapsamlı ve yapılandırılmış eğitim modülleri eklenmelidir. Özellikle “Diyabetes Mellitus”, “Anemi”, ve “Koagülasyon Sistemi” gibi konularda uygulamalı eğitimler ve vaka bazlı öğrenme seansları düzenlenmelidir. Bu modüller, ESA kılavuzları gibi güncel rehberlere dayandırılmalıdır.
2. Aile hekimleri, cerrahlar, anestezi uzmanları ve diğer sağlık profesyonelleri arasında düzenli iletişim ve koordinasyonu sağlayacak platformlar oluşturulmalıdır.
3. Aile hekimlerinin preoperatif süreçte hasta eğitimine katkısını artırmak için, hasta odaklı iletişim becerilerini geliştiren eğitim programları düzenlenmelidir. Bu programlar, hastaların yaşam tarzı değişiklikleri, ilaç yönetimi ve cerrahi riskler hakkında bilgilendirilmesine odaklanmalıdır.
4. Preoperatif değerlendirme için ESA, ASA ve WONCA gibi uluslararası derneklerin kılavuzlarının Türkçe çevirileri veya özetleri, aile hekimliği kliniklerinde kolayca erişilebilir hale getirilmelidir. Ayrıca, bu kılavuzların pratik uygulamalarını öğreten çevrimiçi eğitim modülleri geliştirilebilir.

5. Aile hekimlerinin hasta muayene sürelerini artırmak ve hasta yoğunluğunu azaltmak için sağlık sisteminde yapısal düzenlemeler yapılmalıdır. Bu, aile hekimlerinin preoperatif değerlendirme sürecinde daha etkin bir rol oynamasını sağlayabilir.
6. Aile hekimlerinin dördüncül koruma ve üçüncül koruma rollerine yönelik farkındalık artırılmalıdır. Bu amaçla, aile hekimliği asistanlarına yönelik daha fazla eğitim düzenlenmelidir.

Bu öneriler, aile hekimliği asistanlarının preoperatif değerlendirme konusundaki bilgi ve becerilerini artırarak hasta güvenliğini iyileştirmeyi, gereksiz cerrahi müdahaleleri azaltmayı ve sağlık sisteminin verimliliğini artırmayı amaçlamaktadır. Aile hekimliğinin biyopsikososyal yaklaşımı, cerrahi öncesi süreçte daha etkin bir rol oynayabilir.

KAYNAKÇA

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı **2023**. Sağlık İstatistikleri Yıllığı [Internet]. 2023 [cited 2025 May 1]. 169 p. Available from: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf>
2. **Sweitzer B, Pfeifer K**. Up to date. **2025** [cited 2025 May 3]. p. 1–74 Preoperative evaluation for noncardiac surgery in adults. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/preoperative-evaluation-for-noncardiac-surgery-in-adults>
3. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kılavuzları Preoperatif Değerlendirme. **2015**;1–24.
4. **Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al**. The European Definition of General Practice / Family Medicine WONCA EUROPE **2023** Edition The WONCA Tree-as Produced by The Swiss College of Primary Care Prepared for WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/ Family Medicine). :2–8.
5. WONCA EUROPE. Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. **2002**;13–4.
6. **Ayhan Başer D, Kahveci R, Meltem Koç E, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A**. Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak Strong Primary Care for Effective Health Systems. Ankara Med J, Cilt. **2015**;15(1):26–31.
7. TARD Hasta ve Çalışan Güvenliği Bilimsel Kurulu. Elektif Non-Kardiyak Cerrahi (NKC) Geçirecek Erişkinlerin Pre-Operatif Değerlendirme Kılavuzu. **2025**. p. 1–24.
8. **De Hert S, Staender S, Fritsch G, Hinkelbein J, Afshari A, Bettelli G, et al**. Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery: Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol. **2018**;35(6):407–65.
9. **Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, Abdelmalak BB, Agarkar M, Dutton RP, et al**. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. Anesthesiology. 2022;136(1):31–81.
10. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği(TARD). Zor Hava Yolu. **2005**;5.
11. **Holland J**. Difficult Mask Ventilation. Anaesthesia Tutorial Of the Week [Internet]. 2015 Oct 8 [cited 2025 May 19];1–7. Available from: Subscribe to ATOTW tutorials by visiting
12. **Altan A, Utlu N, Genç Moralar D, Esenyel A, Sinoğlu B**. Farklı Yaş Gruplarında Zor Entübasyonun Preoperatif Tesbiti. Aydın Sağlık Dergisi. **2017**;(Yıl 3 Sayı 1):19–27.
13. **Brown A C**. Approach to the anatomically difficult airway in adults for emergency medicine and critical care - UpToDate. **2023**. p. 1–46.
14. **Kollmeier BR, Boyette LC, Beecham GB, Desai NM, Khetarpal S**. Difficult Airway. Manual of Neuroanesthesia: The Essentials. **2023**;147–54.
15. **Acer N, Akkaya A, Tugay BU, Ozturk A**. Zor Entübasyonu Tahmin Etmek İçin Cormeck-Lehane ve Mallampati Testleri İle Mandibula ve Boyun Ölçümlerinin Karşılaştırılması. Balkan Med J. **2011**;28:157–63.
16. **Taşçı C**. Türk Toraks Derneği Güncel Preoperatif Solunum Sistemi Değerlendirme Uzlaş Raporu **2024**. 2024. p. 7–35.

17. **Myers K, Hajek P, Hinds C, McRobbie H.** Stopping Smoking Shortly Before Surgery and Postoperative Complications: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Intern Med.* **2011**;171(11):983–9.
18. **Tønnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Møller AM.** REVIEW ARTICLES Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *Br J Anaesth.* **2009**;102(3):297–306.
19. **Thompson A, Fleischmann KE, Smilowitz NR, de las Fuentes L, Mukherjee D, Aggarwal NR, et al.** 2024 AHA/ACC/ACS/ASNC/HRS/SCA/SCCT/SCMR/SVM Guideline for Perioperative Cardiovascular Management for Noncardiac Surgery. *J Am Coll Cardiol.* **2024**;84(19):1869–969.
20. **Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, Barnason SA, Beckman JA, Bozkurt B, et al.** 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery. *Circulation.* 2014;130(24).
21. **Dülek H, Tuzcular Vural Z, Gönenç I, Gölpazarı İlçe Devlet Hastanesi B, Hekimliği Uzmanı A, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi H, et al.** Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *The Journal of Turkish Family Physician.* **2018**;9(2):53–8.
22. **Tait A, Howell SJ.** Preoperative hypertension: perioperative implications and management. *BJA Educ.* **2021**;21(11):426–32.
23. **Yüksel İ.** Amerikan Anestezi Derneği (ASA) hasta sınıflamasının hasta maliyetleri üzerine etkisi: bir üniversite hastanesi uygulama örneği. *Business, Economics and Management Research Journal* [Internet]. [cited **2025** May 19];4(2):93–102. Available from: <https://dergipark.org.tr/bemarej>
24. **Günaydın B.** ASA Fiziksel Durum Sınıflandırma Sistemi: ASA Physical Status Classification System. *Türk J Anaesthesiol Reanim* [Internet]. **2021** Apr [cited 2025 May 23];49(2):192. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8098734/>
25. **Halvorsen S, Mehilli J, Cassese S, Hall TS, Abdelhamid M, Barbato E, et al.** 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. *Eur Heart J.* **2022**;43(39):3826–924.
26. **TEMĐ Diyabet Bilimsel Çalışma Grubu.** TEMĐ Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2024. 16Baskı. **2024** Nov;277–83.
27. **Palace MR.** Perioperative Management of Thyroid Dysfunction. *Health Serv Insights.* **2017**;10:1–5.
28. **Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.** Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu **2025**. 2025. p. 57,110-58,113.
29. **Nasr R, Chilimuri S.** Preoperative Evaluation in Patients With End-Stage Renal Disease and Chronic Kidney Disease. *Health Serv Insights.* **2017**;10:1–4.
30. **Akın F E.** Bilinen Karaciğer Hastalığı Olan Hastalarda Perioperatif Yönetim. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi.* **2024**;26(1):25–32.
31. **Mandal S, Smith DL, Peter PJ, Louw VJ, Sil S, Ibrahim IN, et al.** Perioperative anaemia management. *Ann Blood.* **2023**;8:1–17.
32. **Kara D, Erden A, Kara Yılmaz E, Özmen Ö.** Ameliyat Olacak Yaşlı Hastaların Preoperatif Değerlendirilmesi. *İç Hastalıkları Dergisi.* **2015**;(22):29–32.
33. **Knudson P, Mendez E C, Guddie L, Schreiber C, Yang Khone.** Guideline: Preoperative Medication Management Guideline for Preoperative Medication Management. **2016**;1–18.

34. **Muluk V, Steven L J, Whinney C.** Up to date. **2024** [cited 2025 Jun 3]. p. 1–82 Perioperative medication management - UpToDate. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/perioperative-medication-management>
35. American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures. *Anesthesiology*. **2017**;126(3):376–93.
36. **Tunay DL.** Preoperatif değerlendirme konusunda birinci basamakta çalışan hekimlerin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Journal of Cukurova Anesthesia and Surgical Sciences*. **2019**;2(2):150–68.
37. **Akyıldız HÇ, Okyay P.** Sağlıkta Koruma Kavramının Gelişimi ve Kapsamı. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. **2024**;33(2):146–56.
38. **Büyükokudan U, Avcı K.** Quaternary Prevention And Overmedicalization Dördüncül Koruma Ve Aşırı Medikalizasyon. *TJFPMC*. **2023**;17(4):572–81.
39. **O'Halloran T, Colquhoun J, Danjoux G, Partridge JS, Dhesei JK.** Towards integrated perioperative medicine: a survey of general practitioners' attitudes, beliefs and behaviours regarding perioperative medicine for older people. *Clinical Medicine*. **2021**;21(2):e192–7.
40. **Karaçay E.** Pre-operative and Post-operative Pulmonary Rehabilitation. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. **2020**;7(1):126–35.
41. **Altun G.** Elektif Non Kardiyak Cerrahi Geçirecek Spesifik Klinik Durumlara Sahip Hastalarda Cerrahi Asistanlarının Preoperatif Değerlendirme Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi Uzmanlık Tezi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi; **2020**.
42. **Karadag B, Ikitimur B, Ongen Z.** Perioperative management in patients receiving newer oral anticoagulant and antiaggregant agents. *Türk Kardiyoloji Dernegi Arsivi-Archives of the Turkish Society of Cardiology*. **2012**;40(6):548–51.
43. **Böyük B.** Perioperatif Hematolojik Yönden Değerlendirme. *Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları - Özel Konular*. **2023**;3(1):54–63.
44. **Ataoğlu HE, Şahin Sİ, Urvasızoğlu AÖ.** Nonkardiyak Cerrahi Öncesi Kardiyak Yönden Değerlendirme. *Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları - Özel Konular*. **2023**;3(1):7–18.
45. **Karaali Z.** Diyabetik Hastada Perioperatif Değerlendirme Perioperative. *Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları - Özel Konular*. **2023**;3(1):49–53.
46. **Zehir S, Zehir R, Sarak T.** Klopidoğrel kullanan kalça kırıklı hastalarda erken cerrahi uygundur. *Acta Orthop Traumatol Turc*. **2015**;49(3):249–54.
47. **Muñoz M, Acheson AG, Auerbach M, Besser M, Habler O, Kehlet H, et al.** International consensus statement on the peri-operative management of anaemia and iron deficiency. *Anaesthesia*. **2017**;72(2):233–47.
48. **Attri J, Bala N, Chatrath V.** Psychiatric patient and anaesthesia. *Indian J Anaesth*. **2012**;56(1):8.

EKLER

Ek-1. Tez Çalışmasının Etik Kurul İzni



Ek-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma Projesinin Adı: Preoperatif değerlendirme konusunda aile hekimliği asistanlarının bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr Merthan Tunay

“Preoperatif değerlendirme konusunda aile hekimliği asistanlarının bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi.” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma Aile Hekimliği Anabilim Dalında, Dr. Merthan Tunay sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- *Aile Hekimliği Asistanlarının preoperatif değerlendirme konusunda bilgi düzeyleri yeterli midir? Preoperatif değerlendirme konusunda aile hekimleri sorumluluk sahibi midir? Sorularına yanıt almak amacıyla dizayn edilmiştir.*
- 92

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Ayşe Töstü

GÖREVİ : Dr.

TELEFON :

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Aile Hekimliği Anabilim dalında, Dr. Ayşe Töstü tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Not: Aydınlatma ve katılımcının beyanı birbirlerinin devamı şeklinde olmalı ve aynı sayfada yer almalıdır.

Ek-3. Veri Toplama Formu

1) Yaşınız.....

2) Aile Hekimliği asistanlığındaki süreniz:.....

3) Cinsiyet:

4) 2023 TÜİK verilerine göre ülkemizde yılda 6 milyona yakın cerrahi operasyon olmuştur.

a) Evet

b) Hayır

5) Ülkemizde cerrahi operasyon sayılarının yıllara göre artmasını sağlık sistemimiz için bir başarı olarak değerlendiriyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

6) Daha önce genel anestezi almanızı gerektirecek cerrahi operasyon geçirdiniz mi?

a) Evet

b) Hayır

7) Ülkemizde Aile Hekimleri'nin kayıtlı nüfusunun acil durumlar dışında geçireceği cerrahi müdahalelerde bilgilendirilmesinin ve mümkünse cerrahi öncesi hastalar operasyon kararını aile hekimleriyle beraber almasının, cerrahi operasyon sayılarında azalmasına katkı sağlayacağını düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

8) Ameliyat öncesi hazırlık sürecinde aile hekimlerinin rolü kritiktir.

a) Kesinlikle katılmıyorum

b) Katılmıyorum

c) Kararsızım

d) Katılıyorum

e) Kesinlikle katılıyorum

9) Aile hekimlerinin ameliyat öncesi hasta eğitimine katkısı, cerrahi sonuçları olumlu yönde etkiler.

a) Kesinlikle katılmıyorum

b) Katılmıyorum

c) Kararsızım

d) Katılıyorum

e) Kesinlikle katılıyorum

10) Ameliyat öncesi hazırlık sürecinde hasta takibinin birincil sorumluluğu aile hekimlerine aittir.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

11) Ameliyat öncesi hazırlık için yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğumu düşünüyorum.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

12) Ameliyat öncesi hastaları yönlendirme konusunda kendime güveniyorum.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

13) Ameliyat öncesi hasta hazırlığında hasta eğitimi en önemli unsurdur.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

14) Ameliyat öncesi hazırlık, gereksiz cerrahi müdahaleleri azaltabilir.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

15) Ameliyat öncesi süreçte multidisipliner işbirliği gereklidir.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

16) Zaman kısıtlamaları, ameliyat öncesi hazırlık sürecine katılımımı zorlaştırıyor.

- a) Kesinlikle katılmıyorum**
- b) Katılmıyorum**
- c) Kararsızım**
- d) Katılıyorum**
- e) Kesinlikle katılıyorum**

17) Ameliyat öncesi hazırlık için yeterli yönlendirme ve rehber eksikliği hissediyorum.

- a) Kesinlikle katılmıyorum**
- b) Katılmıyorum**
- c) Kararsızım**
- d) Katılıyorum**
- e) Kesinlikle katılıyorum**

18) Ameliyat öncesi hastalara riskler ve beklentiler hakkında ne sıklıkta bilgi veriyorsunuz?

- a) Her zaman**
- b) Genellikle**
- c) Ara sıra**
- d) Nadiren**
- e) Hiçbir zaman**

19) Hastaları ameliyat öncesi süreç hakkında bilgilendirmek için yazılı materyaller kullanıyor musunuz?

- a) Her zaman**
- b) Genellikle**
- c) Ara sıra**
- d) Nadiren**
- e) Hiçbir zaman**

20) Ameliyat kararı öncesinde hastalarla alternatif tedavi seçeneklerini ne sıklıkta tartışıyorsunuz?

- a) Her zaman**
- b) Genellikle**
- c) Ara sıra**
- d) Nadiren**
- e) Hiçbir zaman**

21) Ameliyat öncesi hastaların kronik hastalıklarını (ör. diyabet, hipertansiyon) optimize etmek için ne sıklıkta müdahale ediyorsunuz?

- a) Her zaman**
- b) Genellikle**
- c) Ara sıra**
- d) Nadiren**
- e) Hiçbir zaman**

22) Ameliyat öncesi laboratuvar testlerini veya görüntüleme tetkiklerini ne sıklıkta kontrol ediyorsunuz?

- a) Her zaman**
- b) Genellikle**
- c) Ara sıra**
- d) Nadiren**
- e) Hiçbir zaman**

23) Ameliyat öncesi ilaç düzenlemeleri (ör. antikoagülanlar) için ne sıklıkta uzmanla konsültasyon yapıyorsunuz?

- a) Her zaman**
- b) Genellikle**
- c) Ara sıra**
- d) Nadiren**
- e) Hiçbir zaman**

24) Ameliyat öncesi hazırlık için cerrahlarla veya diğer uzmanlarla ne sıklıkta iletişim kuruyorsunuz?

- a) Her zaman**
- b) Genellikle**
- c) Ara sıra**
- d) Nadiren**
- e) Hiçbir zaman**

25) Hastaları ameliyat öncesi diyetisyen, fizyoterapist gibi diğer sağlık profesyonellerine ne sıklıkta yönlendiriyorsunuz?

- a) Her zaman**
- b) Genellikle**
- c) Ara sıra**
- d) Nadiren**
- e) Hiçbir zaman**

26) Ameliyat öncesi hazırlık sürecinde yaptığınız değerlendirmeleri hasta dosyasına ne sıklıkta kaydediyorsunuz?

- a) Her zaman**
- b) Genellikle**
- c) Ara sıra**
- d) Nadiren**
- e) Hiçbir zaman**

27) Hastaların ameliyat öncesi hazırlık durumunu takip etmek için bir sistem kullanıyor musunuz?

- a) Evet**
- b) Hayır**

28) Bilinen kalp hastalığı olan tüm hastalar ameliyat öncesi kardiyoloji bölümüne konsülte edilmelidir.

- a) Evet**
- b) Hayır**

29) Kardiyak açıdan yüksek riskli hastalarda, majör bir cerrahi geçirecek ise cerrahiden önce ve cerrahiden 48-72 saat sonra kardiyak troponinlerinin değerlendirilmesi düşünülebilir.

- a) Evet**
- b) Hayır**

30) Beta-blokör tedavisi alan hastalar majör bir cerrahi geçirecek ise bu ilaç tedavisi cerrahi öncesi sonlandırılır, cerrahi sonrası tekrar tedaviye başlanır.

- a) Evet**
- b) Hayır**

31) Bilinen iskemik kalp hastalığı veya miyokard iskemisi olan hastalarda preoperatif beta bloker başlanır.

- a) Evet**
- b) Hayır**

32) Ameliyat sırasında hemostaz kontrolünün zor olabileceği tahmin edildiğinde aspirin ameliyat öncesinde kesilebilir.

- a) Evet**
- b) Hayır**

33) Cerrahiden önce 45 yaş üstü tüm erişkin hastalardan preoperatif EKG istenir.

a) Evet

b) Hayır

34) Bilinen diabetes mellitusu olan ve majör ortopedik ve vasküler cerrahi planlanan hastalarda, kan şekeri düzeyi ve HbA1c testi önerilir.

a) Evet

b) Hayır

35) Elektif non-kardiyak cerrahi geçirecek erişkin bireylerde rutin kan şekeri düzeyi bakmak perioperatif glukoz kontrolü sağlamaya katkı sağlar.

a) Evet

b) Hayır

36) Uzun süreli diabeti olan hastalar için özenli bir hava yolu değerlendirmesi gerekir.

a) Evet

b) Hayır

37) Varfarine bağlı koagülopatisi olan hastalarda Varfarin etkisini tersine çevirmek gerektiğinde protrombin kompleks konsantresi öncelikle tercih edilmelidir, mevcut değil ise taze donmuş plazma ile K vitamini kombinasyonu kullanılabilir.

a) Evet

b) Hayır

38) Kalça kırığı olan hastalarda perioperatif dönemde klopidoğrel tedavisi kesilmeden cerrahi güvenle uygulanabilir.

a) Evet

b) Hayır

39) Trombosit sayısı ölçümünün koagülasyon bozukluğunun değerlendirilmesinde prognostik değeri yoktur.

a) Evet

b) Hayır

40) Non kardiyak cerrahi, koroner stent takıldıktan sonra ikili antiplatelet tedavi alan hastalarda güvenle yapılabilir.

a) Evet

b) Hayır

41) Elektif cerrahi öncesi bilinen demir eksikliği olan hastalara demir tedavisi uygulanmalıdır, tedavide intravenöz demir oral demire tercih edilir.

a) Evet

b) Hayır

42) Kanama riski beklentisinin olduğu cerrahi türlerinde otolog kan transfüzyonu seçenekler arasındadır.

a) Evet

b) Hayır

43) Bitkisel ilaç kullanan hastalara cerrahiden 2 hafta önce bu ilaçları kesmesi önerilir.

a) Evet

b) Hayır

44) Kronik depresyonlu hastalarda cerrahiden önce antidepresan tedavi kesilir.

a) Evet

b) Hayır

45) Kronik şizofreni için kullanılan antipsikotiklerin cerrahi öncesi kesilmesi önerilmez.

a) Evet

b) Hayır

46) Lityum cerrahiden 72 saat önce kesilmelidir.

a) Evet

b) Hayır

47) Vitamin K antagonisti kullanan, yüksek risk grubundaki hastalarda perioperatif dönemde Düşük Moleküler Ağırlıklı Heparin ile köprü tedavisine geçilebilir.

a) Evet

b) Hayır