

Endoskopi hastasına yaklaşım: sağlık personeli hasta ilişkileri

Doç. Dr. Remzi DALAY

Haydarpaşa Numune Hastanesi, İstanbul

Gastrointestinal Endoskopi Laboratuvarı (GEL) ekip çalışmasının çağdaş örneğinin sergilendiği ortamdır. Tüm hazırlıklar pahalı, sofistike teknolojik ekipman kullanılarak endoskopist ve endoskopi asistanı tarafından gerçekleştirilen, deneyim, sabır ve dikkat isteyen, özel morbidite ve mortalitesi olan endoskopik girişimler içindir. Bu girişimler işlem öncesi, işlem ve işlem sonrası olarak 3 aşamada incelenebilir.

İşlem öncesi dönemde hastaya randevu verilmesi, tetkik için yapılacak hazırlıkların bildirilmesi, tetkik hakkında hastanın bilgilendirilmesi, randevu saatinde hastanın karşılanması, hastanın tetkike hazırlanması, GEL'nin hazırlanması aşamaları vardır.

Hastanın GEL'da ilk karşılaştığı şahıs endoskopi randevusunu veren kişidir. Bu ortamın GEL karmaşasının dışında, rahat, ancak GEL'na yakın, hatta bitişik yerleşimli bulunması, elemanın güler yüzlü olması, hastaya istenen tetkikle ilgili hazırlanmış formu vererek bilgilendirmesi, istenen tetkike göre hastaya yapması gereken hazırlığı bildirmesi ve gereğinde endoskopiste danışması beklenir.

GEL'nin verimli çalışması için randevuların belirli bir düzende verilmesi çok önemlidir.

Kapasitenin üzerinde verilen randevularda hastalar gereksiz yere bekletilirken az randevu verilmesi halinde laboratuvarında iş kaybı oluşur. Her laboratuvarında yapılan işlemlere ortalama süreler ve/veya farklı zamanlar belirlenmeli ve hastalara verilen randevularda bu gözönüne alınmalıdır.

Değişik sosyokültürel yapıya hitap eden GEL'da hastaya hazırlığın sadece yazılı olarak verilmesi her zaman yeterli olmamaktadır. "Aç gelme" hasta tarafından "Az yeme, doymama" gibi algılanabilmekte veya kolonoskopi hazırlığı tam bir kargaşaya dönüşebilmektedir. Bu yüzden yazılı olarak verilen hazırlık bir kez de sözlü olarak ve önemli yerleri vurgulanarak belirtilmelidir.

Resepsiyonda endoskopi istemini yapan doktorun istem formunda hasta ile ilgili gastroenterolojik anamnezin yanı sıra diğer hastalıkları, kullandığı ilaçlar, kanama profili gibi bölümleri yeterince doldurup doldurmadığı kontrol edilmelidir. Terapötik endoskopide veya antibiyotik profilaksisi gereken hallerde bu bilgilerin büyük yararı vardır.

İşlem günü hasta en azından endişeli bazen yarı panik halinde başvurur. Hasta yakınları resepsiyonda oturtularak hasta bir görevli tarafından GEL'a getirilerek özel bir bölümde

endoskopistle görüşmelidir. Burada hastanın istem formu incelenir, hastaya işlemle ilgili bilgi verilir, varsa hastanın soruları yanıtlanır. Gerekiyorsa hasta muayene edilir. Son olarak hastadan yazılı olarak işleme rıza gösterdiğine dair belge alınır. Doktorun bu görüşmede hastaya sevecen yaklaşması, sorularına yeterli uzunlukta yanıt vermesi ve hastanın beklediği zamanı ayırması önemlidir.

Bundan sonraki aşamada hasta görevli tarafından hazırlık odasına alınır. Kişisel eşyaları ve elbiseleri dolaba konur, özel endoskopi giysisi giydirilir. Bu sırada hastanın rahat edebilmesi için gizlilik prensibine azami dikkat gösterilmelidir.

Dinlenme odasına alınan hasta yatağa yatırılır, bazal kan basıncı, nabız sayısı forma kaydedilir. Premedikasyon (PM) yapılacaksa damar yolu açılır. Bu aşamada kullanılan ve disposable olmayan malzemenin temiz, lekesiz ve kuru olmasına özen gösterilmelidir.

Hasta endoskopi için işlem odasına alınmadan önce işlemde kullanılması muhtemel tüm ekipmanın kullanılır halde olduğu kontrol edilmiş olmalıdır.

Hasta dinlenme odasından yatağı ile birlikte işlem odasına alınarak endoskopi yapılır. PM yapıldığında endoskopist-hasta ilişkisi işlem sırasında minimaldir, PM yapılmıyorsa endoskopistin hastaya hissedeceklerini söyleyip hastayı cesaretlendirmesi işlemi kolaylaştırır.

Yapılan endoskopinin niteliği ve PM yapılıp yapılmamasına göre işlem sonrasındaki tutum değişmektedir. Temel prensip hastanın şuurunun tamamen yakın açık olması ve herhangi bir komplikasyon gelişmediğinden emin olunmasına kadar hastanın gözlem altında bulundurulmasıdır.

Endoskopiden sonra hasta yatağıyla beraber gözlem odasına getirilir. Herhangi bir akut komplikasyon oluşmamışsa ve PM'daki ilaçların antagonistleri yapılmamışsa hastanın

gözlem odasında kalışı 30-45 dakika kadar sürebilir. Hastanın bu sürede damar yolunun açık tutulması, solunum (oksijen parsiyel basıncı), nabız ve kan basıncı takibi uygun olur. PM yapılmayan hastalarda ise psikolojik rahatlama sağlanıncaya kadar gözlem altında tutmak yeterlidir.

Gözlem odasında hastanın şuuru yeterince açıldığında endoskopist hasta ile konuşmalı, endoskopik tetkik sonucunu söylemeli, terapötik girişim yapıldıysa bunu ve sonucunu söylemeli, histopatolojik tetkik için materyal alındıysa bunu belirtmeli, hastanın halihazır tıbbi durumu hakkında bilgi vermelidir. Endoskopi sırasında komplikasyon oluştuysa bu da söylenmeli, izleyen saatlerdeki gelişmelere göre yapılması planlanan işlemler hastaya açıklanmalıdır.

Hastanın gözlem odasında bulunduğu sırada endoskopi raporu yazılır. Hastaya işlemden sonra uyması gerekli önlemler yazılı olarak verilir (PM yapılmışsa otomobil kullanmaması gibi). Beklenmedik bir olay olduğunda başvuracağı merkez ve/veya telefon numarası bildirilir.

Hasta gözlem odasından ayrılabilir durumda geldiğinde görevli tarafından giyinmesine yardımcı olunur, endoskopistle son kez görüşerek raporunu alır, yazılı önlemleri dinler. Daha sonra görevli tarafından yakınlarına teslim edilir.

KAYNAKLAR

1. Sivak MV Jr, Senick JM. The endoscopy unit. In: Sivak MV Jr (Ed.) Gastroenterologic endoscopy. W? Saunders. Philadelphia, 1987. 42-66.
2. Spada IM, Sivak MV Jr. The gastrointestinal assistant. In: Sivak MV Jr (Ed.) Gastroenterologic endoscopy. J? Saunders. Philadelphia. 1987. 86-109.
3. Cotton P?, Williams CB. Practical gastrointestinal endoscopy. Blackwell Scientific Publications. London. 1990. 16-22.
4. O'Pholan CA. Outpatient endoscopy. In: Barkin JS, O'Pholan CA (Ed.) Advanced therapeutic endoscopy. Raven Press. New York. 1990. 259-265.
5. Sivak MV Jr. Video endoscopy, the electronic endoscopy unit and integrated imaging. Bailliere's Clinical Gastroenterology. 1991; 5(1):1-18.