

İnguinal Hernilerde Posterior Yaklaşımla Preperitoneal Mesh Uygulaması

PREPERITONEAL MESH REPAIR WITH POSTERIOR APPROACH IN GROIN HERNIAS

Dr.Ziya ÇETİNKAYA, Dr.Osman DOĞRU, Dr.Yavuz Selim İLHAN, Dr.Çağatay ÇİFTER, Dr.Nurullah BÜLBÜLLER, Dr.Mehmet Ali AKKUŞ

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ELAZIĞ

ÖZET

Amaç: Kliniğimizde posteriyör yaklaşımla preperitoneal mesh uyguladığımız ingüinal herni'li vakalara ait sonuçların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Durum Değerlendirilmesi: Anterior yaklaşımla yapılan mesh uygulamalarındaki başarı ve laparoskopik tekniklerin inguinal herni onarımında kullanımının yaygınlaşması ile, açık teknikle posterior yaklaşımla preperitoneal mesh uygulamaları da sık yapılır hale gelmiştir.

Yöntem: Aralık 1994- Mayıs 1998 tarihleri arasında posterior yaklaşımla preperitoneal polipropilen mesh (Prolen, Ethicon) uygulanan 32 inguinal hernili vaka retrospektif değerlendirilmiştir.

Çıkarımlar: 32 vakanın 1'i kadın geri kalanı erkek olup, ortalama yaş 57 idi. Herni vakaların 24'ünde bilateral, 7'sinde sağ, 1'inde sol yerleşimli olup, 17'sinde nüks, 3'ünde inkarasyon mevcuttu. Rutkow ve Robbins tarafından modifiye edilen Gilbert sınıflandırmasına göre 56 herninin 35'i Tip-4, 10'u Tip-2, 9'u Tip-3, 2'si de Tip-6 idi. Bütün vakalara profilaktik olarak 3. kuşak sefalosporin verildi. Bilateral hernilerde ve inkarasyon olan üç vakada göbek altı median, tek taraflı hernilerde ise yüksek inguinal insizyon uygulandı. Ortalama operasyon süresi 61 dakika(40-120 dakika) olup, ameliyat sonrası ortalama hastanede kalış süresi 6.6 gündü (3-15 gün). Üç vakada (%9.4) postoperatif komplikasyon gelişti. Ortalama takip süremiz 18 ay olup, vakaların hiçbirinde nüks saptanmadı.

Sonuçlar: Posterior yaklaşımla preperitoneal mesh uygulamasının, özellikle nüks ve bilateral hernilerde uygulama kolaylığı yönünden uygun bir prosedür olduğu kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: İnguinal herni, posterior yaklaşım, mesh'le herni onarımı

SUMMARY

The successful results in mesh repairs with anterior approach and widespread application of laparoscopic technics in groin hernias encouraged the surgeons to perform preperitoneal mesh repair with posterior approach. In this study, 32 patients who had preperitoneal mesh repair with posterior approach for groin hernia has presented. 31 of the patients were male and 1 were female. Mean age was 57(22-86). In 24 patient the hernia was bilaterally, in 7 right, in 1 left, in 17 recurrent and in 3 irreducible. According to the Gilbert classification which was modified by Rutkow and Robbins, of the 56 hernias, 35 were type 4, 10 were type 2, 9 were type 3 and 2 were type 6. In all cases 3rd generation sephalosporin were used for prophylaxis. Lower median incision were used in bilaterally groin hernias and high inguinal incision were used in unilaterally ones. The mean operative time was 61 minutes and postoperative hospitalisation time was 6.6 days. Postoperative complication rate was 9.3 % (1 hydrocel, 1 scrotal oedema and 1 wound hametoma). There was no recurrence in our average follow up period which was 18 months. According to our results we believe that preperitoneal mesh repair with posterior approach is suitable and easy procedure particularly in recurrent and bilaterally groin hernias.

Key Words: Groin hernia, posterior approach, hernia repair with mesh

Inguinal herni tamiri genel cerrahi'de en sık uygulanan ameliyatlardan birisidir. Posterior yaklaşımla inguinal herni tamirini ilk defa Thomas Annandale 1873'te uygulamıştır. Bu metot birçok cerrah tarafından uygulanmış ve %5 ile %35 arasında değişen nüks oranları bildirilmiştir. Diğer mesh'siz herni onarımlarında olduğu gibi bu yöntemde de temel sorun doku gerginliği olmuştur. Stoppa 1975'te posterior olarak mesh'i herni onarımında kullanmış ve %1.4 nüks oranı gibi başarılı sonuçlar almıştır(1,2,3). Posterior preperitoneal mesh'le herni onarımı özellikle bilateral ve nüks inguinal hernilerde uygulama kolaylığı nedeniyle başarıyla kullanılmıştır. Bu prosedür inguinal bölgenin anatomisine posteriordan adaptasyon açısından laparoskopik herni onarımına bir ön aşama olarak kabul görmektedir(4,5). Bu çalışma ile posterior yaklaşımla mesh onarımı yaptığımız inguinal hernili hastalarla ilgili sonuçlarımızı vermeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Aralık 1994-Mayıs 1998 tarihleri arasında posterior preperitoneal mesh uygulanan 32 inguinal hernili hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalarla ilgili bilgiler inguinal herniler için düzenlenmiş formlardan elde edildi. Hastaların 1'i kadın geri kalanı erkek olup, ortalama yaş 57(yaş aralığı 22-86) idi. Fıtık yeri hastaların 24'ünde bilateral, 7'sinde sağ 1'inde sol yerleşimliydi. Rutkow ve Robbins(6) tarafından modifiye edilen Gilbert sınıflandırmasına göre 56 fıtıktan 35'i Tip-4, 10'u Tip-2, 9'u Tip-3, 2'si de Tip-6 idi. Bu fıtıkların 17'si nüks, 3'ü ise inkarsere herni idi. Hastaların 17'sine genel, 15'ine de epidural anestezi uygulandı. Bilateral hernilerde ve üç inkarsere hernili vakada göbük altı median(GAM) insizyon uygulandı ve orta hatta direkt peritona ulaşıldı. Tek taraflı hernilerde ise, inguinal bölgenin üstünde alt karın kadranında deri pililerine paralel insizyon yapılarak rektus kılıfı ve eksternal oblik kas aponörozunu transvers olarak ayrılıp, rektus kası mediale çekildi. Transversalis fasiya kesilerek peritona ulaşıldı. Bundan sonraki aşamada ise periton, transversalis fasiyadan arkaya ve yukarıya doğru, iliopsoas kası görülecek şekilde ayrıldı. Epigastrik damarlar tespit edildi. Spermatik kord penroz drenle askıya alındı. İndirekt herni kesesi spermatik korddan ayrılarak geri çekildi. Yoğun fibrozis nedeniyle peritonun açıldığı vakalarda periton suture edildi. Direkt herni kesesi ise

defektten disseke edildi.

Bilateral hernilerde 10x30 cm ebadında polipropilen mesh(Prolen, Ethicon), spermatik kord için anahtar deliği şeklinde yuva açılarak, iliopsoas kasların üzerine örtecek, orta hat insizyonun 1/3 alt kısmını da kaplayacak şekilde arkadan inguinal bölgeye serildi. Tek taraflı hernilerde ise 6x11 cm ebadındaki mesh kullanıldı. Mesh boyutları, gereken olgularda inguinal bölgenin anatomik yapısına göre küçültüldü. Mesh Simphisis pubis arka yüzüne cooper ligamanına ve iliopsoas kasına 2/0 prolene ile tutturuldu.

Bütün hastalarda profilaktik antibiyotik olarak 3. kuşak sefalosporin kullanıldı. Operasyon süresi, hastanede kalış süresi, postoperatif komplikasyonlar kaydedildi. Hastaların ilk yıl 6 ayda, daha sonra yılda bir olmak üzere kontrolleri yapılmakla birlikte, bu çalışmanın kapsamına giren hastaların 38. ay sonunda kontrolleri yapıldı.

SONUÇLAR

Hastalardaki temel yakınma inguinal bölgedeki kitle idi. Fıtığa neden olabilecek ek patolojiler araştırıldığında hastaların 10'unda operasyon endikasyonu olmayan benign prostat hipertrofisi, 3'ünde kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 1'inde konstipasyon 1'inde de steroid kullanımı hikayesi vardı. Ameliyat süresi ortalama 61 dakika (40-120 dakika), ameliyat sonrası hastanede kalış süresi 6.6 (3-15) gündü. üç hastada(%9.3) postoperatif komplikasyon olarak hidrosel (1), skrotal ödem (1), yara yerinde hematoma (1) gelişti. Ortalama takip süremiz 18 ay (1-38 ay) olup, hastaların hiçbirinde nükse rastlanmadı.

TARTIŞMA

Posterior yaklaşımla inguinal herni onarımı ilk olarak 1873'te Thomas Annandale tarafından uygulanmıştır. Harkins ve Chester McVay bu tekniği uygulayıp, geliştirmişlerdir. Nyhus 213 onarımında %5 rekürrens oranı bildirmiştir. 1965 ile 1972 yılları arasında bu onarım tekniğinin kullanıldığı vakalarda nüks oranı %17 ile %35 arasında bildirilmiştir. Usher ilk olarak 1958'de inguinal hernilerde anterior yaklaşımla mesh kullanımını rapor etti. Bundan sonra 1975'te Stoppa Mesh'i fiksasyonsuz olarak posteriordan inguinal herni tamirinde kullandı ve 604 onarımında % 1.4 gibi oldukça düşük nüks oranı

bildirdi (1,2). Bizde bu tekniği 1994'ten beri uygulamaktayız ve bu çalışma süresinde de hastalarımızda nüks gelişmedi.

Posterior yapılan meshsiz herni onarımlarında dokuların gerginliği söz konusudur ve relaksasyon insizyonu yapmak gerekir. Karın içi basıncı arttıran ek patolojilerin varlığında önce bunların giderilme zorunluluğu vardır. Mesh'siz posterior herni onarımında dokularda gelişecek gerginlik ve buna bağlı olarak artabilecek nüks oranları nedeniyle aynı seansta bilateral herni onarımından kaçınılmakta idi(3,7,8). Bu işlemle ilgili olarak literatürde lokal anestezinin kullanılmaması, relaksasyon insizyonunu yapmanın kolay olmaması, indirekt keşenin her vakada kolaylıkla çıkarılamaması, fasiyanın her zaman iyi olmaması gibi dezavantajlar bildirilmiştir (3,7,8). Preperitoneal mesh onarımı ile sütür hattında gerginlik giderilmekte ve zayıf olan transversalis fasiya polipropilen mesh ile güçlendirilmektedir (5,9,10). Biz bu teknikle aynı seansta bilateral herni onarımını yapmakla birlikte Karın içi basıncı arttıran ek patolojilerin varlığında bile güvenle uyguladık.

Nyhus 1955'te preperitoneal yaklaşımı primer femoral, sliding ve rekürrent hernilerde uygulamıştır (3). 1986'da Malangoni ve Kondon akut inkarsere ve strangüle hernileri de dahil etmiştir (1). Rignault rekürrent hernilerin preperitoneal yaklaşım için en iyi indikasyon olduğunu işaret etmiştir (10). Stoppa ise posterior mesh'le herni onarımını, kompleks bilateral inguinal hernilerde, alt karın evantrasyonla birlikte olan unilateral hernilerde, sliding ve rekürrent hernilerde, intrinsik kollajen defekti olan hastalarda uygulamıştır (1).

Bizde bu tekniği, çoğunlukla bilateral(%75) ve nüks(%53.1) ingüinal hernili hastalarda uyguladık. Bilateral ingüinal hernilerde kullanılan göbek altı median insizyonla linea alba geçildiğinde direkt olarak peritona ulaşılmaktadır. Periton fıtık kesesini oluşturduğu yapılardan ayrılıp kaudale çekildiğinde bu bölgenin anatomik yapıları daha net olarak seçilebilmekte, fıtığın gelişebileceği diğer alanlarda(inguinal, femoral, obturatuvar) gözlenebilmektedir. Özellikle klasik anterior ingüinal herni onarımlarında yaralanması halinde ciddi kanamalara sebep olan corona mortis'in yaralanma olasılığı da çok azalmaktadır. Her iki tarafa tek insizyonla girişim yapılabilen, ameliyat süresi de kısalmaktadır. Nitekim kliniğimizde 14 hastada anterior'den yapılan bilateral ingüinal herni onarımlarında ortalama

ameliyat süresi 90 dakika (75-115 dakika) iken, bu süre bu teknikle yapılan 24 bilateral ingüinal hernili vakada 60 dakika (50-110 dakika) olmuştur. Ayrıca tek parça halinde her iki tarafa serilen 30x10 cm ebadındaki mesh fıtık noktalarını kapatıp, insizyonun alt 1/3'üne kadar da uzanarak insizyonu desteklemektedir. İnkarserasyon nedeniyle GAM insizyon kullanılarak posterior meshle preperitoneal herni onarımı yaptığımız 3 vakada fıtık redüksiyonunun kolay olduğunu ve yapılan insizyonun barsak canlılığını değerlendirmede uygun olduğu, bizim hastalarımızda gerekmemiş olmakla birlikte nekroz nedeniyle barsak rezeksiyonu yapılacak vakalar için gerektiğinde peritonun orta hattan açılması gibi bir avantaj sağladığı kanısına da vardık.

Anteriör yaklaşımla nüks herni onarımında, daha önceki ameliyata bağlı fibrotik dokular, yapışıklıklar ve normal anatomik yapıların bozulması nedeniyle komplikasyon oranı artmaktadır (11). Posterior yaklaşımda ise bu karışık ortama girilmediğinden nüks herni onarımı daha kolay ve daha az komplikasyonla yapılabilmektedir.

Posterior preperitoneal mesh'le herni onarımı laparoskopik herni onarımının gelişmesinde etkili olmuştur. Bu uygulama ile cerrahlar inguinal bölgenin anatomisine posteriordan uyum göstermektedirler ve laparoskopik uygulamaya daha iyi adapte olmaktadır (4,5).

Posterior preperitoneal herni onarımı düşük komplikasyon oranına sahiptir. Hoffman ve ark. (9) bu prosedürü 204 vakada uygulamışlar ve vakaların 3'ünde sellülit, 9'unda hematoma, 2'sinde seroma, 9'unda geçici sinir irritasyonu, 6'sında testiküler ağrı, 19'unda 6 aydan fazla süren insizyon ağrısı bildirmişlerdir. Hastalarımızın birinde seroma, birinde hidrosel, birinde de hematoma olmak üzere toplam 3'ünde(%9.3) postoperatif komplikasyon gelişti. Bunların hiçbirisi de herni tamirini etkilemedi.

Hoffman ve ark (9) hastanede kalış süresini tek taraflı onarım için 1.2 gece, iki taraflı onarım için 2.0 gece, Serpel ve ark. (12) ise 31 bilateral hernili hastada ortalama 6 gün olarak bildirmişlerdir. Hastalarımızda ise bu süre ortalama 6.6 gün oldu. Bu sürenin uzun olmasındaki neden, hastalarımızın çoğunun il dışından gelmesidir. Bölgemizdeki terör nedeniyle yol güvenliği her zaman mümkün olmadığından hastalar olması gereken daha uzun süre hastanede tutulmuştur.

Sonuç olarak; Posterior preperitoneal mesh

uygulamasının, özellikle nüks ve bilateral hernilerde uygulama kolaylığı yönünden uygun bir prosedür olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Read RC: Preperitoneal herniorraphy a historical review. *World J Surg* 1989; 13:532-540.
2. Rutkow IM: A selective history of groin herniorraphy in the 20th century. *Surg Clin North Am* 1993; 73: 395-411.
3. Nyhus LM: The preperitoneal approach and iliopubic tract repair of inguinal hernia. Nyhus LM, Condon RE(eds). *Hernia third edition. JB Lippincott Company Philadelphia* 1989. pp. 154-177.
4. Miller AR, Heerden JAV, Naessens JM, O'Brien PC: Simultaneous bilateral hernia repair. *Ann Surg* 1991; 213: 272-276
5. Mazingo DW, Walters MJ, Otchy DP, Rosenthal D: Properitoneal synthetic mesh repair of recurrent inguinal hernias. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 174: 33-35.
6. Rutkow IM, Robbins AW: Demographic classificatory and socioeconomic aspects of hernia repair in The United States. *Surg Clin North Am* 1993; 73: 413-426.
7. Nyhus LM. iliopubic tract repair of inguinal and femoral hernia: The posterior (preperitoneal) approach. *Surg Clin North Am* 1993; 73: 487-499.
8. Kovachev LS: Possibilities of preperitoneal approach methods in the treatment of groin hernias. *Int Surg* 1991; 76: 154-158.
9. Hoffman HC, Traverso ALV: Preperitoneal prosthetic herniorraphy one surgeon's succesful technique. *Arch Surg* 1993; 128: 964-970.
10. Rignault DP: Properitoneal prosthetic inguinal hernioplasty through a pfannenstiel approach. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 163: 465-468.
11. Kama NA, İzbul T, Doğru O, Sınay M: Fıtık ameliyatları ile ilgili komplikasyonlar ve nüks. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1991; 5:35-41.
12. Serpel JW, Jarret PEM, Johnson CD: A prospective study of bilateral inguinal hernia repair. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 1990; 72: 299-303.

YAZIŞMA ADRESİ:

Dr.Ziya ÇETİNKAYA
Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Merkezi
Genel Cerrahi Servisi, ELAZIĞ

Cerrahi Kliniklerinde Hasta Bilgilendirilmesi Üzerine Bir Çalışma

A SURVEY OF PATIENT RESPONSE TO PATIENT INFORMATION IN SURGICAL WARDS

Dr. Süleyman BOZKURT, Dr. Ahmet YILMAZ, Dr. Zuhâl DEMİRHAN, Dr. Faik ÇELİK

SSK Göztepe Eğitim Hastanesi, 4. Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

ÖZET

Amaç: Cerrahi kliniklerinde opere olan hastaların hastalıkları ve operasyonları konusunda yeterli bilgilendirilip bilgilendirilmediklerinin tayini ve bunu etkileyen faktörleri tespit etmek.

Durum Değerlendirmesi: Hastaların ve hastalıkların teşhis ve tedavisinde tıbbi özgeçmiş ve soygeçmiş önemlidir. Hastaların veya aynı soydan gelen akrabalarının geçmişlerindeki bazı bilgiler, hastaların tanı ve takiplerinde bir çok pahalı tetkikten daha değerlidir.

Yöntem: Haziran -Ağustos 1998 tarihleri arasında SSK Göztepe Eğitim Hastanesi Cerrahi servislerinde opere olmuş 200 hastanın yaşı, opere olduğu servis, tanısı, hastalığın benign veya malign oluşu, operasyonun acil yada elektif şartlarda yapıldığı, yapılan ameliyatın ismi, hastanın eğitim seviyesi, hekimin hastayı ve ailesini hastalığı ve ameliyatı konusunda yeterli aydınlatıp aydınlatmadığı, hastanın ve ailesinin hastanın hastalığını ve operasyonun niteliğini doğru bilip bilmedikleri araştırıldı.

Çıkarımlar: Yaş ortalaması 47 (15-75) olan hastaların 108'i erkek 92'si kadındı. Hastaların %85'i hekim tarafından bilgilendirildiklerini ifade etmelerine rağmen hastalıkları ve operasyonları hakkında bilgi sorulduğunda, hastaların sadece %37'sinin yeterli bilgiye sahip olduğu tespit edildi. Malign hastalıklarda, 60 yaşın üzerindeki hastalarda ve elektif operasyonlarda bilgilendiriminin, benign hastalıklara, 60 yaşın altındaki hastalara ve acil operasyonlara göre daha az olduğu görüldü (sırasıyla $p<0.0001$, $p=0.0406$, $p=0.0297$). Eğitim seviyesi açısından bakıldığında istatistikî anlamlılık görülmüdü.

Sonuçlar: Sonuç olarak hastanemiz cerrahi kliniklerinde opere olan hastalar hastalıkları ve operasyonları hakkında yeterince bilgi sahibi değillerdir. Hastalar bundan sonraki yaşamlarını etkileyecek bir cerrahi müdahalede sorgulayıcı olmamakta, hekimler ise çeşitli nedenlerle hastalara yeterince bilgi vermemektedirler. Ancak bu mutlaka değişmelidir.

Anahtar kelimeler: Bilgilendirme, cerrahi, hasta hakları

SUMMARY

The aim of this study was to determine whether the patients operated in surgical wards were informed adequately or not on their diseases and operations; to evaluate also the factors which effect the results. Personal and family histories are naturally very important in the diagnosis of the illnesses and treatment of the patients. Sometimes detailed information about patients or their relatives are more worthwhile than many sophisticated and expensive procedures used for diagnosis and treatment. Two hundred subjects operated in the surgical clinics of the SSK Göztepe Educational Hospital between June - August 1998 constituted the data base for this research. The questionnaire covers age, sex, department, educational level, diagnosis of the patients, the urgency and nature of the operations, the features of the informations given by the surgeon to the patients and their families concerning the diseases and the operations. Their ages ranged from 15 to 75 years, with a mean of 47 years. There were 108 men and 92 women. Although 85% of the patients expressed that they were informed by their surgeon, only 37% defined their illnesses and operations correctly. Those who were under the age of 60 years, with benign diseases and undergoing emergency surgeries had more detailed information than that who were older, with malignancies and operated for elective procedures ($p<0.0001$, $p=0.0406$, $p=0.0297$ respectively). There was no influence of education on the

active knowledge of the patients. We must underline the poor quality of patient knowledge about medical procedures and the scarce information provided in our hospital. In Turkey the patients are usually not very eager to get information about the surgical interventions which may effect their life postoperatively and surgeons for one reason or another do not enlighten the patients in detail, which we believe must be changed.

Keywords: Operative information, surgery, patients rights

Hastaların ve hastalıkların teşhis ve tedavisinde tıbbi özgeçmiş ve soygeçmiş önemlidir. Hastaların veya aynı soydan gelen akrabalarının geçmişlerindeki bazı bilgiler, hastaların tanı ve takiplerinde bir çok pahalı tetkikten daha değerlidir. Hastaların bu bilgilere sahip olması, hekimin hastayı ve yakınlarını hastalık hakkında bilgilendirmesi ve hasta ile yakınlarının da bu bilgileri anlayıp öğrenmesiyle mümkündür. Ancak buradaki zorluk, bu kişiler entelektüel dahi olsa, tıbbi bilgilerin basite indirgenip sunulmasındaki zorluktur.

1994 Amsterdam hasta hakları bildirgesine göre hekimler hastalarını ve yakınlarını hastanın hastalığı ile ilgili bilgilendirmek zorundadırlar (1,2,3). Ancak ülkemizde bunun hukuksal çerçevesi tam çizilememiştir. Cerrahi; müdahale edilen organ yada dokunun, hiçbir zaman müdahale öncesi duruma dönmesinin mümkün olmadığı bir tıbbi tedavi ve teşhis metodudur. Bu nedenle cerrahi öncesi yapılacak operasyonun cinsi, niteliği, olası komplikasyonlar, riskler, genel mortalite ve morbidite oranları hastaya anlatılmalıdır. Bu anlatım mümkün olduğu kadar yalın ve anlaşılır olmalıdır. Hastanın operasyon öncesi, operasyondan beklentisi öğrenilmeli ve bu beklentinin ne derece karşılanacağı kendisine ve ailesine anlatılmalıdır.

Buradan yola çıkarak hastanemizde değişik cerrahi kliniklerde opere edilen hastaların ve hasta yakınlarının hekimler tarafından ne derece bilgilendirildiği, hastaların ise hastalıklarının ve operasyonlarının niteliği ve niceliği hakkında ne derece bilgili olduklarını araştıran bir çalışma yaptık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Haziran 1998-Ağustos 1998 tarihleri arasında SSK Göztepe Eğitim Hastanesi Cerrahi servisinde (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahisi, Üroloji, KBB, Göz) opere olmuş 200 hasta çalışmaya alındı. Şuuru kapalı ve konfü olanlar çalışmaya alınmadı. Hastaların yaşı, opere olduğu servis, tanısı, hastalığın benign veya ma-

lign oluşu, operasyonun acil ya da elektif şartlarda yapıldığı, yapılan ameliyatın ismi, hastanın eğitim seviyesi, hekimin hastayı ve ailesini hastalığı ve ameliyatı konusunda yeterli aydınlatıp aydınlatmadığı, hastanın ve ailesinin hastanın hastalığını ve operasyonun niteliğini doğru bilip bilmedikleri çalışma protokolüne kaydedildi (Ek 1).

BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 47 (15-75) olarak tespit edildi. İkiyüz hastanın 108'i erkek, 92'si kadındı. Çalışmaya katılan hasta ve yakınlarının cevaplarına göre tespit ettiğimiz bulgular Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir. Buna göre hastaların %85'i hekim tarafından bilgilendirildiklerini ifade etmelerine rağmen sorgulandıklarında ancak %37'sinin yeterli bilgilendirildiği tespit edilmiştir. Bu oran ailelerde sırasıyla %93 ve %43'dür. Hastaların hastalıklarını doğru olarak bilmeleri %70, hastalığın niteliğini bilmeleri ise %36'dır. Bu oranlar ailelerde %69 ve %44'dür. Hastaların operasyonlarını doğru olarak bilmeleri %44, ailelerin ise %43'dür. Malign hastalıklarda hastanın ve ailenin bilgilendirilmesi, hastanın ve ailesinin hastalığı doğru olarak bilmesi, hastanın operasyonu ve hastalığın niteliğini bilmesi benign hastalıklara göre istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 1). Elektif cerrahi girişimlerde ve 60 yaş altı hastalarda hastanın hastalığını doğru olarak bilmesi, acil operasyonlara ve 60 yaş üstü hastalara göre anlamlı bulunmuştur (Tablo 1 ve 2). Hastaların ve ailelerinin hastalıkları ve operasyonları hakkındaki bilgileri eğitim seviyesiyle orantılı artmaktadır, ancak bu fark istatistiki olarak anlamlı değildir (Tablo 2).

TARTIŞMA

Bilgilendirme temel hasta hakkıdır. 1981 yılında Lizbon'da toplanan Dünya Tabipler Birliği 34. Kurultayı'nda kabul edilen "1. Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi" ve 1994 yılında Amsterdam'da yapılan Dünya Sağlık Örgütü'nün

EK 1: ÇALIŞMADA KULLANILAN PROTOKOL

**CERRAHİ KLİNİKLERİNDE OPERASYON NEDENİYLE YATAN HASTALARIN
HASTALIKLARI VE GEÇİRDİKLERİ OPERASYON HAKKINDA YETERLİ
BİLGİLENDİRİLİP BİLGİLENDİRİLMEDİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hasta No	:	Servis	:
Yaş	:		
Tanı	:	Malign	<input type="checkbox"/>
		Benign	<input type="checkbox"/>
Operasyon Türü	:	Acil	<input type="checkbox"/>
		Elektif	<input type="checkbox"/>
Eğitim Seviyesi	:	Okuryazar değil	<input type="checkbox"/>
		Okuryazar	<input type="checkbox"/>
		İlköğretim	<input type="checkbox"/>
		Lise	<input type="checkbox"/>
		Yüksekokul	<input type="checkbox"/>
Hekim hastayı bilgilendirmiş mi?		Evet	<input type="checkbox"/>
		Yeterli	<input type="checkbox"/>
		Yetersiz	<input type="checkbox"/>
		Hayır	<input type="checkbox"/>
Hekim aileyi bilgilendirmiş mi?		Evet	<input type="checkbox"/>
		Yeterli	<input type="checkbox"/>
		Yetersiz	<input type="checkbox"/>
		Hayır	<input type="checkbox"/>
Hasta hastalığını biliyor mu?		Biliyor	<input type="checkbox"/>
		Doğru biliyor	<input type="checkbox"/>
		Yanlış biliyor	<input type="checkbox"/>
		Bilmiyor	<input type="checkbox"/>
Aile hastanın hastalığını biliyor mu?		Biliyor	<input type="checkbox"/>
		Doğru biliyor	<input type="checkbox"/>
		Yanlış biliyor	<input type="checkbox"/>
		Bilmiyor	<input type="checkbox"/>
Hasta operasyonu biliyor mu?		Biliyor	<input type="checkbox"/>
		Doğru biliyor	<input type="checkbox"/>
		Yanlış biliyor	<input type="checkbox"/>
		Bilmiyor	<input type="checkbox"/>
Aile hastanın operasyonunu biliyor mu?		Biliyor	<input type="checkbox"/>
		Doğru biliyor	<input type="checkbox"/>
		Yanlış biliyor	<input type="checkbox"/>
		Bilmiyor	<input type="checkbox"/>
Hasta hastalığın niteliğini biliyor mu?		Biliyor	<input type="checkbox"/>
		Doğru biliyor	<input type="checkbox"/>
		Yanlış biliyor	<input type="checkbox"/>
		Bilmiyor	<input type="checkbox"/>
Aile hastanın hastalığının niteliğini biliyor mu?		Biliyor	<input type="checkbox"/>
		Doğru biliyor	<input type="checkbox"/>
		Yanlış biliyor	<input type="checkbox"/>
		Bilmiyor	<input type="checkbox"/>

**TABLO 1 : ÇALIŞMAYA KATILAN 200 HASTANIN CEVAPLARI:
GENEL SONUÇLAR, BENIGN VE MALIGN HASTALIK VE
ACİL VE ELEKTİF OPERASYONLARA GÖRE (* KI KARE TESTİ)**

		Genel (n)	%	Benign n=174	Malign n=26	p *	Acil n=38	Elektif n=162	p *			
Hekim hastayı bilgilendirmiş mi?	(+) Toplam	170	85	158	12	$\Delta < 0,0001$	30	140	0,3106			
		74	37	68	6		16	58				
		96	48	90	6		14	82				
	(-) Toplam	30	15	16	14		8	22				
		Hekim aileyi bilgilendirmiş mi?	(+) Toplam	186	93		168	18		34	152	0,3099
			Yeterli	86	43		76	10		20	66	
Yetersiz	100		50	92	8	14	86					
(-) Toplam	14	7	6	8	4	10						
	Hasta hastalığını biliyor mu?	(+) Toplam	180	90	168	12	30	150	0,0297			
		Doğru	140	70	134	6	20	120				
Yanlış		40	20	34	6	10	30					
(-) Toplam	20	10	6	14	8	12						
	Aile hastalığı biliyor mu?	(+) Toplam	186	93	170	16	34	152		0,3099		
		Doğru	138	69	126	12	22	116				
Yanlış		48	24	44	4	12	36					
(-) Toplam	14	7	4	10	4	10						
	Hasta operasyonu biliyor mu?	(+) Toplam	148	74	134	14	26	122	0,4136			
		Doğru	88	44	80	8	20	68				
Yanlış		60	30	54	6	6	54					
(-) Toplam	52	26	40	12	12	40						
	Aile operasyonu biliyor mu?	(+) Toplam	148	74	132	16	32	116		0,1498		
		Doğru	86	43	76	10	22	64				
Yanlış		62	31	56	6	10	52					
(-) Toplam	52	26	42	10	6	46						
	Hasta hastalığının niteliğini biliyor mu?	(+) Toplam	126	63	114	12	22	104	0,4630			
		Doğru	72	36	66	6	14	58				
Yanlış		54	27	48	6	8	46					
(-) Toplam	74	37	60	14	16	58						
	Aile hastalığın niteliğini biliyor mu?	(+) Toplam	130	65	112	18	26	104		0,7075		
		Doğru	88	44	78	10	18	70				
Yanlış		42	21	34	8	8	34					
(-) Toplam	70	35	62	8	12	58						

**TABLO 2: ÇALIŞMAYA KATILAN 200 HASTANIN CEVAPLARI:
GENEL SONUÇLAR, 60 YAŞ ALTI VE ÜSTÜ VE
EĞİTİM SEVİYESİNE GÖRE (* KI KARE TESTİ)**

		Genel (n)	%	>60 yaş n=42	<60 yaş n=158	p *	Lise ve üstü n=42	İlköğret. ve altı n=158	p *	
Hekim hastayı bilgilendirmiş mi?	(+)	Toplam	170	85	36	134	1.0000	38	132	0.3360
		Yeterli	74	37	14	60		20	54	
		Yetersiz	96	48	22	74		18	78	
	(-)		30	15	6	24		4	26	
Hekim aileyi bilgilendirmiş mi?	(+)	Toplam	186	93	40	146	0.7384	40	146	0.7384
		Yeterli	86	43	18	68		22	54	
		Yetersiz	100	50	22	78		18	72	
	(-)		14	7	2	12		2	12	
Hasta hastalığını biliyor mu?	(+)	Toplam	180	90	34	146	0.0406	36	144	0.3829
		Doğru	140	70	18	122		32	108	
		Yanlış	40	20	16	24		4	36	
	(-)		20	10	8	12		6	14	
Aile hastalığı biliyor mu?	(+)	Toplam	186	93	40	146	0.7384	40	146	0.7384
		Doğru	138	69	28	110		36	102	
		Yanlış	48	24	12	16		4	44	
	(-)		14	7	2	12		2	12	
Hasta operasyonu biliyor mu?	(+)	Toplam	148	74	30	118	0.6943	30	118	0.6943
		Doğru	88	44	10	78		20	68	
		Yanlış	60	30	20	40		10	50	
	(-)		52	26	12	40		12	40	
Aile operasyonu biliyor mu?	(+)	Toplam	148	74	34	114	0.3231	32	116	0.8438
		Doğru	86	43	16	70		24	62	
		Yanlış	62	31	18	44		8	54	
	(-)		52	26	8	44		10	42	
Hasta hastalığının niteliğini biliyor mu?	(+)	Toplam	126	63	24	102	0.3759	24	102	0.3759
		Doğru	72	36	12	60		18	54	
		Yanlış	54	27	12	42		6	48	
	(-)		74	37	18	56		18	56	
Aile hastalığın niteliğini biliyor mu?	(+)	Toplam	130	65	32	98	0.1027	28	102	0.8571
		Doğru	88	44	18	70		20	68	
		Yanlış	42	21	14	28		8	34	
	(-)		70	35	10	60		14	56	

Avrupa bürosunca düzenlenen toplantıda "Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi"nde bilgilendirme temel hasta hakkı olarak kabul edilmiş ve hukuksal alt yapısı oluşturulmuştur (1,2,3).

1994 Amsterdam Bildirgesi'nde, bilgilendirme başlığı altında:

1. Madde: Sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin en iyi nasıl kullanılabilirliği konusundaki bilgi herkes için ulaşılabilir olmalıdır.
2. Madde: Hastalar durumları ile ilgili tıbbi gereçler, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk veya yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi koşullarını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilendirme hakkına sahiptir.
3. Madde: Bilgilendirme yalnızca bilgi vermenin hasta üzerine açık ve olumsuz bir etkisinin olacağına inanmak için geçerli bir neden olduğu zamanlarda kısıtlanabilir.
4. Madde: Hastanın anlama kapasitesine uygun bir yolla ve yabancı terim kullanımı en aza indirilerek iletilmelidir. Hasta ortak dil konuşamıyorsa çeviri yapılabilir.

Hasta hakları bildireleri hastanın hastalığı ile ilgili bilgileri alma özgürlüğünü savunur. Ancak bu bir ikilem yaratabilir. Bir uçta hastanın durumu ile ilgili tüm bilgileri edinme hakkı, diğer uçta ise hastalığın sonucunu etkileyebilecek ve ciddi stres yaratabilecek olan her şeyin ortaya konması (4). Bir hastaya preoperatif bilgi verme şekli pek çok değişik faktöre dayanmaktadır. Bunlar, hastanın eğitimi, tıbbi terimleri bilme ve anlama konusundaki bilgisi, hastanın zeka seviyesi, hukuki durum ve doktorun hastanın anlayabileceği bir dille anlatma yeteneğidir (5).

Çalışmamıza katılan hastaların %85'i hekim tarafından bilgilendirildiklerini ifade ettiler. Ancak hastalara hastalıkları ve operasyonları hakkında bilgi sorulduğunda, hastaların sadece %37'sinin yeterli bilgiye sahip olduğu tespit edildi. Bu oran genel olarak opere olan hastaların operasyonları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını göstermektedir. Bir çalışmada, bu bilgilendirme %69.3-%75 oranında gerçekleşmiş ve bu oran çok düşük olarak değerlendirilmiştir. Aynı çalışmada hastanın bilgilendirilmiş onamı imzalaması, girişimin riskleri hakkında gerçekten bilgi aldığı anlamına gelmediği bildirilmiştir (6,7). Başka bir çalışmada ise doktorların %79'unun hasta va hasta yakınlarını tanısal ve tedavi amaçlı girişimler konusunda tam anlamıyla bilgilendir-

mek gerektiğini ve bunun hekimlerin sorumluluğu olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir (8). Avrupada çok merkezli bir çalışmada doktorların %12'sinin hastaların operasyon öncesi bilgilendirmediği ortaya çıkmıştır (9). Ülkemizde bu konuda geniş bir çalışma yapılmamıştır.

Çalışmada hastanın ve ailesinin hekim tarafından bilgilendirilmesinin malign hastalıklarda benign hastalıklara göre daha az olduğu tespit edildi ($p < 0.0001$). Malign hastalıklarda hastaların bilgilendirilmemesi kültür yapımıza göre hoş görülebilir de, ailenin bilgilendirilmemiş olması hekimlerin bir eksikliğidir. Yaş gruplarına göre hastalar değerlendirildiğinde 60 yaş üzeri grup, 60 yaş altı gruba göre hastalığını daha az biliyor ($p = 0.0406$). Bu sonuç ülkemiz sosyokültürel yapısı göz önüne alınırsa doğal olarak değerlendirilebilir, ancak benzer çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiş olması bulguların sadece ülkemize özgü olmadığını desteklemektedir (10). Acil operasyonlarla elektif operasyonlar karşılaştırıldığında acil opere olan hastaların hastalığını daha fazla bildiği tespit edildi ($p = 0.0297$). Bu da acil kavramına doğal olarak hasta ve hasta yakınlarının daha özel bir ilgi ile yaklaşmalarının sonucu olsa gerek. Hastaların ve ailelerinin hastalıkları ve operasyonları hakkındaki bilgileri eğitim seviyesiyle artmaktadır, ancak bu fark istatistik olarak anlamlı değildir.

Hekimler tarafından hiç bilgilendirilmediğini ifade eden hasta ve hasta yakınlarına, bunu neden talep etmedikleri sorulduğunda ise büyük bir kısmının doktordan çekindiğini ifade etmesi ise düşündürücüdür. Hastaya bilgi verilmemesinin altında hastayı ve hastalığı olumsuz etkileyeceği düşüncesi yatmaktadır. Ancak bunun net bir dayanağını bulmak mümkün değildir. Bu yaklaşım hastanın geleceğine ilişkin kararları alamaması gibi bir haksızlığa neden olmaktadır (1).

Hastaların önyargıları, kişilikleri ve eğitim seviyeleri değerlendirildikten sonra, operasyonun riskleri ve hastalığı hakkında hastayı bilgilendirme her hasta için özelleştirilerek ve kişiselleştirilerek verilmelidir (11). Buradaki faktörlerden biride eğitim seviyesidir. Hastanemizin hasta profili diğer hastanelere göre farklılık göstermektedir. İşçi ve yakınlarının tedavisinin yapıldığı hastanemizde hastalarımızın çoğunluğunu ilkökul mezunu hastalar oluşturmaktadır.

Sonuç olarak; hastanemizde cerrahi kliniklerinde opere olan hastalar hastalıkları ve

operasyonları hakkında yeterince bilgiye sahip değildirler, özellikle malign hastalığı olan, 60 yaş üstü hastalarda ve elektif operasyon geçirenlerde bu oran daha da düşük olarak bulunmuştur. Hastalar bundan sonraki yaşamlarını etkileyecek bir cerrahi müdahalede sorgulayıcı olmamakta, hekimler ise çeşitli nedenlerle hastalara yeterince bilgi vermemektedir. Kaliteli tıbbi kayıtlar, hasta ile cerrah arasındaki kişisel ilişki hastanın güvensizlik, tatminsizlik ve hayal kırıklığı yaşamasını önlemede belki de en önemli noktadır. Bilgilendirilmiş onam gerek hasta gerekse doktorlar tarafından bilinmemekte ve uygulanmamaktadır. Bu konularda uyarıcı ve aydınlatıcı yayınların sayısının artırılması gelecekte hem hastaların hem de doktorların haklarının korunması için gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Gülhan Y: Hasta hakları ve cerrahi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 1997; 13(2): 95-98.
2. Hatun Ş: Hasta hakları temel belgeler. *Türk Tabipler Birliği Yayını* 1995; Kasım: 3-18.
3. Köküöz AN: Etikten hukuka hasta hakları. *Bilim ve Teknik* 1995; Kasım: 50-55.
4. Kerrigan DD, Thevasapayam RS, Woods TO, Welch Imc, Thomas WEG, Shorthouse AJ, Dennison AR: *Who's afraid of informed consent?* *BMJ* 1993; 306: 298-300.
5. Giebel GD, Stock S, Dievenich A, Schweitzer O: *Patient education: what does the patient know, what does he want to know? Thrombosis and wound infection. Zentralbl Chir* 1997; 122(3): 186-189.
6. Perez-Moreno JA, Perez-Carcelas MD, Osuna E, Luna A: *Preoperative information and informed consent in surgically treated patients. Rev Anesthesiol Reanim* 1998; 45(4): 130-135.
7. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V: *Informed consent – why are its goals imperfectly realized?* *N Engl J Med* 1980; 302(16): 896-900.
8. Vincent JL: *European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. Intensive Care Med* 1990; 16: 256-264
9. Williams CJ, Zwitter M: *Informed consent in European multicentre randomised clinical trials – are patients really informed?* *Eur J Cancer* 1994; 30(7): 907-910.
10. Barneschi MC, Miccinesi G, Paci E, Navelli GP: *The desire for information and informed consent in general anesthesia. Minerva Anesthesiol* 1998; 64: 5-11.
11. Wormald PJ: *Preoperative information in mastoidectomy: what about the facial nerve and hearing loss?* *J Laryngol Otol* 1996; 110(1): 10-12.

YAZIŞMA ADRESİ:

Dr.Süleyman BOZKURT
Gömeç sok. Çangar Apt. No:27 A/6
Acıbadem 81010, İSTANBUL