KTÜ 1955

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ 1926

1th INTERNATIONAL
MEDICINE, HEALTH AND
COMMUNICATION SCIENCES CONGRESS

9 - 12 December 2021

1. ULUSLARARASI
TIP, SAĞLIK VE
İLETİŞİM BİLİMLERİ KONGRESİ

9 - 12 Aralık 2021



KONGRE KİTABI

www.medheacom.org

KTÜ 1955

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ 1926

1th INTERNATIONAL
MEDICINE, HEALTH AND
COMMUNICATION SCIENCES CONGRESS

9 - 12 December 2021

1. ULUSLARARASI
TIP, SAĞLIK VE
İLETİŞİM BİLİMLERİ KONGRESİ

9 - 12 Aralık 2021

DAVET

Davet

Değerli Sağlık ve İletişim Bilimciler,

I. Uluslararası Tıp, Sağlık ve İletişim Bilimleri Kongresi Gazi Üniversitesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi ile Anadolu Üniversitesi iş birliğinde **9-12 Aralık 2021** tarihleri arasında online olarak düzenlenecektir.

Küresel ölçekte sağlığa ilişkin yer alan gelişmelerin yine küresel ölçekteki etkilerinin yanında ulusal, bölgesel ve yerel ölçekte de yansımalarının dikkat çeken şekilde gündemde yerini alması ve sağlık ile ilgili farklı birçok önemli konunun iletişim bilimi ile ilişki içinde yer alması "sağlık ve iletişim bilimi" konularını; ilintili tartışmalarının ve söz konusu tespit, öneri ile çözümlerin de bir arada değerlendirilebilmesini gerekli kılmaktadır. Farklı durumlar içerisinde sağlık iletişimi olarak değerlendirilebilecek konuların, farklı durumlar ve koşullarda sağlık okuryazarlığı açısından ele alınmasını, farklı koşullar altında kriz iletişimi ile iletişim faaliyetlerinin sağlık ile farklı şekillerde değerlendirilebilmesini ve diğer birçok ilintili konuyu da gerekli kılmaktadır. İçinde bulunduğumuz Covid-19 Pandemisi tıp, sağlık ve iletişim bilimlerinin bir arada çalışması gerekliliğini ve önemini ortaya koymuştur.

I. Uluslararası Tıp, Sağlık ve İletişim Bilimleri Kongresi'nde, sağlık iletişimi, sağlık yönetimi ve iletişim, olağanüstü durumlarda iletişim ve kriz iletişimi, sağlık iletişimi ve paydaşların hakları, bulaşıcı hastalıklar ve iletişim, dijital medya ve sağlık iletişimi, özel gruplar ve sağlık iletişimi, kültürlerarası sağlık iletişimi, sağlık iletişimi araştırma yöntemleri ve daha birçok özgü ve özel konunun ele alınması amaçlanmaktadır. Ayrıca, kongre boyunca düzenlenecek kurslar, özel sunumlar, deneyim paylaşımları ile alandaki bilim insanları, araştırmacılar ve ilgililerin bilgi, beceri ve perspektiflerinin gelişmesine de katkı sağlanabilmesi öngörülmektedir.

Kongremiz ulusal ve uluslararası düzeyde ilgili kamu ve özel tüm kurum ve kuruluşlara, akademisyen ve araştırmacılara ev sahipliği yapacaktır.

Kongrenin hem ilk yılında, hem de devam edecek yıllarında alana sağlayacağı katkıların yanında ortaklaşa çalışmaları hareketlendirebilmek için bağların oluşturulabilmesine, proje ortaklıklarına olanak sağlayabilmesine ve belli kararları da oluşturabilmesi konusunda rol üstlenebilmesi de hedeflenmektedir.

I. Uluslararası Tıp, Sağlık ve İletişim Bilimleri Kongresi'ne hazırlık sürecinde ve kongre sırasında değerli önerilerinizi, destek, katılım ve katkılarınızı bekliyoruz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. F. Nur Baran Aksakal
Gazi Üniversitesi

Prof. Dr. Erol Nezih Orhon
Anadolu Üniversitesi

Prof. Dr. Yıldız Pekşen
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

KTÜ 1955

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ 1926

1st INTERNATIONAL
MEDICINE, HEALTH AND
COMMUNICATION SCIENCES CONGRESS

9 - 12 December 2021

1. ULUSLARARASI
TIP, SAĞLIK VE
İLETİŞİM BİLİMLERİ KONGRESİ

9 - 12 Aralık 2021

KURULLAR

ONURSAL KURUL

Prof. Dr. Fuat Erdal
Anadolu Üniversitesi Rektörü

Prof. Dr. Hamdullah Çuvalcı
Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörü

Prof. Dr. Musa Yıldız
Gazi Üniversitesi Rektörü

KONGRE BAŞKANLARI

Prof. Dr. Yıldız Pekşen
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Emekli Öğretim Üyesi, Samsun

Prof. Dr. F. Nur Baran Aksakal
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Erol Nezih Orhon
Anadolu Üniversitesi İletişim Fakültesi,
Sinema - Televizyon Bölümü, Eskişehir

KONGRE DİREKTÖRÜ

Prof. Dr. Murat Topbaş
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Erhan Eroğlu
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi Dekanı,
İletişim Tasarımı Anabilim Dalı, Eskişehir

Prof. Dr. Yıldız Pekşen
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Emekli Öğretim Üyesi, Samsun

Prof. Dr. F. Nur Baran Aksakal
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Erol Nezih Orhon
Anadolu Üniversitesi İletişim Fakültesi,
Sinema - Televizyon Bölümü, Eskişehir

Prof. Dr. Murat Topbaş
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon

Prof. Dr. Sevgi Canbaz
İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Prof. Dr. Toker Ergüder
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Doç. Dr. Ceyda Şahan
Hacettepe Üniversitesi,
Erişkin Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniği, İMUD, Ankara

Dr. Mustafa Bahadır Sucaklı
Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara

BİLİMSEL SEKRETARYA

Prof. Dr. Yeşim Şenol
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Antalya

Doç. Dr. D. Alper Altunay
Anadolu Üniversitesi,
İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema - Televizyon Bölümü,
Televizyonda Yapım - Yönetim Anabilim Dalı, Eskişehir

Dr. Öğr. Üyesi Hakan Tüzün
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Uzm. Dr. Dilek Yapar
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Dr. Çağla Okyar
Aile Hekimi,
Gaziantep

Araş. Gör. Elif Güntürkün
Anadolu Üniversitesi,
İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema - Televizyon Bölümü,
Televizyonda Yapım - Yönetim Anabilim Dalı, Eskişehir

Araş. Gör. Duygu Keçeli
Anadolu Üniversitesi,
İletişim Bilimleri Fakültesi, Basın ve Yayın Bölümü,
Genel Gazetecilik Anabilim Dalı, Eskişehir"

ULUSLARARASI BİLİMSEL KURUL

(Ünvan ve soyadına göre sıralama yapılmıştır.)

Prof. Dr. Niyazgulov Aigul
Uluslararası Teknoloji Üniversitesi, Medya İletişimi Bölüm Başkanı, Kazakistan

Prof. Dr. Yevgeniya Daineko
Uluslararası Teknoloji Üniversitesi, Bilim ve Teknolojilerden Sorumlu Rektör Yardımcısı, Kazakistan

Prof. Dr. Ronald C. Arnett
Duqesne Üniversitesi, Amerika Birleşik Devletleri

Prof. Dr. Nikos Panagiotou
Selanik Aristoteles Üniversitesi, Yunanistan

Prof. Dr. Remzie Shanini-Hoxhaj
Priştine Üniversitesi, Kosova

Prof. Tina Tsomaia
Gürcistan Halkla İlişkiler Enstitüsü, Gürcistan

Doç. Dr. Petya Eckler
Strathclyde Universitesi, İskoçya

Doç. Dr. Ahmed Samir Hammad
Al-Imam Mohammad Ibn Saud İslam Üniversitesi, Suudi Arabistan

Doç. Dr. Pervane İbrahimova
Bakü Devlet Üniversitesi. Azerbaycan

Doç. Dr. Özge Karadağ
Columbia Üniversitesi, Amerika Birleşik Devletleri

Doç. Dr. İnci Özüm Sayrak
Duqesne Üniversitesi, Amerika Birleşik Devletleri

Öğr. Gör. Isaac Mutwiri
Kenya Multimedya Üniversitesi, Kenya

Öğr. Gör. Nadia Vissers
Artesis Plantijn Üniversitesi, Belçika

Dr. Öğr. Üyesi Aytekin Zeynalova
Bakü Devlet Üniversitesi, Azerbaycan

Dr. Syed Irfan Ashraf
Peşaver Üniversitesi, Pakistan

Dr. Eldar Caferov
Bakü Devlet Üniversitesi, Azerbaycan

Dr. Siddartha Sankar Datta
Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölge Ofisi,
Aşı İle Korunulabilir Hastalıklar Birimi Bölgesel Danışmanı, Danimarka

Dr. Muhammad Ismail Farook
Kabil Tıp Üniversitesi, Biyoistatistik ve Epidemiyoloji Bölümü, Afganistan

Dr. Antonietta Filia
İtalyan Ulusal Sağlık Enstitüsü, İtalya

Dr. Monika Kopyyowska
Lodz Üniversitesi, Polonya

Dr. Silvia Montana
Queensland Teknoloji Üniversitesi, Avustralya

Dr. Ole Wichman
Robert Koch Enstitüsü, Almanya

Siff Malue Nielsen
Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölge Ofisi,
Aşı İle Korunulabilir Hastalıklar Birimi Danışmanı, Danimarka

Pervin Zülfikarova
Bakü Devlet Üniversitesi, Azerbaycan

BİLİMSEL KURUL

(Ünvan ve soyadına göre sıralama yapılmıştır.)

Prof. Dr. Hamdi Akan
Emekli Öğretim Üyesi, Teletıp ve Eğitim Derneği, İzmir

Prof. Dr. İnan Anaforoğlu
Acıbadem Sağlık Grubu, Endokrinoloji Bölümü, İstanbul

Prof. Dr. Selim Arıcı
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Samsun

Prof. Dr. Zakir Avşar
Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Radyo, Sinema ve Televizyon Bölümü, Ankara

Prof. Dr. Ferruh Niyazi Ayoğlu
Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak

Prof. Dr. Nadi Bakırcı
Acıbadem Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dekanı, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Prof. Dr. Zeynep Baykan
Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Kayseri

Prof. Dr. Nazım Ercüment Beyhun
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon

Prof. Dr. Sedat Bostan
Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yönetimi ve Organizasyonu Anabilim Dalı, Ordu

Prof. Dr. Mustafa Cankurtaran
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Beyhan Cengiz Özyurt
Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa

Prof. Dr. Z. Aytül Çakmak
Ufuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Deniz Çalışkan
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Gamze Çan
Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Çanakkale

Prof. Dr. Peruze Çelenk
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız Diş Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, Samsun

Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya
Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri

Prof. Dr. Hülya Çiçek
Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Gaziantep

Prof. Dr. Meltem Çöl
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Şennur Dabak
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Samsun

Prof. Dr. Canan Demirbağ
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon

Prof. Dr. Özgür Devrim Can
Anadolu Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Prof. Dr. Elif Dikmetaş Yardan
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Samsun

Prof. Dr. Levent Dönmez
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Antalya

Prof. Dr. Mine Duman
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Prof. Dr. Belma Durupınar
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Emekli Öğretim Üyesi, Samsun

Prof. Dr. Funda Elmacıoğlu
İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetitik Bölümü, İstanbul

Prof. Dr. Ercüment Ersanlı
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmetler Bölümü, Samsun

Prof. Dr. Melikşah Ertem
T.C. Sağlık Bakanlığı SIHHAT Projesi, Ankara

Prof. Dr. Erhan Eser
Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa

Prof. Dr. Elif Eser Acarel
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Samsun

Prof. Dr. E. Didem Evci Kiraz
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çevre Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı, Aydın

Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Gülşen Güneş
İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya

Prof. Dr. Ayla Gürsoy
Antalya Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Antalya

Prof. Dr. Metin Hasde
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Himmet Hülür
Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Gazetecilik Bölümü, Ankara

Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dekanı, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Bahattin Kahveci
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı,
Beslenme Diyetetik Bölümü, Trabzon

Prof. Dr. Neşe Kaklıkkaya
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dekanı, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Prof. Dr. Ateş Kara
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Selma Karabey
İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Prof. Dr. Tamer Kaya
Radyoloji Uzmanı, Emekli Öğretim Üyesi, Eskişehir

Prof. Dr. Sadettin Kayıpmaz
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Sağlığı Radyolojisi Anabilim Dalı, Trabzon

Prof. Dr. Bülent Kılıç
Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Prof. Dr. Zeliha Koç
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Samsun

Prof. Dr. Nusret Köse
Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Prof. Dr. Özen Kulakaç
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Samsun

Prof. Dr. Işıl Maral
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Prof. Dr. Melis Naçar
Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Kayseri

Prof. Dr. Mine Esin Ocaktan
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Pınar Okyay
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın

Prof. Dr. Ufuk Özgen
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakognozi Anabilim Dalı, Trabzon

Prof. Dr. Seçil Özkan
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Tevfik Özlü
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

Prof. Dr. Havva Öztürk
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon

Prof. Dr. Umur Sakallıoğlu
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Samsun

Prof. Dr. Sibel Sakarya
Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Prof. Dr. Meral Saygun
Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırıkkale

Prof. Dr. Fatma Deniz Sayıner
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Turan Set
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Trabzon

Prof. Dr. F. Sena Sezen
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Prof. Dr. Başak Solmaz
Konya Selçuk Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Halkla İlişkiler Anabilim Dalı, Konya

Prof. Dr. Tamer Taşdemir
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Dekanı,
Endodonti Anabilim Dalı, Trabzon

Prof.Dr. Murat Terzi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Samsun

Prof. Dr. Füsun Terzioğlu
Atılım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Prof. Dr. Hasan Tezer
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Mehmet Toplu
Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Radyo, Sinema ve Televizyon Bölümü, Ankara

Prof. Dr. Kemal Turhan
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, Trabzon

Prof. Dr. Necla Tülek
Atılım Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Tamer Tüzüner
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Trabzon

Prof. Dr. Hülya Ulusoy
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Trabzon

Prof. Dr. Serhat Ünal
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fak., Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,
Ankara

Prof. Dr. S. Songül Yalçın
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Meltem Yalınay
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Doç. Dr. Birsen Altay
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Samsun

Doç. Dr. Banu Altunay
Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi, Görme Engelliler Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara

Doç. Dr. Elif Ateş
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Trabzon

Doç. Dr. Yaşar Barut
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Bölümü, Samsun

Doç. Dr. Davut Çelik
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Anabilim Dalı, Trabzon

Doç. Dr. Lütfi Saltuk Demir
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

Doç. Dr. Arzu Erden
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Trabzon

Doç. Dr. İlknur Kahriman
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon

Doç. Dr. Fatih Kara
T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürü, Ankara

Doç. Dr. Sibel Norman
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema-Televizyon Bölümü, Eskişehir

Doç. Dr. Dilek Öztaş
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Doç. Dr. Gülin Renda
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmasotik Botanik Anabilim Dalı, Trabzon

Doç. Dr. İbrahim Sarıtaş
Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Radyo, Sinema ve Televizyon Bölümü, Ankara

Doç. Dr. Pınar Sökülmez Kaya
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Samsun

Doç. Dr. Özlem Sürel Karabilgin
Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, İzmir

Doç. Dr. Özlem Terzi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Samsun

Doç. Dr. Mehtap Türkay
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Antalya

Doç. Dr. E. Gizem Uğurlu
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema - Televizyon Bölümü,
Televizyonda Yapım - Yönetim Anabilim Dalı, Eskişehir

Doç. Dr. Hakan Uğurlu
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema - Televizyon Bölümü,
Televizyonda Yapım - Yönetim Anabilim Dalı, Eskişehir

Doç. Dr. Ayça Tuğba Ulusoy Yamak
Ondokuz Mayıs Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Samsun

Doç. Dr. Sibel Yalçın
Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Çanakkale

Doç. Dr. Bahar Yalın
Trabzon Üniversitesi, İletişim Fakültesi,
Halkla İlişkiler ve Reklamcılık Bölümü, Trabzon

Dr. Öğr. Üyesi Havva Karadeniz
Karadeniz Teknik Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon

Dr. Öğr. Üyesi Murat Ertan Doğan
Alanya Hamdullah Emin Paşa Üniversitesi,
Sanat ve Tasarım Fakültesi, Çizgi Film ve Animasyon Bölümü, Antalya

Dr. Öğr. Üyesi Tülay Görü Doğan
Alanya Hamdullah Emin Paşa Üniversitesi,
Sanat ve Tasarım Fakültesi, İletişim ve Tasarım Bölümü, Antalya

Dr. Öğr. Üyesi Şükrü Keleş
Karadeniz Teknik Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Trabzon

Dr. Öğr. Üyesi Gaye Topa Çiftçi
Alanya Hamdullah Emin Paşa Üniversitesi,
Sanat ve Tasarım Fakültesi, İletişim ve Tasarım Bölümü, Antalya

KTÜ 1955

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ 1926

1st INTERNATIONAL
MEDICINE, HEALTH AND
COMMUNICATION SCIENCES CONGRESS

9 - 12 December 2021



1. ULUSLARARASI
TIP, SAĞLIK VE
İLETİŞİM BİLİMLERİ KONGRESİ

9 - 12 Aralık 2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER

112'de Çalışan Sağlık Personelinin Afete Hazırlık Durumlarının Sağlık İnanç Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi 27

4T1 Breast Tumor Model In Immunocompetent Mice 28

A Comparison Of Clinical, Laboratory, And Magnetic Resonance Imaging Findings In Patients With Ankylosing Spondylitis 29

A Preliminary Study On The Psychosocial Status Of Turkish Citizens Living In Europe During The Covid-19 Pandemic 36

A Rare Location For Aneurysmal Bone Cyst: Clavicle 39

Acil Servis Ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerinin Ventilatör İlişkili Pnömoninin Önlenmesinde Kanıta Dayalı Uygulamalar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi 40

Acil Servise Başvuran Göz Travmalı Hastalarda Preoperatif Hasta-Hekim İletişiminin Postoperatif Anksiyete Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi 41

Afazide Teleterapi: Olgu Sunumu 43

Aids/Hiv Hastalığı Türkiye Ve Kırgızistan Sinemasında Nasıl Anlatılır?: ''İncir Reçeli'' Ve ''Bir Sınav Olarak Aşk'' Filmleri Üzerinden 44

Ailelere Verilen Beslenme Eğitiminin Otistik Çocuklarda Diyet Kalitesi, Gastrointestinal Sistem Bulgularına Ve Klinik Bulgularına Etkisi 45

Ailevi Akdeniz Ateşinde Komorbidite Ve Sosyoekonomik Düzey Değerlendirmesi 46

Bir Üniversite Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Kişilerin Aldıkları Sağlık Hizmetleri İle İlgili Bilgileri Anlamış Olma Durumları Ve Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi 48

Communication During Assistant Reproductive Treatments 53

Covid-19 Döneminde "Evde Kal" Konulu Kamu Spotları Üzerine Göstergebilimsel Bir İnceleme 55

Covid-19 Enfeksiyonu Sırasında Cxcl9, Cxcl10 Ve Cxcl11 Seviyelerinin Kombinasyonu Hastalığın Progresyonunu Etkiler Mi? 66

Covid-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi 68

Covid-19 Nedeniyle Uzaktan Eğitim Alan Karadeniz Teknik Üniversitesi Öğrencilerinde Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları Ve Ergonomik Koşulların Etkisinin Değerlendirilmesi 86

Covid-19 Pandemi Sürecinde Vatandaştan Gelen Taleplerin Değerlendirilmesi: Bir İlçe Sağlık Müdürlüğü Örneği 100

Covid-19 Pandemi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşirelerinde Aleksitimi, Empati Ve Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 102

Covid-19 Pandemi Süresince Meydan Gelen Medya Tütketim Alışkanlıklarının Y Ve Z Kuşağı Üzerindeki Psikolojik Ve Fiziksel Etkileri 104

Covid-19 Pandemisi Döneminde Üniversite Öğrencilerinin Su Tüketim Durumu 106

Covid – 19 Pandemisi Sonrası Çevrimiçi Olarak Düzenlenen Kısa Film Festivallerinin Dönüşümü Ve Bu Dönüşümün Seyircinin İzleme Pratiklerine Etkileri 112

Covid-19 Pandemisi Sürecinde Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Maske Kullanımı İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları 113

Covid-19 Pandemisinde Adölesanlarda Teknoloji Bağımlılığı 120

Covid-19 Pandemisinde Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Covid-19 Risk Algısı Ve Sağlık İletişimi Hakkındaki Tutumlarının Değerlendirilmesi 127

Covid-19 Pandemisinde Türkiye'deki Hasta Ve Ölüm Sayılarının Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi: Turcovid19 Uygulaması 136

Covid-19 Pandemisinde Yaşlıların Gereksinimlerinin Karşılanmasına Yönelik Yaklaşımlar 138

Covid-19 Tanılı Olguda Tek Seanslık Senkron Telerehabilitasyon Programının Dispne Ve Oksijen Gereksinimine Etkisi 146

Creating, Publishing And Spreading Processes Of Health-Related Contents In Internet News Sites: Evaluation Of The Opinions Of Actors In Health Communication 156

Çalışanlarda İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitiminin Etkisi: Bir Derleme Çalışması 158

Çevrimiçi Arama Motoru Trandlerinin Koronavirüs Vaka Sayısı İle İlişkisi: İnfodemiyoloji Çalışması 159

Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Doktorlarının Dil Ve Konuşma Terapistleri Hakkındaki Düşünceleri Ve Deneyimleri 160

Debunking Covid-19 Vaccine Misinformation And Disinformation On Social Media: A Cross-Cultural Study On Vaccine Reluctance 161

Digital Communication Activities Of Physicians Practicing Traditional And Complementary Medicine: A Content Analysis Study On Instagram Data 163

Digital Communication Ways Used In Mental Health, New Approaches And Artificial Intelligence 164

Diş Hekimliğinde Zihinsel Engele Sahip Bireylerle İletişim Ve Tedavi Yaklaşımı 165

Diyet İnflamatuar İndeksin, Obezite, İnsülin Direnci Ve Bazı Biyokimyasal Parametrelere Etkisi 166

Diz Cerrahi Endikasyonu Olan Hastaların Ameliyattan Beklenti Düzeyleri İle Ağrı Şiddetleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 168

Düşük Ve Yüksek Glisemik İndeksli Besinlerin Egzersiz Performansına Etkisi 170

Elysium Filminin Sınıf Ayrımı Ve Sağlıkta Yapay Zeka Kullanımı Üzerine İdeolojik Analizi 171

Epileptik Nöbetler Ve Karbamazepinin Beyin Sapı İşitsel Uyarılmış Potansiyelleri Üzerine Etkisi 172

Erişkin Sıçanlarda Metotreksatın Neden Olduğu Barsak Hasarı Üzerine Karayemişin Etkisi 180

Etik Eğitiminde Kullanılan Film İzletme Yönteminin Etik Sorunların Tespiti Üzerine Etkisi: Başkent Üniversitesi Örneği 182

Evde Bakım Hizmeti Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü Ve Bunu Etkileyen Faktörler 184

Experience Of Hearing Loss On Social Participation And Psychological Wellbeing Of Implant Recipients During University Education 186

Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün Ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi (Sıhhat) Projesi: "Sağlık Personeli Eğitimi" Sonuçları 194

Geleneksel Tıp Uygulamaları Üzerinden Sağlık İletişimi Ve Sağlık-İnanç İlişkisi Üzerine Bir Araştırma 205

Geriatrik Bakımda Yeni Bir Bakış: Mobil Uygulamalar 217

Göz Sağlığı Hakkında Bir Bilgi Kaynağı Olarak Youtube 224

Halk Sağlığı Perspektifinden İnternet Haber Mevzuatı 233

Hemşirelerin Yaşam Bulgularını İzleme Tutumları İle Duygusal Zekâ Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 236

Histerektomi Yapılan Hastaların Histopatolojik Sonuçlarının Değerlendirilmesi 238

Identifying The Training Needs Of Pharmacists In The Field Of Preventive Healthcare And Needs Assessment For Training Planning 242

Isolation Among University Students During The Covid-19 Lockdown: The Mediating Impacts Of Social Sites Usage And Pursuing Social Support 244

İkinci Ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Obezite Ve Gebe Birlikteliğine Yaklaşım 245

İletişim Üzerine Uygulamalı Bir Derste Oyunlaştırmanın Etkisi: Eczacılık Ve Eczane Teknikerliği Öğrencilerinin Motivasyon, Eğlence Ve Hırs Düzeyleri 246

İnfektif Endokardit Tanısında Neredeyiz? 248

İntratekal Kolistinle Başarıyla Tedavi Edilen Çoğul Dirençli Acinetobacter Bağlı Nozokomiyal Menenjit; Olgu Sunumu 249

İskiofemoral Sıkışma: Bir Vaka Sunumu 250

Kafa Travması Olgularına Ait Acil Servis Transferlerinin 2019-2020 Yıllarına Ait Retrospektif Analizi 252

Kan İmitasyon Malzemelerinin (Kim) Tıbbi Kullanım Alanları 253

Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Sonrası Batın İçine Kanama 254

Kanser Tedavisinde Manyetik Nano Parçacıklarla Manyetik İlaç Hedefleme 256

Kliniğimizde Pankreatit Tanısı İle Takip Edilen Hastalarda Kolesistektomi Zamanı Deneyimimiz 258
Klinik Farmakologların Sağlık İletişimi Ve Hasta Uyumundaki Önemi 259
Laparoskopik Kolesistektomide Kullanılan Monopolar Koter, İleri Bipolar Teknoloji Ve Ultrasonik Enerji Kaynağı Kullanım Deneyimlerimiz 261
Madde Kullanım Bozukluğuna Yönelik Tedavinin Önündeki Bir Engel: Damgalama 262
Makine Öğreniminde Çapraz Doğrulama Yönteminin Önemi Üzerine Bir Uygulama 267
Medical Students Based Analysis Of Medical Specialization Theses 268
Mental Health And Cinema. Stigmatized Perceptions And Representation 270
Meslek Hastalığını Önlemede Önemli Bir Basamak: Meslek Anamnezi 272
Mezuniyet Öncesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Pandemi Eğitimi İhtiyaç Analizi 274
Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Kız Öğrencilerinin Emzirme Bilgi Düzeyi Ve Tutumların Değerlendirilmesi 279
Öz Şefkat Ve Stresle Başa Çıkma 283
Pandemi Döneminde Yeni Bir Kavram: Zoom Yorgunluğu 294
Pandemi Sonrası Sinema: Açılma Sonrası Türkiye'de Sinema Salonları Ve Vizyon Filmleri Pandemiden Nasıl Etkilenmiştir? 295
Pandemi Sürecinde Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar: Youtube'da Yer Alan Sokak Röportajlarının Analizi 297
Patella Fracture After Medial Patellofemoral Ligament Reconstruction 299
Popüler Dizi Ve Filmlerde Akıl Sağlığı Hastalıklarının Temsili 300
Problems Medical Students Encounter While Communicating With Patients 301
Rize'de Kamu Çalışanlarının Pandemi Sürecinde Tütün Ürünleri İle İlgili Uyarı Mesajlarını Farketme Düzeyi Ve İlişkili Faktörler 302
Ruh Sağlığının İyileştirilmesinde Hayvan Destekli Tedavinin "Ahtapottan Öğrendiklerim" Belgesel Filmi Üzerinden İncelenmesi 304
Sağlık Alanında Şiddetsiz İletişim Uygulamaları: Kısa Bir Gözden Geçirme 305
Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Takıntısının Araştırılması 310
Sağlık Branşlarındaki Mesleki Yaklaşımı Tamamlayıcı Özgün Bir Model: Sağlıkta Hamilik 313
Sağlık Çalışanlarında Tip-2 Diyabet Riskinin Belirlenmesi 325
Sağlık Haberlerine Dair Kamunun Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Araştırma 326
Sağlık İletişimi Bağlamında Acil Tıp Etiği Ve Hukuku 328

Sağlık Personeli-Hasta İletişiminin Temel Ahlak Felsefesi Kuramlarıyla Analizi 330

Sığınmacı Üniversite Öğrencilerinde Katılım Düzeyi İle İletişim Becerisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 331

Sinema Filmlerinin Sağlık Sorunlarıyla Mücadele Eden Bireylerin Motivasyonuna Etkisi: "Mucize" Filmi Üzerinden Bir İnceleme 332

Sinemada Alzheimer Hastalığı 333

Sinemada Hastalıklı Olma Durumunun Bir Marjinallik Göstergesi Olarak Kullanılması: Trainspotting Filmi Üzerine Bir İnceleme 339

Solda Multiple Kot Kırığı Sağda Travmatik Pulmoner Psodokist 341

The Health Of Health News In The Time Of Pandemic: A Cross-Sectional Study 344

The Use Of Alcohol And Drugs In Cinema Between Awareness And Normalizatıon 346

Tıp Fakültesi 1. Sınıf Öğrencilerinde Oyunlaştırma İle İletişim Becerilerine Yönelik Verilen Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi 348

Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Deprem İle İlgili Bilgi Düzeyi Ve Genel Öz Yeterlilik Durumu 350

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Covid-19 Enfeksiyonundan Korunma İle İlgili Farkındalık, Tutum Ve Davranışları; Kesitsel Bir Çalışma 351

Tıp Fakültesi Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin "Kötü Haber Verme" Konusunda Algıları Ve Simüle Hasta Etkileşimi Geribildirimleri 353

Tıp Fakültesi Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Zor Hasta Algıları Ve Eğitimle İlgili Görüşleri 358

Tıp Öğrencilerinin Perspektifinden İnfodemi Ve İnfodemiyoloji İle Mücadele 363

Türkiye'de 2019 Ve 2021'de Meydana Gelen Ispanak İlişkili Gıda Zehirlenmeleri 371

Türkiye'de Göçmenlere Sunulan Sağlık Hizmetleri İçin Yürütülen İletişim Çalışmaları 377

Türkiye'de Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Aşı, Bağışıklama, Aşı Kararsızlığı Ve Covid-19 Aşısı Hakkındaki Bilgi Ve Düşünceleri 386

Türkiye'deki Kadavra Krizi Sağlık İletişimi İle Çözülebilir mi? 396

Türkiye'de Pandemi Yönetimi, Bilim İletişimi Ve Bilim Kurulu 403

Türkiye'deki Asistan Hekimlerde Tükenmişlik Üzerine Araştırmaların Yetesizliği: Hızlı Sistematik Derleme 405

Üçüncü Basamak Hastanede Çalışan Sağlık Çalışanlarının Mesleki Doyumları Ve İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi 406

Üniversite Öğrencilerinin Probiyotik Gıda Tüketimi Ve Probiyotiklere Dair Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi 408

Üroloji Polikliniğine Başvuru Yapan Erkeklerin Aile Planlaması Yöntem Bilgi, Tutum Ve Vazektomi Tercih Etme Durumları 414

Vokal Fold Nodüllü Pediatrik Bir Vakada İndirekt Ses Terapisinin Etkisi 415

Yoğun Bakım Ünitelerinden Alınan Hasta Ve Ortam Örneklerinde Vankomisin Dirençli Enterekok (Vre) Varlığının Saptanmasında Smart-Cycle I-Core 416

KONUŞMACI METİNLERİ

Boh Risk Faktörlerinin Kontrolünde Halkı Bilgilendirme Ve İletişim Kampanyalarının Geliştirilmesi, Uygulanması Ve Değerlendirilmesi 421

Kalp Ve Damar Hastalıklarının Önlenmesinde İlgili Risk Faktörlerinin Bilinirliğinin Ve Koruyucu Kardiyolojinin Önemi 422

Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları Ve Risk İletişimi 424

Covid-19 Pandemisinde Saha Deneyimleri 425

Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarında Aşı İletişimi Deneyimleri 426

Integrated Infodemic Management Framework: The Nigeria Experience 427

Infodemic Management in Bangladesh 429

Country Infodemic Cases - Poland 430

Şiddet Mağduru Kadınların Hukuksal İhtiyaçlarına İletişim Penceresinden Bakmak 431

Şiddet Mağduru Kadınların Psikososyal İletişim Gereksinimleri 433

Obstetrik Şiddet Ve Önleme Stratejileri 434

Adli Tıp Açısından Şiddet Mağduru Kadınları Tanımak 440

Karayolu Güvenliğinde Neredeyiz? 442

Davranışsal Değişim İçin Etkili İletişim Yöntemleri 444

Şehir Sağlığı Ve İletişim 446

Kent Konseyleri Ve Kentsel İletişim 449

Sağlık Çalışanları Arasında İletişim Ve Etik İlkeler 452

Hasta-Hekim İletişiminde Etik Yaklaşım 455

Ağız Ve Diş Sağlığında Hasta-Hekim İletişiminde Etik Yaklaşım 462

Sağlıkta Şiddet Ve Acil Servisler 464

Sağlıkta Şiddeti Önlemede Güven İnşaası 466

Sağlıkta Şiddetin Kaynakları 470

Pandemide Aşı Kararsızlığı 472
Cumhuriyet Türkiye'sinde Bağışıklama 475
Dijital Eşitsizlikler Ve Covid-19 479
Halk Sağlığı İletişimi Ve Covid-19 490
Covid-19 Pandemisinde Medya İletişimi - Tıbbi İletişim 491
Ebeveyn İle Şiddetsiz İletişim 492
Çocuk Hasta İle İletişimde Güncel Yaklaşımlar 493
Çocuk Hasta İle İletişimde Yaratıcı Yaklaşım Önerileri 494
Hekimin Perspektifinden Ebeveyn İle İletişim Engelleri 496
Çocuk Ve Hukuk Açısından İletişim 497
Çocuk İstismarının Farkına Varmak 498
İstismar Mağduru Çocukla İletişim 499
Sosyal Pediatri Açısından Çocuk İstismarı Ve İletişimin Rolü 501
Hasta- Diş Hekimi İletişiminde Etik Bakış 504
Diş Hekimliğinde Etkin Hasta-Hekim İletişimi: Motivasyon 511
Hasta-Hekim İletişimi 514
Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişiminde İletişim Sorunları 518
Dünyada Göç Nedenli İletişim Sorunlarının Sağlık Hizmetlerine Yansımaları 522
Bakanlık Düzeyinde İSG İletişim Yaklaşımı 524
Sağlık Ve Güvenlikte Etki Odaklı İletişim: Kurumsal Esenliği Güçlendirme 530
İş Sağlığı Profesyonelleri Arasında İletişim Sorunları 534
Meslek Hastalıkları Tanı Sürecinde İletişimin Yeri 541
Beslenme Ve Diyetetik Alanında Mesleklerarası İletişim 544
Tıp Eğitiminde Mesleklerarası İletişimin Önemi: Uçep Zemininde 547
Hemşirelik Eğitiminde Mesleklerarası İletişim Eğitimi 548
Sosyolojik Açıdan Mesleklerarası İletişim 562
Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Kriz Ve Risk İletişimi 567
Yerel Medyada Kriz İletişimi 570
Varlığın Özgün Sunuluşunun Etkileşimdeki Önemi 578
Sağlıkta Etkileşimde "Sempati" Korkusu 582

Acil Servislerde Disiplinlerarası İletişim Sorunalarına Yaklaşım 583
Acil Servislerde Sağlık Personeli Arasındaki İletişim Sorunlarına Yaklaşım 584
Acil Servislerde Uygunsuz Başvuruların Yönetimi 585
Acil Servislerde Hasta Ve Hasta Yakınını Anlamak 590
Sağlık Kurumlarında Yiyecek-İçecek Hizmetinde Görevli Personele Yönelik Etkin İletişimde Prensipler 594
Psikiyatrik Sağlık Sorunları Ve Medya İletişimi 595
Diyabet Ve Medya İletişimi 596
Kronik Sağlık Sorunu Olan Çocukla İletişim Yolları 598
Engelli Hastayla İletişim 599
Sağlık Kurumlarına Müracaat Eden Yetişkin Hastalara Yönelik Etkin Sağlık İletişimi İçin Prensipler 608
Tüberküloz Hastalarına Yönelik Teletıp Uygulamaları: Samsun Örneği 613
Dünyada Ve Türkiye'de Teletıp Uygulama Örnekleri 614
Nörolojik Hastalıklar Ve Teletıp Uygulamaları 623
Ortopedik Hastalıklar Ve Teletıp Uygulamaları 626
Sağlık İletişiminde Dramanın Yeri 627
Tıpta İletişim Becerileri Eğitiminde Sinema Filmerinin Yeri 628
Tıp Eğitiminde Dijital Uygulamalar Ve Teletıp 634
Pandemi İletişiminde Ankara Örneği "Covid-19 Kriz Merkezleri" 636
Yapay Zeka İle Klinik Laboraturar Test Sürecinin Optimizasyonu 645

SPONSORLAR 650

DESTEKLEYENLER KURULUŞLAR 651

KTÜ 1955

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ 1926

1th INTERNATIONAL
MEDICINE, HEALTH AND
COMMUNICATION SCIENCES CONGRESS

9 - 12 December 2021

1. ULUSLARARASI
TIP, SAĞLIK VE
İLETİŞİM BİLİMLERİ KONGRESİ

9 - 12 Aralık 2021

BİLDİRİLER

112'DE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN AFETE HAZIRLIK DURUMLARININ SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Yasevil FULYA TAN[1], ***Nurhan MEYDAN ACIMIŞ***[2]
[1]*Denizli İl Ambulans Servisi Başhekimliği, Denizli, Türkiye*
[2]*Pamukkale Üniversitesi , Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye*
nurhan88@hotmail.com

Afet ''Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin zorlandığı doğa, teknolojik veya insan kaynaklı olay'' olarak tanımlanmaktadır. Küresel çağ ile birlikte afete bağlı can ve mal kayıpları çoğunlukla yaşanılan, hızlı nüfus artışı ve kentleşme, iklimdeki farklılıklar, kaos, çatışmalar, terör ve savaş gibi nedenlerle giderek büyümesi beklenen sorunlardandır. Araştırma amacı afetlerde görev alan sağlık personelinin afete hazırlık düzeylerini ve bazı ilişkili etmenleri saptamaktır.

Analitik kesitsel araştırmadır. Evreni Denizli 112'de bulunan 358 kişilik sağlık personeli oluşturdu. Araştırma 02 Eylül-07 Ekim 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu ve ''Sağlık İnanç Modeli'' ne dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek Taslağı ile toplandı. Bağımsız değişkenler; Denizli 112 sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, meslek ve görev süresi afet tıbbı, İlgili Eğitim Durumları, Bireysel Yaşantılarında Afet Yaşama Durumu ve sayısı, Meslek Yaşamınızda Afet Yaşama ve Olağan Dışı Durum Yaşama Durumu ve sayısı incelendi. Verilerin analizinde SPSS 17,0 paket programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin analizinde Kolmogorov-Smirnov testi, iki grubun karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi, üç ve daha üzeri grubun karşılaştırmalarında One-Way ANOVA testi kullanıldı. Afet hazırlık düzeyine etki eden etmenler için Backward doğrusal regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel açıdan anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi. Üniversite etik kuruldan 60116787-020/39920 sayılı etik onay alındı.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin genel afete hazırlık ölçeği toplam puanı etkileyen etmenler; mesleği doktor olmak (p=0,032), afet konulu herhangi bir kitap veya broşür okumak (p=0,001), UMKE temel eğitimini almak (p=0,015) ve en az iki farklı eğitim almış olmaktı(p=0,028) Tüm bunlar afetlere hazır olma durumlarını yükseltmekte idi. Araştırmaya katılanların Sağlık İnanç Ölçeği toplam puanına etki eden faktörleri regresyon analizi ile değerlendirildi. Doktor meslek gurubu (B=10,793, %95 GA 1,071– 20,516, p=0,030), afet konusunda kitap veya broşür okumak (B=6,755, %95 GA 2,5 – 11,009, p=0,002), Sağlık İnanç Ölçeği toplam puanını arttırmakta idi. Katılımcıların afete hazırlık durumları, inanç ölçeği toplam puanı ortalaması 172,66±19,70 ile orta düzeyin üzerinde bulundu.

Araştırmaya katılanların afete hazırlığı orta düzeyin üzerindedir. Ancak bu durumun; afet ve acil durumlarda ön sahalarda görev alan sağlık personelleri için yeterli bir düzey olmadığını ve personelin afet eğitimlerine keza tatbikatlara bilfiil dahil olmaları gerektiğini düşünüyoruz.

4T1 BREAST TUMOR MODEL IN IMMUNOCOMPETENT MICE

***Kuzey Su KESER*[1]**, *Şule GÜMÜRDÜ[1], Pınar SARGIN[2], Neslişah Işık KORKUT[3]*
[1]İstanbul University, İstanbul Medical School
[2]Medical College of Wisconsin, MCW, Milwaukee
[3]İstanbul University, Health Sciences Institute, Molecular Medicine
kuzeysu.k@ogr.iu.edu.tr

Introduction

The 4T1 cell line is a highly tumorigenic and invasive murine breast cancer cell line. Inoculation with this cell line results in tumor formation in BALB/c mice. Depending on the type of injection and the number of cells injected, 4T1 cells can metastasize to distant points independent of the primary tumor. Our aim was 1) to see the effect of tumorigenesis time, tumor cell quantity, injection location on tumor load, and 2) provide a useful model in mouse 4T1 breast tumor studies.

Material And Methods

25 female BALB/c mice were used to create a tumor with 4T1 cells. We divided them into 5 groups (n=5 each). We injected different numbers of 4T1 cells and administered subcutaneous (SC), intra-mammary (IM) and IV injection. Groups 4 and 5 were with, groups 1, 2 and 3 were without matrigel. Our groups are; Group1[5x105 (100ul)SC], Group2[5x104(20ul)IM], Group3[2x105(100ul)IV], Group4[5x104(100ul)SC], and Group5[1x105(100ul)SC]

Results

According to the injection type of 4T1 cells, the timing of tumorigenesis varied. Group 1-2-3 are compared according to their injection site. The time to tumor formation was the shortest via IV injection (1 week). Intra-mammary injection of tumor cells produced tumor formation later (3-4 weeks). Subcutaneous injection showed moderate timing of tumor production (1-2 weeks). Group 4-5 are compared according to their cell quantity and higher cell number showed faster tumor formation.

Conclusion

4T1 cell injection type, location and cell number affected time of tumor formation. Therefore, subcutanous injection might be suitable to generate primary tumor, while IV injection is more suitable to study metastasis. In addition, cell injection with matrigel accelerates tumor formation in terms of forming an extracellular matrix.

A COMPARISON OF CLINICAL, LABORATORY, AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING FINDINGS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

İlyas Ercan OKATAN, *Refik Ali SARI*
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi
ilyas.okatan@gmail.com

Introduction

Although ankylosing spondylitis (AS) has been shown to occur more frequently in genetically disposed individuals, the etiology of this chronic, systemic rheumatic disease that causes inflammation in the axial joints is unknown. AS is the prototype of the spondyloarthritis group of diseases. Non-skeletal findings are also present, in addition to inflammatory low back pain with or without arthritis of the peripheral joints (1). It causes functional losses by affecting the movement of the spine. Inflammation and pain in the spine and joints lead to decreased physical activity, fatigue, sleep disturbance, depression, anxiety, and stress in patients (2). Correction of correctable risk factors in AS can prevent or halt disease function and disability. Male gender, early onset, peripheral arthritis, and hip joint involvement adversely affect the disease course. Environmental factors and characteristics such as smoking and low education and sociodemographic levels also have an adverse impact (3,4). It is difficult to determine the disease activity, progression, prognosis, and exact disease status in AS. The erythrocyte sedimentation rate (ESR) and C-reactive protein (CRP) are not always sufficient for determining the clinical activity of AS and monitoring the disease (5). Human leukocyte antigen B-27 (HLA-B27) positivity is detected in 95% of patients (6). There are not enough publications describing the the correlation between clinical and laboratory findings (CRP, ESH, HLA-B27) and Magnetic Resonance Imaging (MRI) findings in patients with AS. The purpose of the present study was to investigate whether any correlation exists between clinical and laboratory findings (CRP, ESR, and HLA-B27) and magnetic resonance imaging (MRI) findings in patients with AS.

Material and Methods

1. Study design and participants

The study protocol was appraised and approved by the Karadeniz Technical University (KTU) Ethics Committee (Trabzon, Turkey) (no. 2012/153; confirmation date 12.02.2013). Fifty patients with AS, 28 women (56%) and 22 men (44%), aged between 18 and 70 presenting to the KTU Medical Faculty, diagnosed with AS based on the Modified New York 1984 criteria, and under follow-up were included in the study.

2. Clinical, Laboratory, and Radiological Evaluation

Demographic characteristics such as age, gender, additional disease, and drug use (NSAID and DMARD) were recorded. The presence of peripheral arthritis was assessed at routine physical examinations.

ESR and serum CRP levels were used as laboratory parameters in the evaluation of disease activity. ESR of 20 mm/h or more in women and 15 mm/h or more in men was regarded as pathological. CRP levels of 0.5 mg/L or more were also regarded as pathological. Patients' HLA-B27 levels were also investigated. Patients' sacroiliac MRIs were evaluated. Subchondral bone marrow edema on at least two sections or in more than one region on a single section at MRI (a hyperactive area on a T sequence corresponding to a hyperactive area on a STIR sequence) was regarded as indicating active inflammation. The presence of ankylosis, erosion, capsulitis, synovitis, or subchondral sclerosis in the sacroiliac joint at MRI was regarded as indicating chronic changes.

3. Statistical analysis

The study data were analyzed on SPSS for Windows 13.01 software. Descriptive statistics were expressed as mean, standard deviation, and percentage. Significances between groups for qualitative data were analyzed using the chi-square test. p values <0.05 at a 95% confidence interval were regarded as statistically significant.

Results

Peripheral joint involvement was present in 32 (64%) patients, but not in the other 18 (36%). HLA-B27 positivity was determined in 32 (64%) patients, but not in the remaining 18 (36%). Chronic sacroiliitis was detected in 17 (34%) patients at MRI, and active inflammation against a background of chronic sacroiliitis in 33 (66%). ESR was lower than 20 mm/h in four (14.3%) of the 28 women with AS, and was higher than 20 mm/h in 24 (85.7%). ESR was lower than 15 mm/h in seven (31.8%) of the 22 men with AS, and higher than 15 mm/h in 15 (68.2%). ESR was normal in 11 (22%) of the 50 patients in the study, and elevated in 39 (78%). CRP values were lower than 0.5 in 18 (36%) patients, and 0.5 or above in 32 (64%). Patients' demographic characteristics are shown in Table 1.

ESR was within normal ranges in six (33.3%) of the patients without peripheral joint involvement, and high in 12 (66.7%). ESR was within normal limits in five (15.6%) of the patients with peripheral joint involvement, and high in 27 (84.4%). CRP values were below 0.5 in nine (50%) of the patients without peripheral joint involvement and 0.5 or higher in nine (50%). CRP values were below 0.5 in nine (28.1%) of the patients with peripheral joint involvement and 0.5 or above in 23 (71.9%). No correlation was determined between peripheral joint involvement and acute phase reactants (p=0.172 and p=0.215, respectively).

ESR was within normal ranges in eight (44.4%) of the patients with CRP values below 0.5, and high in 10 (55.6%). ESR was within normal limits in three (9.4%) of the patients with CRP values of 0.5 or over, and high in 29 (90.6%). Correlation was determined between CRP and ESR (p=0.010) (Table 3). ESR was within normal ranges in seven (38.9%) of the HLA-B27-negative patients and high in 11 (61.1%). ESR was within normal ranges in four (12.5%) of the HLA-B27-positive patients, and high in 28 (87.5%). CRP was below 0.5 in 10 (55.6%) of the HLA-B27-negative patients, and 0.5 or above in eight (44.4%). CRP was below 0.5 in eight (25%) of the HLA-B27-positive patients and 0.5 or higher in 24 (75%). HLA-B27 positivity was correlated with both ESR elevation and CRP elevation (p=0.041 and p=0.031, respectively) .

No peripheral joint involvement was determined in nine (50%) of the patients with CRP values below 0.5, but involvement was present in nine (50%). Peripheral joint involvement was not detected in nine (28.1%) patients with CRP values of 0.5 or above, but was observed in 23 (71.9%). No peripheral joint involvement was present in six (54.5%) of the patients with ESR within normal limits, but this was observed in five (45.5%). Peripheral joint involvement was not present in 12 (30.8%) of the patients with high ESR, but was determined in 27 (69.2%). No correlation was determined between acute phase reactants and peripheral joint involvement (p=0.215 and p=0.172) (Table 4). Peripheral joint involvement was not present in seven (38.9%) of the HLA-B27-negative patients, but was determined in 11 (61.1%). No peripheral joint involvement was observed in 11 (34.4%) of the HLA-B27-positive patients, but was present in 21 (65.6%). No association was found between HLA-B27 positivity and peripheral joint involvement (p=0.990) . Chronic sacroiliitis was present in seven (38.9%) of the patients with CRP values lower than 0.5, while active inflammation against a background of chronic sacroiliitis was determined in 11 (61.1%). Chronic sacroiliitis was present in 10 (31.3%) of the patients with CRP values of 0.5 or above, while active inflammation against a background of chronic sacroiliitis was determined in 22 (68.8%). Chronic sacroiliitis was determined in five (45.5%) of the patients with ESR within normal limits, while active inflammation against a background of chronic sacroiliitis was determined in six (54.5%). Chronic sacroiliitis was found in 12 (30.8%) of the patients with high ESR, while active inflammation against a background of chronic sacroiliitis was observed in 27 (69.2%). No correlation was determined between acute phase reactants and active inflammation findings at MRI (p=0.813 and p=0.475) (Table 4). Chronic sacroiliitis was determined in nine (50%) of the HLA-B27-negative patients, while active inflammation against a background of chronic sacroiliitis was determined in nine (50%). Chronic sacroiliitis was present in eight (25%) of the HLA-B27-positive patients, while active inflammation against a background of chronic sacroiliitis was determined in 24 (75%). No association was determined between HLA-B27 positivity and active inflammation findings at MRI (p=0.073) . No peripheral joint involvement was determined in six (35.3%) of the patients with chronic sacroiliitis, but such involvement was present in 11 (64.7%). Peripheral joint involvement was not observed in 12 (36.4%) patients with active inflammation against a background of chronic sacroiliitis, but was detected in 12 (63.6%). No correlation was determined between active inflammation findings in sacroiliitis at MRI and peripheral joint involvement (p=1.000).

Discussion

There is no gold standard method for evaluating disease activity in AS. However, several systems have been developed evaluating disease activity with symptoms and findings. Patients with AS are accordingly assessed on the basis of clinical, laboratory (ESR and CRP) and radiological findings. Although ESR and CRP are laboratory parameters employed in the diagnosis and follow-up of AS, some publications have reported that CRP or ESR increase in only 30-40% of patients. For various reasons, such as uncertainty over which of the two tests is superior, and their low sensitivity, they may also not be employed in follow-up (7). Sheehan et al. determined positive correlation between ESR and CRP, but none between disease activity and acute phase reactants (ESR and CRP) (8). This is also consistent with the

present study. Since laboratory values do not always reflect disease activity in AS, scales completed by the patient have begun being used to assess disease activity in clinical studies involving patients with AS (9). However, some publications have recommended using acute phase reactants in the follow-up of the disease. For example, Amor et al. also described ESR as an important marker (10). In addition, studies have reported an association between CRP and both functional and radiological poor outcomes, and that ESR is only correlated with functional outcome (11). Bostan EE et al. reported that disease activity was more correlated with CRP than other laboratory parameters using clinical scales (12). Yıldırım K. et al. found that CRP was a more valuable markersthan ESR, haptoglobulin, and beta 2-microglobulin in terms of reflecting disease activity in patients with AS, and was positively correlated with the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (13).

ESR or CRP elevation does not correlate exactly with clinical disease activity in patients with AS. (14). Özgöçmen et al. reported that ESR and CRP were correlated with peripheral joint involvement, but not with disease activation (15). In addition to studies reporting an association between peripheral joint involvement and CRP and ESR elevation in patients with AS, there are also studies describing higher ESR in patients with AS with peripheral joint involvement (16, 17). Radiographic changes are diagnostic in character in AS. These show only damage that has occurred (9). It may not be possible to observe evidence of inflammation at direct x-ray, particularly in the early stages of sacroiliitis. MRI should be performed without delay in the evaluation of sacroiliitis in patients with dominant clinical findings, even in the presence of suspicious or normal sacroiliac joint finding at direct x-ray. MRI has been proved to be more sensitive for the early detection of the disease (18). MRI shows inflammation before the development of radiological changes. It has also shown to be cost-effective in early diagnosis (14). However, it is not recommended in follow-up since it is costly and does not measure disease activity (9). Few clinicians rely on radiography alone, since it is not regarded as sensitive in the follow-up of AS. However, it is still a potential alternative in long-term patient evaluation (19). Burnaz et al. determined that laboratory (ESR and CRP) and radiological findings in patients with AS correlated positively with disease activity and functional indices. Those authors suggested that all these parameters should be evaluated together in follow-up and treatment (20). Some studies have reported that high ESR and CRP are not frequently encountered in AS, and that they are also not well correlated with clinical activity and radiological progression (14). Jiwan Hwang et al. reported that high ESR and CRP levels in patients with AS were not correlated with radiographic progression in the sacroiliac joints (21). However, one five-year prospective study showed that obesity, smoking, and CRP elevation were associated with radiological progression (22). Dougados M et al. suggested that increased CRP values in AS patients with axial involvement were associated with clinical severity (23). A number of prognostic studies have shown an association between poor functional and radiological outcomes and CRP. According to these studies, CRP elevation is a significant independent markers associated with radiological damage or poor prognosis (11). Maria Konsta et al. investigated radiological progression in the follow-up of patients with high CRP and/or ESR values before starting medication. Those authors reported no radiological progression in patients with high initial CRP and/or ESR values or with high mean CRP and/or ESR

values (24). Bredella MA et al. reported positive correlation between CRP and active inflammation findings at MRI, while no correlation was observed between ESR and such findings at MRI (25). Jee et al. reported that while positive correlation existed between ESR and active inflammation findings, no correlation was determined between CRP and active inflammation findings (26). Genetic factors are known to play an important role in susceptibility to AS. There is a powerful association between HLA-B27 amd AS. HLA-B27 can support diagnosis, and can also be a prognostic disease marker (11). Although, in agreement with the present research, some studies have reported no significant association between HLA-B27 positivity and peripheral joint involvement and inflammation findings at MRI, other studies have suggested the exact opposite (27,28,29). Tae-Jong Kim et al. reported significant correlation between HLA-B27 positivity and hip involvement and suggested that the HLA-B27 antigen plays an important role in the pathogenesis of AS (30). HLA-B27 positivity has been linked to active inflammation at MRI, particularly in spondyloarthropathies (SpA). Marzo Ortega et al. reported that HLA-B27 was particularly associated with low back pain in SpA, and was also associated with inflammatory changes in the sacroiliac joint (31). In the Outcome in Ankylosing Spondylitis International Study (OASIS), patients with SpA were followed-up prospectively for 12 years, at the end of which time radiological progression was reported to be more pronounced in those with HLA-B27 positivity and in males (32). M. Dougados et al. reported that radiographic progression in the sacroiliac joints was more marked among smokers and individuals with HLA-B27 positivity (33). Some studies in the literature have suggested that symptoms in HLA-B27-positive AS patients are more severe than in HLA-B27-negative patients, and have shown this through increases in acute phase reactants (ESR and CRP) in particular (34). HLA-B27 positivity was significantly associated with increased CRP and ESR in the present study. We think that, since symptoms are more pronounced in patients with HLA-B27 positivity and because of the more progressive nature of the disease, there is a significant association between HLA-B27 positivity and increased CRP and ESH (29).

Conclusion

We think that the disease may be more frequently activated in HLA-B27-positive patients with AS. Therefore we conclude that HLA-B27 positivity is effective in prognosis.

References

1- Elyan M, Khan MA. Diagnosing ankylosing spondylitis. J Rheumatol Suppl 2006; 78:12-23

2- Geissner E Psychological factors on pain control and their effects on pain evoking subjective stres. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother 1991; 39:46-62

3- Doran MF, Brophy S, MacKay K, Taylor G, Calin A. Predictors of longterm outcome in ankylosing spondylitis. J Rheumatol 2003; 30:316-20

4- Roussou E, Kennedy LG, Garrett S, Calin A. Socioeconomic status in ankylosing spondylitis: relationship between occupation and disease activity. J Rheumatol 1997; 24:908-11

5- Ruof J, Stucki G. Comparison of the Dougados Functional Index and the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. A literature Rewiev. J Rheumatol 1999; 26:955-60

6- Braun j, Sieper J. Ankylosing Spondylitis, Lancet 2007; 369: 1379-90

7- Dernis E, Lavie F, Pavy S, Wendling D, Flipo RM, Saraux A, et al. Clinical and laboratory follow-up for treating and monitoring patients with ankylosing spondylitis: development of recommendations for clinical practice based on published evidence and expert opinion. Joint Bone Spine. 2007; 74(4):330-7

8- Sheehan NJ, Slavin BM, Donovan MP, Mount JN, Mathews JA. Lack of correlation between clinical disease activity and erythrocyte sedimentation rate, acute phase proteins or protease inhibitors in ankylosing spondylitis. Br J Rheumatol. 1986; 25(2):171-4

9- Yanik B, Gursel YK, Kutlay S, Ay S, Elhan AH. Adaptation of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index to the Turkish population, its reliability and validity: functional assessment in AS. Clin Rheumatol 2005; 24:41-7

10- Amor B, Silva-Santos R, Nahal R, Listrat V, Doudados M. Predictive factors of the long term outcome of spondylarthropathies. Journal of Rheumatology 1994; 21:1883-1887

11- Cansu DU, Calışır C, Yavaş US, Kaşifoğlu T, Korkmaz C. Predictors of radiographic severity and functional disability in Turkish patients with ankylosing spondylitis. Clin Rheumatol. 2011;30(4):557-62

12- Bostan EE, Borman P, Bodur H, Barça N (2003) Functional disability and quality of life in patients with ankylosing spondylitis. Rheumatol Int 2003; 23:121–126

13- Yildirim K, Erdal A, Karatay S. Relationship between some acute phase reactans and the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index in patients with ankylosing spondylitis. South Med 1.2004; 97(4):350-3

14-Spoorenberg,A, van der Heijde D, de Klerk E, Dougados M, deVlam K, Mielants H, van der Tempel H, ve van der Linden S. Relative value of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein in assessment of disease activity in ankylosing spondylitis. JRheumatol, 1999; 26(4): p. 980-4

15- Ozgöçmen S, Godekmerdan A, Ozkurt-Zengin F. Acute phase response, clinical measures and disease activity in ankylosing spondylitis. Joint Bone Spine 2007; 74:249-53

16- Kennedy LG, Edmunds L, Calin A. The Natural History of ankylosing spondylitis. Does it burn out? J Rheumatol 1993; 20:688-92

17- Aggarwal R, Malaviya AN. Clinical characteristics of patients with ankylosing spondylitis in India Clin Rheumatol 2009; 28:1199–205

18- Rudwaleit M, Jurik AG, Hermann KG, Landewe R, van der Heijde D, Baraliakos X, H Marzo-Ortega H, M Ostergaard M, J Braun J, J Sieper J. Defining active sacroiliitis on magnetic resonance imaging (MRI) for classification of axial spondyloarthritis: a consensual approach by the ASAS/OMERACT MRI group. Annals of the Rheumatic Diseases 2009; 68(10):1520–7

19- Karan A, Özcan E, Aydın R, Berker E. Ankilozan Spondilitli hastaları değerlendirmede kullanılan skalaların karşılaştırması. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 1999; 1:18-22

20- Burnaz Ö, Aytekin E, Çağlar N, Tütün Ş, Örnek GT, Kavadar G. Ankilozan Spondilitli Hastaların Laboratuvar ve Radyolojik Bulguları ile Hastalık Aktivite ve Fonksiyonel Durumları Arasındaki İlişki. Istanbul Tıp Dergisi 2008;1 ;64-66

21- Kim H, Lee J , Ahn JK , Hwang J, Park EJ, Jeong H, Cha HS, Koh EM. Predictive Factors Radiographic Progression İn Ankylosing Spondylitis. The Korean Journal of Internal Medicine 2015; 30(3):391-397

22- Deminger A, Klingberg E, Geijer M, Göthlin J, Hedberg M, Rehnberg E, Carlsten H, Jacobsson LT, Forsblad-d'Elia H. A five-year prospective study of spinal radiographic progression and its predictors in men and women with ankylosing spondylitis. Arthritis Res Ther 2018; 3;20(1):162.

23- Dougados M, Gueguen A, Nakache JP, Velicitat P, Zeidler H, Veys E, Calin A. Clinical relevance of C-reactive protein in axial involvement of ankylosing spondylitis. JRheumatol 1999; 26: 971-974

24- Konsta M, Sakellariou GT, Rusman T, Sfikakis PP, Iliopoulos A, van der Horst-Bruinsma İE. Long-term effect of TNF inhibitors on radiographic progression in ankylosing spondylitis is associated with time-averaged CRP levels. Joint Bone Spine. 2021; 88(3):105111

25- Bredella MA, Steinbach LS, Morgan S, Ward M, Davis JC. MRI of the sacroiliac joints in patients with moderate to severe ankylosing spondylitis. AJR Am J Roentgenol. 2006; 187(6):1420-6

26- Jee WH, McCauley TR, Lee SH, Kim SH, Im SA, Ha KY. Sacroiliitis in patients with ankylosing spondylitis: association of MR findings with disease activity. Magn Reson Imaging 2004; 22:245–250

27- Lee JH, Jun JB, Jung S, Bae SC, Yoo DH, Kim TY, Kim SY, Kim TH. Higher Prevalence of Peripheral Arthritis Among Ankylosing Spondylitis Patients. J Korean Med Sci. 2002; 17(5): 669–673.

28- Chung HY, Machado P, van der Heijde D, D'Agostino MA, Dougados M. HLA-B27 positive patients differ from HLA-B27 negative patients in clinical presentation and imaging: results from the DESIR cohort of patients with recent onset axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2011; 70(11):1930-6

29- Kumar S, Haque SS, Sinha MK, Rawi Agrawal, Anju singh and Uday Kumar. Clinical Correlation between HLA-B27 and Inflammatory Marker in Case of Ankylosing Spondylitis (AS). MOJ Immunol 2016, 4(2): 00122

30- Kim TJ, Kim TH. Clinical spectrum of ankylosing spondylitis in Korea. Joint Bone Spine. 2010; 77(3):235-40

31- Marzo-Ortega H, McGonagle D, O'Connor P, Hensor EM, Bennett AN, Green MJ, Emery P. Baseline and 1-year magnetic resonance imaging of the sacroiliac joint and lumbar spine in very early inflammatory back pain. Relationship between symptoms, HLA- B27 and disease extent and persistence. Ann Rheum Dis. 2009; 68(11):1721-7

32-Ramiro S, Stolwijk C, van Tubergen A, van der Heijde D, Dougados M, van den Bosch F, Landewé R. Evolution of radiographic damage in ankylosing spondylitis: a 12 year prospective follow-up of the OASIS study. Ann Rheum Dis. 2015; 74(1):52-9.

33- Dougados M, Demattei C, van den Berg R, Hoang VV, Thevenin F, Reijnierse M , Loeuille D , Feydy A, Claudepierre P, van der Heijde D. Rate and predisposing factors for sacroiliac joint radiographic progression after a two-year follow-up period in recent-onset spondyloarthritis. Arthritis Rheumatol. 2016; 68(8):1904-13

34- Saraux A, de Saint-Pierre V, Baron D et al. The HLA B27 antigen-spondylarthropathy association. Impact on clinical expression. Rev Rhu Engl Ed 1995: 62: 487–91

A PRELIMINARY STUDY ON THE PSYCHOSOCIAL STATUS OF TURKISH CITIZENS LIVING IN EUROPE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

***Arif Kamil SALİHOĞLU**, Ahmet AYAR*
Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine, Department of Physiology
aksalihoglu61@gmail.com

Introduction And Aim

The New Coronavirus Disease (COVID-19), which was first reported in Wuhan, People's Republic of China, in December 2019 and started with unknown pneumonia cases, was declared as a pandemic by the World Health Organization in February 2020[1]. Immigrants who had to live in another country and aparted from their families should be considered as a priority in combating pandemics[2,3]. Psychosocial changes during the pandemic, especially deterioration in sleep quality and high anxiety levels, negatively affect the communication of individuals each other[4]. According to the censuses, Europe is the continent where Turkish citizens migrate the most[5]. The aim of this study is to investigate the psychological well-being and changes (by measuring sleep quality and anxiety level) in the mental-health state of Turkish citizens living in Europe.

Methods

Turkish citizens between the ages of 18-70, who living in Europe (n=202; 37 in Germany, 36 in Italy, 35 in United Kingdom, 32 in Spain, 31 in France and 31 people in Benelux countries), recruited in this cross-sectional study. Demographic questionnaire (age, gender, marital status, country which they lived in, occupational status), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (for sleep quality)[6,7], and Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)[8,9], State and Trait-Anxiety Inventories (STAI-S and STAI-T) (for anxiety levels)[10,11] were performed, in the first vawe period of the pandemic (April-May 2020). These scales were applied to the participants online (via a non-commercial website). Descriptive statistics (mean ± standard error of the mean), Wilcoxon and Kruskal-Wallis tests were applied (in the approriate function) by SPSS v.21 software as statistical methods.

Results

Considering without country discrimination; mean PSQI score of Turkish immigrants in Europe was 6.48 ± 0.16 (>5: poor sleep quality), mean STAI-S score was 44.75 ± 0.51 (state anxiety level score, N: 36-41), mean STAI- T score was 42.39 ± 0.48 (trait anxiety level score, N: 36-41) and mean GAD-7 score was 6.87 ± 0.34 (anxiety level during last two weeks, 5-9: mild anxiety, 10- 14: moderate anxiety, 15-21: severe anxiety). When the state and trait anxiety scores (STAI-S and STAI-T) of a total of 202 participants were compared, the state anxiety scores were higher (p=0.003, Wilcoxon test).

In terms of occupational status, mean PSQI values among home-office working people (n=93) was 5.80 ± 1.40, among in-office working people (n=109) was 6.55 ± 0.51; mean STAI-S values among home-office working people was 44.64 ± 0.70, among in-office working people was 45.90 ± 2.75; mean STAI-T values among home-office working people was 41.96 ± 0.74, among in-office working people was 43.60 ± 1.48, mean GAD-7 values among home-office working people was 5.80 ± 1.40, among in-office working people was 6.55 ± 0.51. People who had to work outside the home had lower sleep quality and higher anxiety levels (p<0.05, Wilcoxon tests, for each inventory).

There were so significant relationship by terms of marital status [for single people (n=65), mean PSQI score: 6.69 ± 0.22, mean STAI-S score: 44.60 ± 0.96, mean STAI-T score: 42.46 ± 0.77, mean GAD-7 score: 6.26 ± 0.61; for married people (n=137), mean PSQI score: 6.38 ± 0.22, mean STAI-S score: 44.83 ± 0.60, mean STAI-T score: 42.36 ± 0.61, mean GAD-7 score: 7.15 ± 0.40] in each inventory (p>0.05, Kruskal-Wallis tests); however these data indicated that slightly decreased sleep quality and mildly affected anxiety levels in each group.

There were so significant relationship by terms of gender [for women (n=115), mean PSQI score: 6.70 ± 0.18, mean STAI-S score: 45.22 ± 0.68, mean STAI-T score: 42.79 ± 0.54, mean GAD-7 score: 6.70 ± 0.44; for men (n=87), mean PSQI score: 6.18 ± 0.29, mean STAI-S score: 44.15 ± 0.76, mean STAI-T score: 41.86 ± 0.85, mean GAD-7 score: 7.08 ± 0.52] in each inventory (p>0.05, Kruskal-Wallis tests); however these data indicated that slightly decreased sleep quality and mildly affected anxiety levels in each group.

In countries where Turkish citizens live as immigrants, the country with the highest mean PSQI score was France (France: 7.23 ± 0.49, Spain: 7.13 ± 0.51, Italy: 6.47 ± 0.36, Germany: 6.27 ± 0.35, Benelux countries: 6.19 ± 0.34, UK: 5.71 ± 0.31), the country with the highest mean STAI-S score is UK (UK: 47.23 ± 1.25, Spain: 45.56 ± 1.40, Italy: 44.78 ± 1.53, Benelux countries: 44.71 ± 0.95, Germany: 43.97 ± 0.94, France: 42.10 ± 1.67), the country with the highest mean STAI-T score was Italy (Italy: 43.50 ± 1.08, Germany: 43.16 ± 0.81, France: 42.74 ± 1.40, Benelux countries: 42.26 ± 1.19, Spain: 41.44 ± 1.40, UK: 41.11 ± 1.22), the country with the highest GAD-7 score was France (France: 8.32 ± 0.77, Spain: 8.31 ± 0.89, Italy: 6.64 ± 0.86, UK: 6.51 ± 0.77, Germany: 6.08 ± 0.76, Benelux countries: 5.52 ± 0.81); however there was no significant difference between countries for each inventory (p values: 0.26 (PSQI), 0.10 (STAI-S), 0.28 (STAI-T), 0.07 (GAD-7), respectively; Kruskal-Wallis tests).

Conclusion

The results of the present study indicate that, both the global COVID-19 pandemic and associated events such as the lockdown strategies might have an adverse impact on the psychological well-being and mental-health state (by causing a decrease in sleep quality and an increase in the level of anxiety) of Turkish citizens living in Europe. This investigation may predict that Turkish people living abroad may adversely affect communication among themselves, both in daily life requirements and also health services during the pandemic. Hereby, this study may lead to meaningful contributions to the management of this difficult process as a public health issue, by reflecting the current state.

References

1. Adhanom Ghebreyesus T. *Addressing mental health needs: an integral part of COVID -19 response.* World Psychiatry. 2020;19(2):129-130. doi:10.1002/wps.20768

2. Clark E, Fredricks K, Woc-Colburn L, Bottazzi ME, Weatherhead J. *Disproportionate impact of the COVID-19 pandemic on immigrant communities in the United States.* Brookes VJ, ed. PLoS Negl Trop Dis. 2020;14(7):e0008484. doi:10.1371/journal.pntd.0008484

3. Wilson FA, Stimpson JP. *US Policies Increase Vulnerability of Immigrant Communities to the COVID-19 Pandemic.* Ann Glob Heal. 2020;86(1). doi:10.5334/aogh.2897

4. Akkaya-Kalayci T, Kothgassner OD, Wenzel T, et al. *The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Psychological Well-Being of Young People Living in Austria and Turkey: A Multicenter Study.* Int J Environ Res Public Health. 2020;17(23):9111. doi:10.3390/ijerph17239111

5. De Bel-Air F. *Migration Profile: Turkey.* Migr Policy Cent (European Univ Institute). 2017;2016(9):1-21. doi:10.2870/805939

6. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. *The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research.* Psychiatry Res. 1989;28(2):193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4

7. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. *Pittsburgh Uyku Kalitesi* İndeksi'nin *Geçerliği ve Güvenirliği.* Türk Psikiyatr Derg. 1996;7:107-111.

8. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. *A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder.* Arch Intern Med. 2006;166(10):1092. doi:10.1001/archinte.166.10.1092

9. Konkan R, Şenormancı Ö, Güçlü O, Aydın E, Sungur MZ. *Validity and reliability study for the Turkish adaptation of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale.* Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50(1):53-58. doi:10.4274/npa.y6308

10. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RN. *State-Trait Anxiety Inventory.* Consulting Psychologists Press; 1970.

11. Öner N, LeCompte WA. *Süreksiz Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı.* Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1983.

A RARE LOCATION FOR ANEURYSMAL BONE CYST: CLAVICLE

Halil Sezgin SEMİS[1], *Fener ÇELEBİ*[2]
[1]*Erzurum Buhara Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği*
[2]*İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi*
hsezginsemis@gmail.com

Aneurysmal bone cyst is a benign aggressive bone tumor located in the metaphysodiaphyseal long bones. It constitutes 1-2% of all primary bone tumors and is usually seen in the first 2 decades of life. Its treatment is curettage, local adjuvant therapy. If necessary, a graft is used to fill the gap.

A 25-year-old female patient was admitted to our clinic with complaints of shoulder pain for 3 months. A lytic lesion on the left clavicle lateral in the radiograph of the patient was observed on the MRI of the patient, with a smooth lobulated contour measuring approximately 19x28 mm at the lateral end of the clavicle adjacent to the acromioclavicular joint, heterogeneous hyperintense in the expansile T2AG series, heterogeneous hypointense in the T1AG series with thin septations, and a dense cystic lesion with dense content containing thin septations.

Curettage adjuvant treatment and fixation with K-wire were applied to the patient whose Tru-cut biopsy revealed an aneurysmal bone cyst.

Aneurysmal bone cyst is a benign aggressive bone tumor and clavicle localization is extremely rare in the literature. Although rare, aneurysmal bone cyst should be kept in mind in a patient who presents with a lytic lesion in the clavicle.

ACİL SERVİS VE YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİNİN VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİNİN ÖNLENMESİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

*Leman ACUN DELEN[1], **Serdar DERYA[2]**, Burcu KAYHAN TETİK[3]*
[1]Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi
[2]Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp
[3]İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
dr.serdarderya@gmail.com

Bu çalışmada acil servis (AS) ve yoğun bakım ünitelerinde (YBU) çalışan hemşirelerinin ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesinde kanıta dayalı uygulamalar (VİP-KDU) hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı nitelikte tasarlanan iki merkezli bu araştırma, Malatya il merkezinde yer alan iki kamu hastanesinin acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireleri ile gerçekleştirilmiştir. Power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü; %5 yanılgı düzeyi, %90 güven aralığı ve %80 evreni temsil etme gücü ile en az 187 hemşire olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya en az bir yıldır acil servis ya da yoğun bakım ünitesinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm hemşireler dahil edilmiş ve araştırma 199 hemşire ile tamamlanmıştır. Veriler "Kişisel Tanıtım Formu" ve "Ventilatör İlişkili Pnömoninin Önlenmesinde Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgileri Formu" aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max) yanı sıra bağımsız gruplarda t testi, One-Way ANOVA testi ve pearson corelasyon analizi kullanılmıştır.

Yaş ortalaması 35.92±6.54 olan hemşirelerin %58.8'i kadın ve %56.7'si lisans mezunudur. Hemşirelerin VİP toplam puan ortalamaları 4.76±1.57'dir. Hemşirelerin yaşları, çalışma yılları ve acil servis/yoğun bakımda çalışma yılları ile VİP toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır($p<0.05$).Yoğun bakım/ventilatör ile ilgili kurs alan hemşirelerin VİP toplam puan ortalamasının 5.09±1.32, kurs almayan hemşirelerin VİP toplam puan ortalamasının 4.47±1.72 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür($p<0.05$). Hemşirelerin VİP'in önlenmesinde KDU'lara ilişkin bilgi formuna vermiş oldukları doğru yanıt oranları sırası ile; endotrakeal entübasyon tipi %45.2, ventilatör devreleri değiştirme sıklığı %50.8, airway nemlendirici tipi %35.2, nemlendirici değiştirme sıklığı %61.8, açık ya da kapalı aspirasyon sistemi kullanma durumu %57.3, aspirasyon sistemlerini değiştirme sıklığı %30.2, subglottik sekresyonların drenaj şekli %55.3, kinetik yatak kullanma durumu %60.3, hasta pozisyon şekli %80.4'dür.

Hemşirelerin VİP'in önlenmesinde KDU'hakkındaki bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca yoğun bakım/ventilatör ile ilgili kurs alma durumu ile yaş, çalışma yılı ve acil servis/yoğun bakımda çalışma yıllarındaki artışın VİP'in önlenmesinde KDU'hakkındaki bilgi düzeyini artıran değişkenler olduğu sonucuna varılmıştır.

ACİL SERVİSE BAŞVURAN GÖZ TRAVMALI HASTALARDA PREOPERATİF HASTA-HEKİM İLETİŞİMİNİN POSTOPERATİF ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgür EROĞUL
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Oftalmoloji
ozgurerogul0342@gmail.com

Görme azalması veya total görme kaybı gelişebilecek göz yaralanmalı acil hastalarda operasyon öncesi sağlıklı hasta-hekim iletişiminin operasyon sonrası hasta anksiyete düzeyine olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2020-2021 yılları arasında AFSÜ Tıp Fakültesi Hastanesi acil bölümüne başvuran göz yaralanması olan ve yapılan göz konsültasyon muayenesinde göz içi cerrahi gerektiren 11 erkek, 7 kadın toplam 18 hasta değerlendirildi. 13 hastaya korneaskleral perforasyon reperasyon cerrahısı, 5 hastaya ise evisserasyon operasyonu uygulandı. Hastaların 9 tanesi trafık kazası, 4 tanesi darp, 5 tanesi ateşli silah yaralanması sonucu göz yaralanması olduğu saptandı. 18 hastanın 10 tanesi; kendısıne ve prımer yakınlarına operasyon ve vizuel prognozla ılgılı ve yapılacak ameliyatla ılgılı onam formu verılmekle beraber sağlıklı bir iletişim kurularak bırebır operasyonla ılgılı bilgilendirildi. 8 hasta ise stupor veya koma halınde ve bılınç kaybı olması nedeniyle kendisi ile sağlıklı iletişim kurulamaması nedeniyle primer yakınlarına bilgilendirme yapıldı ve ameliyat onam formu içeriği anlatılarak ımzalatıldı. Postoperatif 1.hafta kontrollerinde hastalara Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) yapıldı. Hastanın kendisi ile sağlıklı iletişim kurulanlar Grup1 olarak,hastanın kendisi ile iletişim kurulamayıp primer yakınlarına bilgi verilenler Grup 2 olarak sınıflandırıldı.

Grup 2'de 1 hastanın HADS-A skoru 0-7, diğer 7 hastanın HADS-A skoru 8-21 idi. Grup 1'de ise 10 hastanın da 0-7 arasında HADS-A puanları vardı. (Tablo1)

Grup 1'de 9 hastada HADS-D 0-7 arasında, 1 hastada HADS-D 8-21 arasında, Grup 2'de tüm hastalarda HADS-D değeri 8-21 arasındaydı.(Tablo1)

Preoperatif saglıklı iletişim kurulabilinen hastalarda Anksiyete depresyon skala değerleri düşük çıkmış, sağlıklı iletişim kurulamayan hastalarda postoperatif 1.hafta kontrollerinde anksiyete ve depresyon değerleri yüksek çıktığı saptandı.

Tablo 1

HADS-A ve HADS-D oranlarının gruplara göre HADS puanlarının dağılımı

Group 1 Group 2 Total p

n % n % n %

HADS-A (Anxiety)

0 – 7 10 %100 1 %12.5 11 %61.1 0.001

8 – 21 0 % 0 7 %87.5 7 %38.9

HADS-D (Depression)

0 – 7 9 %90 0 %0 9 %50 0.001

8 – 21 1 %10 8 %100 9 %50

Total 10 %55.6 8 %44.4 18 %100

Preoperatif sağlıklı bir hasta hekim iletişiminin; operasyon sonrası hasta anksiyetesini azaltmada etkisi büyüktür. Bu nedenle hastaların yapılacak ameliyatı ve operasyon sonrası süreç hakkında sağlıklı bir bilgi edinmesi adına, operasyon öncesı sağlıklı bir hasta-hekim iletişimi gerekmekle birlikte, ameliyat onam formlarının daha kolay anlaşılması için sadeleştirilmesi önem arzetmektedir.

AFAZİDE TELETERAPİ: OLGU SUNUMU

*Mümüne Merve PARLAK[1], **Emrah KARACAOĞLU**[2]*
[1]Hacettepe Üniversitesi, Dil ve Konuşma Terapisi
[2]İstanbul Üniversitesi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi
emrahhkaracaoglu@gmail.com

Giriş-Amaç

37 yaşında, 1 yıl 3 ay önce kalp kapakçık reprasmanı sonrası serebrovasküler olay(SVO) geçiren vaka, dil ve konuşma terapisi için başvurmuştur. Bu çalışmada afazisi olduğu saptanan vakaya teleterapi ile dil ve konuşma terapisi vermek ve kısa süreli terapinin etkisini incelemek amaçlanmaktadır.

Gereç- Yöntem

Terapi öncesi ve sonrası vakanın dil ve konuşma değerlendirmesi spontan konuşma ve Afazi Dil Değerlendirme Testi (ADD) ile yapılmıştır. Vakanın bilişsel durumu ise Standardize Mini Mental Test (SMMT) ile değerlendirilmiştir. ZOOM uygulaması ile haftada bir saat, toplam 6 hafta online terapi verilmiştir. Terapi olarak hem bilişsel hem dil ve konuşma açısından desteklemek için, kognitif stimülasyon tekniği kullanılmıştır. Terapi materyalleri vakaya özgü olarak hazırlanmıştır. Terapi seansları sonrası haftalık ev programı verilmiştir. Ayrıca aile ve hastanın teleterapi uygulamasına yönelik görüşleri de alınmıştır.

Bulgular

SMMT testi terapi öncesi 4'iken, terapi sonrası 9'a çıkmıştır. ADD toplam puanı ise %12 artmıştır. ADD test sonucuna göre terapi sonrası vakanın, özellikle işitsel anlama olmak üzere; konuşma akıcılığı, tekrarlama ve isimlendirme becerilerinde iyileşmeler olmuştur. Hastaneye gelmeden terapi alabildiği; terapiden sonra isteklerini daha rahat belirtebildiği için terapi uygulamasından memnun kalmışlardır. Teleterapi sırasında internetin kesilmesi ve ZOOM uygulamasının süresinin 40 dakika olması nedeni ile tekrar bağlanma gerektirmesini teleterapinin olumsuz yanı olarak belirtmişlerdir.

Sonuç

SVO üzerinden 1 yıldan uzun süre geçmesine ve hiçbir terapi almamasına rağmen 6 haftalık süreçte bilişsel iletişim açısından ilerleme kat ettiği görülmüştür. Teleterapinin avantaj ve dezavantajları olması rağmen; afazili bireylerde teleterapi edinilmiş dil bozukluğu ve bilişsel etkilenimine yönelik uygulanabilir.

AIDS/HİV HASTALIĞI TÜRKİYE VE KIRGIZİSTAN SİNEMASINDA NASIL ANLATILIR?: ''İNCİR REÇELİ'' VE ''BİR SINAV OLARAK AŞK'' FİLMLERİ ÜZERİNDEN

Erkeaiym TEMIRBOLOTOVA
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema ve Televizyon Yüksek Lisans Programı
erkeaiymtem@gmail.com

1 Aralık Dünya AIDS günüdür. Son 35 yılda henüz tedavisi bulunamayan bu hastalık 37 milyon kişinin hayatını yitirmiştir. Bu hastalıkla mücadele etmenin en iyi yöntemi korunma önlemlerine önem vermektir. Korunma önlemleri ve hastalık hakkında doğru bilgi yayıltmanın en etkili yollarından biri tabii ki sinema aracılığıyla bilgi vermektir. Hastalık nasıl bulaşır, korunma için neler yapılmalı, bulaştıktan sonra neler yapılmalı v.b. bunun gibi bilgileri medyada reklamlar, araştırmalar, makalelerle birlikte filmlerde da bilgiler sunulmaktadır. Bu çalışmanın amacı, AİDS/HİV hastalığı Türkiye ve Kırgızistan sinemasında nasıl bilgilendirilmiştir, onu ele almaktadır. Türkiye sinemasında 2011 yılı çekilmiş olan ''İncir Reçeli'' filmi, Kırgızistan sinemasında ise 2006 yılı çekilmiş olan ''Bir Sınav olarak Aşk'' filmi araştırılmaktadır. Ama bu çalışma bir karşılaştırma araştırması değildir.

AİDS/HİV hastalığıyla ilgili tıbbi bilgilerle birlikte psikolojik bilgiler de önemlidir. Bir AİDS/HİV bulaştırmış olan insan hayatını nasıl devam edebilir? Bu sorunun cevabı olarak tıbbi de, psikolojik de ve sosyolojik de yanıtlar verilmelidir. Çünkü AİDS/HİV bulaştıran insan hastalığını yeni öğrendiğinde fizikselden daha çok psikolojik olarak zorluk çekmektedir. Hasta olduğunu kabul etmesi ve algılaması, depresyona girmemesi, umudunu kaybetmemesi hastalığından daha çok önemlidir. Bununla birlikte daha bir önemli olan bilgi, toplumun hasta insanı kabul etmesi, ayrımcılık yapmaması ve izole etmemesidir. AİDS/HİV hastasını bulaştıran insanı pis gibi kabul edirler. Çünkü hastalık sadece cinsel ve uyuşturucu iğnesinden değil gebe anneden karnındaki çocuğa da bulaşabileceğini bilmiyor ve her bir AİDS/HİV hastası insandır ve insan gibi hayatını devam etmesine hakkı var olduğunu unutuyorlar. Bu yönden AİDS/HİV hastalık kuralları insan haklarını da ele almaktadır. Bunlara ek olarak hastalıkla ilgili mutlaka uyulması gereken kurallar: hastanın bilgilerinin gizli saklanması ve hastanın başka insanlara bulaştırmaması için dikkatli olması gerektiği ve çocuk yapmasına, evlenmesine yasak olduğu v.b. bilgiler hasta ve toplum için de önemlidir. Bunları hissettirebilme ve duygusal yönden en iyi anlatabilmek herşeyden önce sinemaya kalmıştır. Araştırma boyunca her iki filmde de hastalıkla ve hastayla alakalı olan tüm bilgiler tıbbi, korunma ve psikolojik bilgleri içeriyor mu; bunlar incelenmektedir.

Çalışmanın önemli sonuçlarından birisi, filmlerde anlatılmış olan hastalıkla ve hastayla alakalı kısıtlar genel olarak AİDS/HİV'le bağlı olan bilgileri kapsıyor mu? Kapsıyorsa ne kadar ele alıyor? Tüm bilgileri içermiyorsa eksiklikleri ne kadar? v.b. gibi bilgiler.

AİLELERE VERİLEN BESLENME EĞİTİMİNİN OTİSTİK ÇOCUKLARDA DİYET KALİTESİ, GASTROİNTESTİNAL SİSTEM BULGULARINA VE KLİNİK BULGULARINA ETKİSİ

Pınar SÖKÜLMEZ KAYA[1], *Amel EL HACHMİ*[2], *Miraç Barış USTA*[3]
[1]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğr. Üyesi – Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü*
[2]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü*
[3]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri*
sokulmezpinar@gmail.com

Otizmli çocukların ebeveynlerine verilecek beslenme eğitiminin ve diyet kalitesinin hastalığın klinik semptomlarını iyileştirme üzerindeki etkilerini değerlendirmek.

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalıda Ocak 2012-Aralık 2012 tarihleri arasında kayıtlı 6-18 yaş arası Otistik çocuklar ve ebeveynleri üzerinde yürütülmüştür. Otizmli çocukların ebeveynleri iki gruba ayrılarak, birinci gruptaki (çalışma grubu) 29 ebeveyn için beslenme eğitimi verildi 29 ebeveyn ikinci grup (kontrol grubu) olarak alınmıştır. Araştırma grubundaki ebeveynlere verilen beslenme eğitimi programı öncesi ve sonrası gastrointestinal semptomlar, diyet kalitesi ve klinik semptomlar değerlendirildi ve sonuçlar karşılaştırıldı.

Bu çalışma toplam 30 hasta (5 kız, 25 erkek) üzerinde yürütülmüştür.Şiddetli vakaların semptomlarında bir iyileşme fark bulunmuştur. Araştırma grubunda, şiddetli semptomların yüzdesi, beslenme eğitimi programı öncesi ve sonrasında sırasıyla (%13.3)'den (%6.7)'ye düşmüştür. Kontrol grubunda ise şiddetli semptom yüzdesi (%20) idi. Fakat bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05). Çocukların KIDMED puanına gören kontrol ve çalışma grubunda (beslenme eğitim önce ve sonradan) sırasıyla %13.30,%33.30 ve %26.70 'inin düşük (0-3 puan), %66.70 ve %40'ünün orta (4-7 puan) ve %20.00,%26.70 ve %33.30 'sının ise iyi (8-12 puan) diyet kalitesine sahip oldukları görülmektedir. Gruplar arası diyet kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0,05). Otizmli çocukların problem davranışlarının Problem Behavior Control (SDKL) skalası kullanılarak değerlendirilmesinde ise beslenme eğitimi alan anne-babaların çalışma grubunda SDKL puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.SDKL-İrritabilite alt ölçek puanında gruplar aralarında karşılaştırıldığında kontrol grup (Programdan önce) ile kontrol grup (Programdan sonra) arasındaki anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0.012).

OSB"li çocuklarda ailelere verilen beslenme eğitimi ile olumlu gelişme sağlandığı gözlenmiştir. OSB"li çocukların ailelerinin beslenme farkındalığının arttırılması için bu kategorideki çocukların ailelerine bu çocukların bakımını üstlenen çeşitli merkezlerde beslenme eğitimi programları düzenlenmelidir.

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİNDE KOMORBİDİTE VE SOSYOEKONOMİK DÜZEY DEĞERLENDİRMESİ

Filiz DEMİRDAĞ[1], *Huri ÖZDOĞAN*[2]
[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri*
[2]*İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji*
filizakcay@gmail.com

Amaç

Ailevi akdeniz ateşi (AAA) tekrarlayan ateş ve serozit atakları ile seyreden, otozomal resesif geçiş gösteren otoinflamatuar bir hastalıktır. Kronik inflamatuar hastalıklarda sosyoekonomik düzeyin etkilendiği bilinmektedir. AAA ataklarla seyreden bir hastalıktır; çoğu hastanın ataklar dışındaki dönemlerde de eklem ve kas ağrıları olabilmektedir. Bu nedenle, AAA'lı hastaların sosyal yaşamlarının ve ekonomik düzeylerinin hastalık nedeniyle etkilenmesi beklenebilir. Ayrıca, hastaların sağlıklı 1. derece yakınlarında da inflamasyon düzeyinin normalden daha yüksek olduğu bildirilmiştir. AAA, sürekli inflamasyonla seyreden bir hastalık olduğu için kronik inflamatuar diğer hastalıklarda olduğu gibi ateroskleroza bağlı kardiyovasküler hastalıkların (KVH) da artmış olması beklenir.AAA hastalarında, 1.derece yakınlarında ve kontrol gruplarında ko-morbid hastalıkların sıklığını ve sosyoekonomik düzeylerini araştırdık

Metod

Çalışmaya 142 ailevi akdeniz ateşli hasta, 142 Behçet sendromlu (BS) ve 77 sistemik lupus eritematozuslu (SLE) hasta ile 96 bu hastalıkları taşımayan gönüllü katıldı. Hastalara sosyoekonomik ve eğitim düzeyleri ile birlikte hem kendilerinde hem de 1. derece akrabalarında çeşitli ko-morbid hastalıkları sorgulayan bir anket formu uygulandı.

Bulguları

Aylık penadur kullanımı, sık diyare, ankilozan spondilit en sık AAA'lı hastalarda gözlendi. İskemik kalp hastalığı, kalp kapak hastalıkları, inme, hiperlipidemi, diabet, kronik bronşit, tekrarlayan üst solunum yolları infeksiyonları, peptik ülser, allerjik deri hastalıkları, sağırlık, hepatit, tüberküloz ve kanser oranları açısından hasta ve kontroler arasında fark saptanmadı (Tablo-1). Ailede sık antibiyotik kullanımı en fazla AAA hastalarında gözlendi. Ailede ölüm oranı diğer gruplara göre AAA'lı hastalarda daha düşüktü ($p<0,001$). Ailede kanser öyküsü ve kansere bağlı ölümler SLE'li hastalarda anlamlı olarak daha fazla idi ($p:0,022$, $p:0,04$). Hastaların sosyoekonomik ve eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde ise AAA hastaları daha fazla yüksek öğrenim görmüşlerdi ve diğerlerine göre iş statüleri daha iyi idi (Tablo-3).

Sonuç

Akut faz yanıtının normallere göre daha yüksek olduğu bilinen AAA'lı hasta ve yakınlarında, beklenenin aksine kardiyovasküler hastalık sıklığında bir artış saptamadık. AS, AAA'lı hastalarda artmış olmasına karşılık yakınlarında bir fark bulunmadı. AAA'ların ailelerinde ölüm oranlarının daha az olması AAA'nın bir takım hastalıklara karşı koruyucu olabileceğini akla getirmektedir. Ayrıca SLE hastalarının ailelerinde saptanan yüksek kanser ve kansere bağlı ölüm oranlarının da ayrıntılı olarak çalışılması gerekmektedir. AAA, hastaların eğitim ve çalışma yaşamlarını çok olumsuz etkilememektedir.

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN KİŞİLERİN ALDIKLARI SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLERİ ANLAMIŞ OLMA DURUMLARI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cansu ÖZBAŞ[1], *Ahmet Enes GÜVEN*[2], *Fatma Nur BARAN AKSAKAL*[1]
[1]*Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü*
cultav5@hotmail.com

Sağlık okur-yazarlığı, sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal becerileridir. Amerikan Tıp Birliği (AMA) ise bu kavramı; sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi şeklinde açıklamıştır. Bu beceriler, bireylerin reçete edilen ilaçları, randevu fişlerini ve diğer sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve anlama kabiliyetlerini de içermektedir.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak 8 Avrupa ülkesinde yapılan çalışma sonucunda ise, genel olarak sağlık okuryazarlığının düşük olduğu, ülkeler arasında farklılıklar olduğu, ülke içinde de bazı grupların bu bakımdan daha duyarlı olduğu ortaya çıkmıştır. Ülkeler toplam olarak değerlendirildiğinde çalışmaya katılanların %47'sinin yetersiz-sınırlı düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Amerika'da da yetişkin bireylerin %50'si temel sağlık okuryazarlığına sahip değildir. Türkiye'de ise Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından 2014 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonucunda toplumun %64,6'sının "yetersiz" veya "sorunlu" sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, yaklaşık 53 milyon Türkiye erişkin nüfusu göz önüne alındığında, yaklaşık 35 milyon kişinin "yetersiz" ve "sorunlu" sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından 2016 yılında yapılan başka bir çalışmada da Geçerlilik güvenilirliği yapılmış olan Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği kullanılmış ve yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi %74 olarak bulunmuştur. Mevcut durumlar karşılaştırıldığında Türkiye'de yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinin Avrupa ve Amerika'ya göre daha da düşük olduğu görülmektedir.

Sağlık okur-yazarlığı, sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetini alan hastalar arasındaki sorumlulukların paylaşılmasına ve her iki tarafın iletişim esnasında birbirini daha iyi anlamalarına olanak vermektedir. Bunun yanı sıra hekim ile hastanın yüz yüze birlikte geçirdikleri süre kısıtlıdır ve bu süre zarfında hastanın hekiminden aldığı bilgileri anlaması gerekmektedir. Ayrıca hastalar artık günümüzde pasif değil aktif tüketici rolü oynamakta ve tedavi ve bakım kararlarına katılmak istemek-

tedir. Tüm bu etmenler ise ancak bireylerin sağlık okur-yazarlığı seviyelerinin yüksek olması ile gerçekleşebilmekte ve sağlık okur-yazarlığının ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin, sağlık bakım sistemine ulaşmak için gerekli beceriler yönünden yetersizliğe, tıbbi durumlarına ilişkin bilgileri ve semptomları uygun şekilde ifade etmede, sağlık personelinin kullandığı kelimeleri, sağlık hizmet sunucuları tarafından verilen bilgileri anlamada, tedavilerine uyum sağlamada sorun yaşadıkları belirtilmektedir.7 Bu nedenle özellikle sağlık okuryazarlığı düzeyinin hâlihazırda düşük olduğu bilinen Türkiye'de, diğer çalışmalardan farklı olarak üçüncü basamak başvurularında sağlık okuryazarlığı düzeyinin ölçülmesi yanı sıra, onunla ilişkili diğer faktörlerin ölçülmesi, bireylerin sağlık hizmeti alımı sırasında yaşadıkları zorlukları göstermek açısından önem arz etmektedir. Ayrıca son yıllarda geçilen e-reçete sistemi ile hekimin hastaya gerekli ilaç bilgisini vermesi, tedaviye uyum ve ilaçların doğru kullanılması konusunda sorunlar yaşanabileceğini belirten yayınlar mevcuttur.8 E-reçetede doz, periyot gibi bilgilerin hastanın anlayacağı basitlikte yazılamaması ve kağıt çıktısında ilaçların kullanma talimatının bulunmaması eksik yönler olarak belirtilmektedir. Bu nedenle zaten hizmet alımının daha zor ve karmaşık olduğu üçüncü basamak sağlık kurumlarında, hem sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek hem de bu durumun etkilerini ortaya koymak gerekmektedir

Bu araştırmada Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin bazı polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü kişilerin, bu başvurularında, sağlık hizmetleri ile ilgili bilgileri anlamış olma durumları ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel tipte olan araştırmanın evrenini Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nin bazı polikliniklerine 1 haftalık süre içerisinde başvuran 18 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır. Veri kaynağı olarak "Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Bazı Polikliniklerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Bu Başvurularında Sağlık Hizmetleri İle İlgili Bilgileri Anlamış Olma Durumları ve Sağlık Okuryazarlığıyla İlgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi" anket formu kullanılmıştır. Anket 3 bölüm ve 67 sorudan oluşmaktadır. Anketin birinci bölümü 14 sorudan oluşmakta ve katılımcıların demografik özellikleriyle ilgili sorular içermektedir. Anketin ikinci bölümünde 32 sorudan oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği uygulanmıştır. Anketin üçüncü bölümünde katılımcıların muayene öncesinde kuruma başvurularıyla ilgili özellikler ve bu muayeneleri sonucunda aldıkları hizmetleri bilme/anlamış olma durumları ile ilgili 21 adet soru bulunmaktadır. Araştırmada kullanılan bağımlı değişkenler "sağlık okuryazarlığı düzeyi" ve "muayene sonrası aldıkları hizmetler ile ilgili bilgileri anlamış olma durumları" olarak belirlenmiştir.

İncelenen yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yapılan çalışmaya göre %26 olarak alınmıştır. (p=%26, q=%74).6 Standart Hata %5 ve %95 güven aralığında ulaşılması gereken kişi sayısı 861 olarak hesaplanmıştır. %50 cevapsızlık hızı düşünülerek ulaşılması istenen örneklem 1261 olarak alınmıştır. Toplamda 1453 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırma verisi SPSS 15,0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama(±)standart sapma, ortanca (min; maks), frekans dağılımı ve yüzde olarak

sunulmuştur. İstatistiksel yöntem olarak Pearson Ki-kare ve Yates Düzeltmeli Ki Kare testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri p<0.05 olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması) HLS-EU calışmasında olduğu şekilde 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için İndeks = (ortalama-1) x (50/3) formülü kullanılmıştır. Hesaplanan puanlamaya göre;0-25 puan arası yetersiz sağlık okuryazarlığı, >25-33 arası sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı, >33-42 arası yeterli sağlık okuryazarlığı, >42-50 arası mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır.

Araştırmaya 1453 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 37,85±15,04, ortancası 35 (min:18-maks:88)'tir. Katılımcıların %60,8'i kadın, %39,2'si erkektir. %60,2'sinin kronik hastalığı yokken, %39,8'inin vardır. Katılımcıların %82'si genel olarak sağlığını iyi-çok iyi-mükemmel olarak değerlendirmiştir. T-SOY-32 ölçeğine göre yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi %73,7, yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi %26,3 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin %61,8'i bu muayene için kuruma başvurusu sırasında yanında bir yakını olmadan gelmiştir. %72,5'i randevu almak ile ilgili bir sıkıntı yaşamadığını, %77,0'ı muayene olacağı yeri/odayı bulmak konusunda sıkıntı yaşamadığını ifade etmiştir.

Muayene sonrasında ise %75,7'si hastalığını/şikâyetlerinin nedenini anladığını, %56,6'sı yaptırması gereken ek bir tetkik olup olmadığını anladığını, %70'i kendilerine bir reçete yazılmış olduğunu ifade etmiştir. Reçete edilen ilaçlarla ilgili olarak kendilerine bilgi verildiğini söyleyenler %93,5 iken, araştırmaya katılanlardan ilaçların hangi hastalık/hastalıklar için verildiğini bilenlerin/anlayanlar %78, ilaçların ne kadar süreyle kullanılacağını bilenler/anlayanlar %71, ilaçların günde kaç kere alınacağını bilenlerin/anlayanlar %83,1, ilaçları hangi aralıklarla alması gerektiğini bilenlerin/anlayanlar %70,8, ilaçların yan etkilerini bilenlerin/anlayanlar %22, ilaçları doğru kullanabilmek için yardıma ihtiyaç duyanları %15,2, tedavi sonrası tekrar ne zaman muayene olması-kontrole gelmesi gerektiğini bilenlerin/anlayanlar %53,4 olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakıldığında yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, eğitim durumu, çalışma durumu, okuma yazma ile ilgili aktivitelerinde diğer kişilerden yardım alma durumu, kronik hastalığı olma durumu ve genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05).

Araştırmaya katılan bireylerin bu muayeneleri öncesinde sağlık kurumuna başvurularıyla ilgili özellikleri ve muayeneleri sonrasında kendilerine verilen bilgileri anlamış olma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakıldığında ise yanında bir yakını olma durumu, sağlık kuruluşuna başvururken randevu almak ile ilgili ve muayene olacağı yeri/odayı bulmak konusunda bir problem yaşamış olma durumu, reçeteye yazılan ilaçların adını anlama durumu, hangi hastalıklar için verildiğini, ne kadar süreyle kullanılacağını, günde kaç kere alınacağını, hangi aralıklarla alacağını, yan etkilerini anlayıp anlamadığı ve ilacı kullanmak için yardıma ihtiyaç duyup duymama ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur

Araştırmaya katılan bireylerin kendilerine reçete ile ilgili bilgi verilmiş olma durumuna göre reçete ile ilgili bilgileri anlamış olma durumları incelendiğinde, bilgi verilme durumuna göre kaç adet ilaç yazıldığını, ilaçların adını, hangi hastalıklar için verildiğini, ne kadar süreyle ve günde kaç kere kullanacağını, hangi aralıklarla alması gerektiği, yan etkilerini anlama ve tekrar kontrole gelmesi gerektiğini anlama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin bazı polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü kişilerin, bu başvurularında, sağlık hizmetleri ile ilgili bilgileri anlamış olma durumları ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Eğitim ve okuryazarlık düzeyi yüksek, sıklıkla genç-erişkin yaş grubundan oluşan bu çalışmada üçüncü basamak başvurularında yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi önceki çalışmalarla paralel şekilde %76 olarak bulunmuştur. Kişilerin muayene sırasında bilgilendirilmiş olma sıklıkları yüksek olarak (%93,5) bulunmakla birlikte bilgilendirilmediğini ifade eden hastalar da mevcuttur. Genel olarak reçeteleri ile ilgili bilgileri (ilacın neden verildiği, yazılan ilaç sayısı, ne kadar süre kullanılacağı, günde kaç kere alınacağı, hangi aralıklar la alınacağı, ilacı kullanmak için yardıma ihtiyaç duymayacağı) anlama sıklığı yüksek (>%70) olmakla birlikte, yan etkileri bilme sıklığı (%22), yaptırması gereken bir tetkik olup olmadığını bilme sıklığı (%56) ve tedavi sonrası kontrole gelmesi gerektiğini bilme sıklığı (%53), nispeten daha düşük bulunmuştur.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaş, eğitim durumu ve kronik hastalık gibi faktörlerden etkilendiği, ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyiyle katılımcıların muayene öncesi sağlık kurumuna başvurularıyla ilgili özellikleri ve muayene sonrası bilgilendirmeleri anlamış olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi için çalışmaların desteklenmesi, hastaların kendi sağlıkları konusunda bireysel sorumluluklarını artırıcı faaliyetlerin planlanması, eğitim düzeyi düşük ve yaşlı bireylerin, özellikle riskli grup ve sağlık okuryazarlığı düşük olabilecek gruplar olarak, tedavi ve bakım süreçlerinde dikkatle değerlendirilmesi, sağlık çalışanları tarafından hastaların ilaçların kullanımıyla ilgili bilgilerin yanı sıra, tetkikleriyle ilgili, ilaçların etkileriyle ilgili ve yan etkileri konusunda daha fazla bilgilendirilmeleri gerekliliği önerilmektedir. Bunun için de özellikle tıp eğitiminde sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişiminin üzerinde durulmalı, yeni yetişen ve ileride hizmet sunumunda görev alacak personelin iletişim becerilerinin güçlendirilmesi gerekmektedir.

Kaynakça

1. Dodson S, Good S, Osborne RH., Health literacy toolkit for lowand middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems, New Delhi, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2015, 12.
2. Council on Scientific Affairs for the American Medical Association (1999) Health literacy: report for the AMA council on scientific affairs. Journal of the American Medical Association, 281, 552–557.
3. Sorensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., et all., Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU), European journal of public health, 2015, 25(6), 1053-1058.
4. Kirsch I, Jungeblut A, Jenkins L, et al. Adult Literacy in America: A first look at the findings of the National Adult Literacy Survey, 3rd edition, Washington, D.C., National Center for Education, U.S. Department of Education, 2002. Vol. 201.
5. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B ve Akalın HE., Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Ankara, Sağlık-Sen Yayınları, 2014.
6. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara'da Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Ve Üzeri Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Ve Belirleyicilerinin Saptanması, Ankara, Şubat 2016.
7. Baker, David W., et al. "Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees." American journal of public health 92,8 (2002): 1278-1283.
8. Akıcı, Ahmet, and Refik Altun. "Elektronik (e) reçete uygulaması ve akılcı ilaç kullanımına katkısı." Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 17,3 (2013): 125-133.
9. Gider, O. Sağlık Hizmetlerinde E-reçete Uygulamasının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma, Bilgi Ekonomisi ve Yönetim Dergisi, 2015, Cilt X, Sayı:1.

COMMUNICATION DURING ASSISTANT REPRODUCTIVE TREATMENTS

***Elif Nur KOÇAK*[1]**, *Dilan CETİNAVCI*[2]
[1]*Istanbul University Faculty of Medicine*
[2]*Muğla Sıtkı Koçman University, Training and Research Hospital*
elif.kocak@istanbul.edu.tr

Introduction

Aim Infertility is not only a medical problem, but also a situation that needs to be taken into account in its social dimensions.Effective communication between health personnel with couples who receive infertility treatment becomes important. This paper aims to approach communication in infertility treatment processes through interpersonal communication and effective communication literature.

Background

Infertility is defined as the absence of pregnancy within 12 months despite regular unprotected sexual intercourse three or four times a week (1, 2). Infertility is 50% female-related, 30% male-related, and 15% unexplained. (3). Although infertility refers to a medical physical condition, this diagnosis also interacts with cultural and social meanings and situations. Moreover, these cultural and social meanings and situations affect couples much more than their medical problems. Because, having children is seen as a guarantee for the continuation of the lineage, the continuation of an established marriage, and for parents to be taken care of in their old age in Turkish society For this reason, while evaluating infertile couples, first focusing on the social meaning of having a child in the macro dimension, then focusing on the problems faced by couples in the micro dimension and communicating effectively about these problems play an important role in the continuation of the treatment of the couples (4).The general and most frequently used definition of communication is any exchange of information, feelings and thoughts between people (5). The patient-physician relationship is progressing in an understanding that the patient cooperates with the physician during his/her treatment process, shares the responsibilities during the treatment process and the physician is the guide, and it is one of the areas where communication is most needed. This trust-based relationship created in this way will enable couples to make the most appropriate decision for themselves and to adapt to the long treatment process. Infertility negatively affects the psychological well-being of couples. It is recommended that simultaneous psychosocial care and counseling practices should be added to medical care practices in order to reduce negative effects.(6,7).

Conclusion

Despite the scientific and technological developments that physicians and health personnel can use, communication is still seen as the cornerstone in the diagnosis and treatment of diseases. Because

the quality of interaction between patients and healthcare professionals affects their satisfaction with the communication established with them. The greatest support needed by IVF patients, who have undergone a long and difficult treatment process, is through a guiding and high-quality communication (8).

References

1. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion, Fertility and sterility 2015; 103 (6): 44- 50.
2. Karaca, A., Ünsal, G. Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility, Asian Nursing Research. 2015: 243-250. http: //dx.doi. org/10.1016/j.anr.2015.04.007.
3. National Collaborating Center for Ws, Children's H, National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance, Fertility: Assessment and Treatment for People with Fertility Problems, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists National Collaborating Center for Women's and Children's Health., London, 2013.
4. İrez T, Şen Esmer T, Özoğul C, Cıncık M, Karakoç Sökmensüer L, Avcı B, Mümüşoğlu S, Bozdağ G, Korkmaz C, Fındıklı N, Günalp G. Laboratory in Assisted Reproductive Techniques: Theoretical Topics and Practical Applications. Ankara Nobel Medicine Bookstores Ltd. Sti.; 2019. 319-324.
5. Işık M. Introduction to communication science. Education Publishing House; 2016 Jul 20.
6. Hi B, Luk K, Loke AY. The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: A systematic review. J Sex Marital Ther 2015, 41(6): 610-25.
7. Vaghar MI. An investigation into the effects of psychological consultation on the sense of satisfaction of the infertile women referring to the infertility centers of Tabriz. J Family Med Prim Care 2019, 8: 1170-5.
8. Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimlioğlu D., Demir, C. Physician-Patient Relationship and Communication from the Perspective of Patients; Example of a Teaching Hospital, Journal of Social Sciences. 2006: 1:129-144.

COVID-19 DÖNEMİNDE "EVDE KAL" KONULU KAMU SPOTLARI ÜZERİNE GÖSTERGEBİLİMSEL BİR İNCELEME

Sibel ÇIPLAK[1], *Caner ÇAKI*[2], *Barış ÇIPLAK*[3]
[1]*Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Tıp Fakültesi*
[2]*Bağımsız Araştırmacı*
[3]*Serbest Uzman Hekim*
dr.sibel_ciplak@hotmail.com

Giriş

Covid-19 pandemisi döneminde gerçekleştirilen karantina süreçlerinde insanların evlerinde kalmaları ve karantina dışında belirlenen zamanlarda evlerinden ayrılmamaları istenmiştir. Bu konuda yönetimler, çeşitli yaptırımlar uygulayarak, karantina dönemlerinde insanların evlerinden ayrılmalarının önüne geçmeye çalışmıştır. İnsanların evlerinde kalmaları "evde kal" şeklinde basitçe sloganlaştırılmış ve çeşitli etkinliklerle insanların evlerinde kalmalarının teşvik edilmesi amaçlanmıştır. Bu aşamada çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlatılan kamu spotlarında "evde kal" sloganı kullanılarak, Covid-19 pandemisine yönelik farkındalık oluşturulmasına ve karantina uygulamasının insan sağlığı için önemin insanlara benimsetilmesine çalışmıştır.

Covid-19 pandemisi sürecinde "evde kal" konulu çeşitli akademik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar içerisinde:

- Affonso (2020), evde kal emirlerinin yasallığı ve uygulanabilirliğini;
- Akter (2020), COVID-19 ile ilgili 'evde kalma' kısıtlamalarının Avrupa'da gıda fiyatları üzerindeki etkisini;
- Bairoliya ve Imrohoroglu (2020), COVID-19 salgını sırasında evde kalma politikalarının makroekonomik sonuçlarını;
- Castillo vd. (2020), evde kalma emirlerinin COVID-19 enfeksiyon oranlarına etkisini;
- Bullinger vd. (2021), evde kalma emirlerinin aile içi şiddet üzerindeki etkilerini;
- Flanagan vd. (2021), COVID-19 evde kalma emirlerinin yetişkinlerde sağlık davranışlarına etkisini;
- Gaeta ve Brydges (2021), yaşlı yetişkinlerde evde kalma emri sırasında koronavirüs ile ilgili kaygı, sosyal izolasyon ve yalnızlığı;
- Zhang vd. (2021), evde kalma karantina süresinde küçük çocuklar için ebeveyn stresi ve ev aktivitelerini incelemiştir.

Çalışmada COVID-19 pandemi sürecinde "evde kal" konulu kamu spotları incelenerek, kamu

spotlarının insanların evde kalma sürecini teşvik etmedeki rolünün ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaçla çalışmada "evde kal" konulu kamu spotları, nitel araştırma yöntemleri içerisinde yer alan göstergebilim yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Bu şekilde kamu spotlarında hangi görsel ve yazılı göstergeler üzerinden insanların evde kalmasının teşvik edilmeye çalışıldığı incelenmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular ışığında aşağıda yer alan sorulara yanıt aranmaya çalışılmıştır:

- "Evde kal" konulu kamu spotlarında insanların evde kalmalarına yönelik hangi mesajlar verilmiştir?
- "Evde kal" konulu kamu spotlarında hangi reklam çekiciliğinden sıklıkla yararlanılmıştır?

Çalışma, COVID-19 pandemi sürecinde "evde kal" konulu kamu spotlarında pademinin ne şekilde yansıtıldığını ve insanların evde kalmalarının ne şekilde teşvik edildiğini açıklaması bakımından önem taşımaktadır. Bu açıdan çalışmanın sağlık iletişimi alanında çalışmada bulunan araştırmacılarının yararlanacağı bir kaynak olması amaçlanmıştır.

1. Covid-19 Döneminde "Evde Kal" Uygulaması

2019 yılının sonlarında başlayan yeni SARS-CoV-2 koronavirüsünün neden olduğu Covid-19 adlı akut solunum sendromu, Çin kıtasında patlak vermiş ve dünyaya yayılmıştır (Bracale ve Vaccaro, 2020: 1423). COVID-19 salgını, genel olarak diğer insanlardan fiziksel olarak uzak olmak olarak tanımlanan sosyal mesafeye ilişkin hem bireysel davranışları hem de hükümet politikasını değiştirmiştir. Sosyal mesafeye bir örnek, zorunlu faaliyetler dışında evde kalmaktır (Hsu ve Henke, 2021: 145). Sosyal mesafe, çoğu ülkede zorunlu çalışanlar dışındaki herkesi evde kalmaya, seyahati sınırlamaya ve sosyal katılımı kısıtlamaya teşvik eden evde kalma emirleriyle sağlanmaktadır. Evde kalma emirlerinin amacı, virüsün yayılmasını yavaşlatmak ve enfeksiyon oranını azaltmak, hastanelerin yoğunlaşmasını engellemektedir (Warner ve Zhang, 2021: 176). Bu şekilde virüse karşı aşının bulunacağı ve aynı zamanda bulunan aşının kapsamlı bir şekilde uygulanacağı tarihe kadar virüsün mümkün olduğunca az kişiye etki etmesi amaçlanmıştır. Covid-19 nedeniyle olası etkileri azaltmak için birçok ülkede bir tür sokağa çıkma kısıtlaması uygulanmıştır (Gautam, 2020: 853). Bu kısıtlamalar sürecinde "evde kal" şeklinde sloganlaştırılan karantina uygulamasında insanların belirlenen gün ve saatlerin dışında evlerinden ayrılması önlenmeye çalışılmıştır. "Evde kal" uygulamasına uymayan insanlar ise çeşitli yaptırımlar yoluyla cezalandırılmıştır.

2. Covid-19 Döneminde "Evde Kal" Kampanyaları

Covid-19 döneminde "evde kal" uygulamalarının gün ve saatleri, uygulanan biçimi ülkeden ülkeye farklılaşabilmektedir. Bu kısıtlamaların fiziksel bağlantı üzerindeki etkisi, gerekli olmakla birlikte, tüm nüfusun refahı üzerinde öngörülemeyen bir etkiye sahip olabilmektedir. Bu tür karantina önlemleri daha önce hiç bu ölçekte olmamıştır. Birçok kişi koşullarla başa çıkmak için kendilerini hazırlıksız bulabilmektedir (Marziali vd., 2020: 2250). "Evde kal" uygulamasının insanlar üzerinde meydana getirdiği bu etki Covid-

19'a karşı karantina uygulamasının gerekliliğinin sorgulanmasına yol açabilmektedir. Covid-19 döneminde bazı "sosyal mesafe" veya "fiziksel mesafe" biçimleri gönüllü olabilmektedir. Ancak bazıları hükümetler tarafından zorunlu kılınabilmekte ve yasalarca uygulanabilmektedir (Jacobsen ve Jacobsen, 2020: 347). Karantina döneminde yalnızca uygulanan yaptırımlarla değil aynı zamanda "evde kal" uygulamasının gerekliliği vurgulanarak insanların evde kalmasının teşvik edilmesi de önem taşımaktadır. Bu aşamada "evde kal" uygulamasının salgının önlenmesindeki rolünü konu alan ve "evde kal" uygulamasına yönelik toplumda farkındalık oluşturan kampanyanlar hazırlanmaktadır. Bu kampanyalar kapsamında insanların belirli duygularına hitap edilerek "evde kal" uygulamasının benimsenmesi ve karantina sürecinde insanların evlerinde kalmaları teşvik edilmeye çalışılmaktadır. "Evde kal" konulu kampanyalar, resmi ve resmi olmayan olmak üzere çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmaktadır. Hazırlanan kampanyalarda, insanların karantina sürecinde evde kalmalarının hem kendi sağlıklarını hem de diğer insanların sağlıklarını korumada önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır. Bu şekilde toplumda karantinaya yönelik oluşturulmak istenen duyarlılık üzerinden insanların karantina uygulamasına yönelik istekliliğinin arttırılmasına çalışıldığı belirtilebilmektedir.

3. Yöntem

Çalışma kapsamında "evde kal" konulu toplam 157 kamu spotuna ulaşılmıştır (Ads of The World, 2021). Bu kamu spotlarından amaçlı örneklem metodu kullanılarak evreni en iyi yansıtacağı düşünülen 6 kamu spotu çalışmanın örneklemi olarak belirlenmiştir. Çalışmada örneklem belirlenirken kamu spotlarında Covid-19'un farklı şekillerde temsil edilmiş olmasına dikkat edilmiştir. Çalışmada örneklem olarak belirlenen kamu spotları, ABD'li dilbilimci Charles Sanders Peirce'in göstergenin üç boyutu olarak tanımlandığı görüntüsel gösterge, belirtisel gösterge ve simge kavramları üzerinden incelenmiştir. Bu şekilde kamu spotlarında verilmek istenen açık ve gizli mesajların ortaya konulması amaçlanmıştır. Görüntüsel gösterge, göstergenin doğrudan tanımlanmasını; belirtisel gösterge, göstergenin belirli bir kavramın varlığını açıklamasını ve simge ise aralarında benzerlik şartı olmaksızın bir kavramın başka bir kavramı temsil etmesidir.

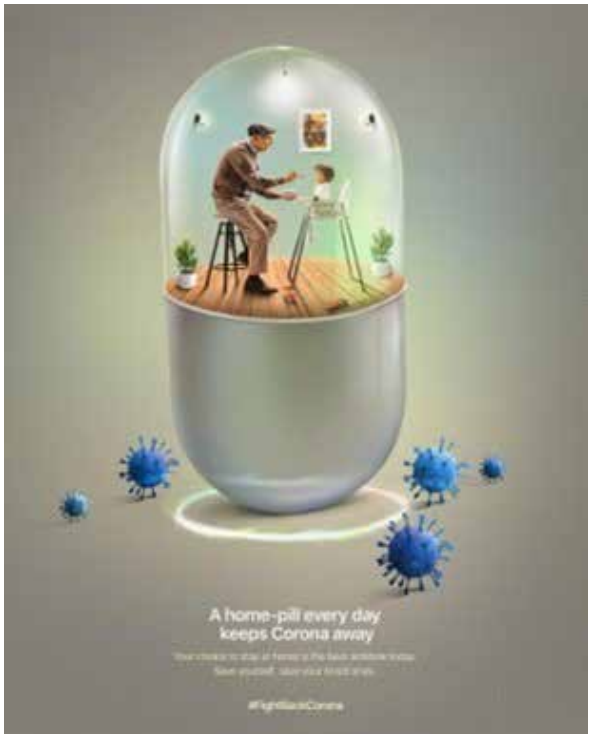
4. Bulgular ve Analiz

Çalışmanın bu kısmında örneklem olarak belirlenen altı kamu spotu, göstergebilim yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir.

4. 1. Birinci Kamu Spotu

Çalışma kapsamında incelenen birinci kamu spotu, 2020 yılında Velocita Brand tarafından hazırlanmıştır. Kamu spotunda "Her gün bir ev hapı Corona'yı uzak tutar. Evde kalma seçiminiz bugün en iyi panzehirdir. Kendini kurtar, sevdiklerini kurtar" yazısı yer almaktadır. Görüntüsel gösterge açısından kamu spotunda devasa boyutta bir kapsülün içerisinde evde yaşlı bir erkeğin, bir bebeğe yemek yedirdiği resmedilmektedir. Kapsülün dışarısında ise virüs görselleri yer almaktadır.

Görsel 1. Birinci Kamu Spotu



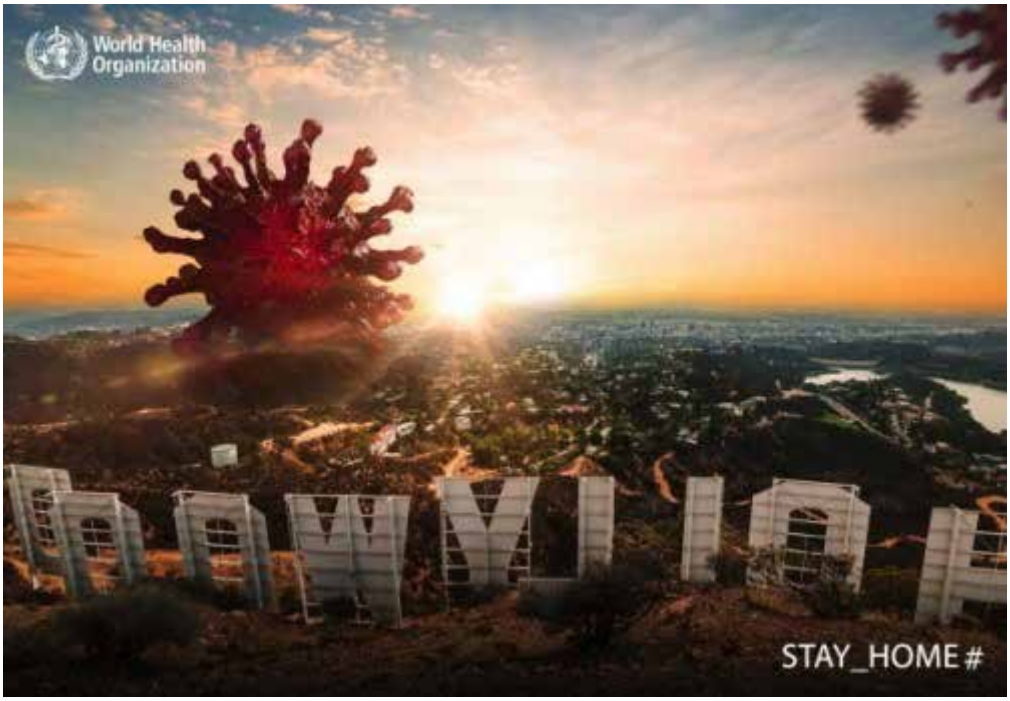
(Kaynak: Ads of The World, 2020'a)

Belirtisel gösterge boyutunda kamu spotunda evde kal eyleminin bir ilaç kapsülü şeklinde somutlama yoluyla sunulduğu ortaya çıkmaktadır. Kamu spotunda yer alan yaşlı erkek ve bebek görseli, Covid-19 tehdidi altındaki insanların metonimi olarak kullanılmaktadır. Yaşlı erkek ve bebeğin kapsülün içerisinde olması üzerinden evde kalmanın Covid-19'a karşı sağlığın korunmasında bir panzehir işlevi gördüğüne yönelik algı meydana getirilmeye çalışılmaktadır. Bu aşamada kapsül, koruma metaforu olarak ön plana çıkarılmakta ve insanların evde kalarak kendilerini koruyabileceklerine yönelik mesaj verilmektedir. Kamu spotunda Covid-19, doğrudan virüs görseli üzerinden simgelenmektedir.

4. 2. İkinci Kamu Spotu

Çalışma kapsamında incelenen ikinci kamu spotu, 2020 yılında Survival Agency tarafından hazırlanmıştır. Kamu spotunda "Evde kal" yazısı yer almaktadır. Görüntüsel gösterge boyutunda kamu spotunda devasa boyutta bir pandemi, bir şehrin üstünde resmedilmektedir. Kamu spotunun ön planında ise Hollywood şehrinin yazısı yer almaktadır.

Görsel 2. İkinci Kamu Spotu



(Kaynak: Ads of The World, 2020b)

Belirtisel gösterge açısından kamu spotunda metalepsis bir anlatım kullanılarak, Covid-19 salgını şehri ele geçirmeye çalışan devasa boyutta bir canavara benzetilmektedir. Kamu spotunda devasa biçimde resmedilerek, Covid-19'un şehri esir aldığı yönünde algı meydana getirilmektedir. Devasa biçimde sunularak, Covid-19'un insanların yaşamı üzerinde ne kadar büyük bir olumsuz etkiye sahip olduğu yansıtılmaya çalışılmaktadır Kamu spotunda Covid-19, doğrudan virüs görseli üzerinden simgelenmektedir.

4. 3. Üçüncü Kamu Spotu

Çalışma kapsamında incelenen üçüncü kamu spotu, 2020 yılında ADV6 tarafından hazırlanmıştır. Kamu spotunda "Nerede olmayı dilerdin?" yazısı yer almaktadır. Görüntüsel gösterge açısından kamu spotunda bir tarafı tabut bir tarafı ise kanepe olan bir görsele yer verilmektedir.

Görsel 3. Üçüncü Kamu Spotu



(Kaynak: Ads of The World, 2020c)

Belirtisel gösterge boyutunda kamu spotunda göstergebilimdeki ikili karşılık üzerinden Covid-19'un insan yaşamı üzerindeki olumsuz etkisi yansıtılmaya çalışılmaktadır. Kamu spotunda yer alan tabut, ölüm; kanepe ise yaşam metaforu olarak sunulmaktadır. Bu şekilde Covid-19'un ölümcül bir salgın olduğuna yönelik mesaj verilmekte ve insanların evlerinden çıkmaları durumunda ölümle yüz yüze gelebileceklerine yönelik algı oluşturulmaya çalışılmaktadır. Kamu spotunda Covid-19'un varlığı belirtisel gösterge boyutunda yansıtılmaktadır.

4. 4. Dördüncü Kamu Spotu

Çalışma kapsamında incelenen dördüncü kamu spotu, 2020 yılında ADV6 tarafından hazırlanmıştır. Kamu spotunda "Yol için bu olabilir. Bu tatil evde kalın" yazısı yer almaktadır. Görüntüsel gösterge boyutunda kamu spotunda iki erkek ve başı virüs görseli olarak yansıtılan üçüncü biri bir barda bulunmaktadır. Kamu spotunda iki kişi birbirlerine bakarken, başı virüs görseli olarak yansıtılan üçüncü kişi ise iki erkeğin arkasında yer almaktadır.

Görsel 4. Dördüncü Kamu Spotu



(Kaynak: Ads of The World, 2020d)

Belirtisel gösterge açısından kamu spotunda Covid-19'un insanların birbirleriyle yakın mesafede olmasıyla bulaşığına yönelik vurgu yapılmaktadır. Kamu spotunda yer alan iki erkek, Covid-19 döneminde tehdit altında olan insanların metonimi olarak kullanılmaktadır. Bu aşamada Covid-19 pandemisi doğrudan bir kişinin kafası üzerinde resmedilerek, karantina döneminde insanların bir arada olmasının insanların sağlığını tehdit ettiği mesajı verilmektedir. Bu şekilde kamu spotu üzerinden insanların mümkün mertebe dışarıda birbirleriyle etkiletişim içerisinde olmamaları teşvik edilmeye çalışılmaktadır. Kamu spotunda Covid-19, doğrudan virüs görseli üzerinden simgelenmektedir.

4. 5. Beşinci Kamu Spotu

Çalışma kapsamında incelenen beşinci kamu spotu, 2020 yılında Wave Propaganda tarafından hazırlanmıştır. Kamu spotunda "Evde idman yap. Bu senin en güvenli yolun" yazısı yer almaktadır. Görüntüsel gösterge açısından kamu spotunda bir tarafında hastane yatağı, diğer tarafında ise spor araçları bulunan bir yaya kaldırımı resmedilmektedir.

Görsel 5. Beşinci Kamu Spotu



(Kaynak: Ads of The World, 2020'e)

Belirtisel gösterge boyutunda kamu spotunda çalışmada incelenen üçüncü kamu spotunda olduğu ikili karşıtlık oluşturarak Covid-19'un sağlık üzerinde yol açtığı tehdide yönelik insanların zihinlerinde belirli bir algı oluşturulmaya çalışılmaktadır. Kamu spotunda Covid-19'un varlığı belirtisel gösterge boyutunda yansıtılmaktadır. Bu süreçte spor aletleri sağlık, hastane yatağı ise hastalık metaforu olarak kullanılmaktadır. Kamu spotunda yaya geçidi insanların evlerinden ayrılmalarını temsil etmekte ve insanların evlerinden çıkmaları durumunda hastalıkla yüz yüze gelebilecekleri mesajı verilmektedir.

4. 6. Altıncı Kamu Spotu

Çalışma kapsamında incelenen altıncı kamu spotu, 2020 yılında Ala Ali Creative Services tarafından hazırlanmıştır. Kamu spotunda "evde kal, güvende kal" yazısına yer verilmektedir. Görüntüsel gösterge boyutunda kamu spotunda aralık bir kapı ve kapının ardında da bir top görseline yer verilmektedir. Kapının açıklığından çıkan ışıkta ise topun gölgesi, virüs silueti olarak resmedilmektedir.

Görsel 6. Altıncı Kamu Spotu



(Kaynak: Ads of The World, 2020f)

Belirtisel gösterge açısından kamu spotunda yer alan kapının iki tarafı üzerinden insanlara evde kalma mesajının verildiği ortaya çıkmaktadır. Kamu spotunda Covid-19, doğrudan virüs görseli üzerinden simgelenmektedir. Evin içerisinde sıradan bir topun, dışarıda Covid-19 hastalığı şeklinde yansıtılmasıyla, dışarıda insanların her an Covid-19 tehlikesiyle karşı karşıya kalabileceklerine yönelik algı oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bu şekilde kamu spotu üzerinden insanların Covid-19 tehdidi altında olduğuna yönelik mesaj verilerek, insanların karantina döneminde evlerinden ayrılmalarının önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.

Sonuç

Çalışmada incelenen kamu spotlarında Covid-19 pandemisi dönenimde uygulanan "evde kal" kampanyalarında genel olarak korku duygusuna hitap edilerek insanların evde kalmalarının teşvik edilmeye çalışıldığı ortaya çıkarılmıştır. Bu aşamada kamu spotlarında Covid-19 pandemisinin insan sağlığı üzerinde meydana getirebileceği olumsuz etkiler vurgulanarak, pandeminin olası tehditlerine karşı insanlarda farkındalık oluşturulmaya çalışılmıştır. Covid-19 sürecinde insanların karantinayı ihlal etmesi durumunda hem kendi sağlıklarını hem de diğer insanların sağlıklarını tehdit altına

soktukları mesajı verilmektedir. Bu aşamada kamu spotlarında insanların evlerinden çıkarak karantinayı ihlal etmeleri durumunda maruz kalacakları hastalık, çeşitli görsel göstergeler üzerinden insanlara aktarılmaktadır. Diğer yandan karantinanın uygulanmaması durumunda insanların hayatlarını kaybetmesi, ölüm metaforu olarak sunulan tabut görseliyle aktarılmakta, bu şekilde insanların zihinlerinde Covid-19 ve ölüm arasında doğrudan bir bağ kurulmaya çalışılmaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde Covid-19 döneminde kamu spotlarında verilen mesajların, sigara, alkol ve AIDS gibi sağlık konulu reklamlarda kullanılan korku mesajlarıyla benzer olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan da çalışmada örneklem olarak belirlenen kamu spotları özelinde Covid-19 döneminde "evde kal" uygulamalarında da insanların istenilen yönde ikna edilmesi sürecinde korku içerikli mesajların önemli bir rol üstelendiği belirtilebilmektedir. Bunun yanında ilerleyen dönemde olası karantina uygulamalarında hazırlanan kamu spotlarında korku çekiciliğinin dışında hüzün ve öfke çekiciliklerinin kullanıldığı kamu spotlarının da hazırlanmasının, insanların istenilen yönde ikna edilmesinde farklı mesaj içeriklerinin oluşturulması bakımından önem taşıyacağı belirtilebilmektedir.

Çalışmada Covid-19 döneminde "evde kal" uygulamasına ilişkin hazırlanan kamu spotları incelenmiştir. Gelecek çalışmaların Covid-19 döneminde maske kullanımı ve aşılamanın teşvik edilmesine yönelik hazırlanan kampanyaları, mevcut çalışmada elde edilen bulgularla karşılaştırmalı olarak incelenmesinin Covid-19 dönemindeki kampanyaların daha kapsamlı olarak ortaya konulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

1. Ads of The World (2020a). Birinci Kamu Spotu, https://www.adsoftheworld.com/media/digital/velocita_brand_fightbackcorona, Erişim Tarihi: 10.11.2021.
2. Ads of The World (2020b). İkinci Kamu Spotu, https://www.adsoftheworld.com/media/outdoor/survival_agency_covid19_invasion, Erişim Tarihi: 10.11.2021.
3. Ads of The World (2020c). Üçüncü Kamu Spotu, https://www.adsoftheworld.com/media/digital/prefeitura_de_teresina_stay_home, Erişim Tarihi: 10.11.2021.
4. Ads of The World (2020d). Dördüncü Kamu Spotu, https://www.adsoftheworld.com/media/digital/prefeitura_de_teresina_stay_home_0, Erişim Tarihi: 10.11.2021.
5. Ads of The World (2020e). Beşinci Kamu Spotu, https://www.adsoftheworld.com/media/print/conpay_stay_at_home, Erişim Tarihi: 10.11.2021.
6. Ads of The World (2021f). Altıncı Kamu Spotu, https://www.adsoftheworld.com/media/digital/who_stay_home_stay_safe, Erişim Tarihi: 10.11.2021.
7. Ads of The World (2021). COVID-19 Evde Kal Reklamları, https://www.adsoftheworld.com/?terms=stay%20home&created=all&country=All&medium=All&industry=All, Erişim Tarihi: 10.11.2021.
8. Affonso, T. (2020). The legality and enforceability of 'stay-at-home'orders: the appropriate response to Covid-19 by Trinidad and Tobago. Commonwealth Law Bulletin, 46(2), 183-194.
9. Akter, S. (2020). The impact of COVID-19 related 'stay-at-home'restrictions on food prices in Europe:

findings from a preliminary analysis. Food Security, 12(4), 719-725.

10. Bairoliya, N., & Imrohoroglu, A. (2020). Macroeconomic consequences of stay-at-home policies during the COVID-19 pandemic. Covid Economics, 13, 71-90.
11. Bracale, R., & Vaccaro, C. M. (2020). Changes in food choice following restrictive measures due to Covid-19. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases, 30(9), 1423-1426.
12. Bullinger, L. R., Carr, J. B., & Packham, A. (2021). COVID-19 and crime: effects of stay-at-home orders on domestic violence. American Journal of Health Economics, 7(3), 249-280.
13. Castillo, R. C., Staguhn, E. D., & Weston-Farber, E. (2020). The effect of state-level stay-at-home orders on COVID-19 infection rates. American Journal of Infection Control, 48(8), 958-960.
14. Flanagan, E. W., Beyl, R. A., Fearnbach, S. N., Altazan, A. D., Martin, C. K., & Redman, L. M. (2021). The impact of COVID-19 stay-at-home orders on health behaviors in adults. Obesity, 29(2), 438-445.
15. Gaeta, L., & Brydges, C. R. (2021). Coronavirus-related anxiety, social isolation, and loneliness in older adults in Northern California during the stay-at-home order. Journal of Aging & Social Policy, 33(4-5), 320-331.
16. Gautam, S. (2020). COVID-19: air pollution remains low as people stay at home. Air Quality, Atmosphere & Health, 13, 853-857.
17. Hsu, L. C., & Henke, A. (2021). COVID-19, staying at home, and domestic violence. Review of Economics of the Household, 19(1), 145-155.
18. Jacobsen, G. D., & Jacobsen, K. H. (2020). Statewide COVID-19 Stay-at-Home Orders and Population Mobility in the United States. World Medical & Health Policy, 12(4), 347-356.
19. Marziali, M. E., Card, K. G., McLinden, T., Wang, L., Trigg, J., & Hogg, R. S. (2020). Physical distancing in COVID-19 may exacerbate experiences of social isolation among people living with HIV. AIDS and Behavior, 24(8), 2250-2252.
20. Warner, M. E., & Zhang, X. (2021). Social safety nets and COVID-19 stay home orders across US states: A comparative policy analysis. Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice, 23(2), 176-190.
21. Zhang, C., Qiu, W., Li, H., Li, J., Zhang, L., Li, X., & Li, J. (2021). Parental Stress and Home Activities for Young Children during the Stay-at-home Quarantine Time in China. Early Education and Development, 32(6), 843-862.

COVID-19 ENFEKSİYONU SIRASINDA CXCL9, CXCL10 VE CXCL11 SEVİYELERİNİN KOMBİNASYONU HASTALIĞIN PROGRESYONUNU ETKİLER Mİ?

Şeyda KARABÖRK[1], *Nebil ARSLAN*[2], *Hüseyin ENGİN*[3], *Resul KARAKUŞ*[4], *Fatma SIRMATEL*[2]
[1]*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi , Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji AD*
[2]*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi , Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD*
[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*
[4]*Gazi Üniversitesi , Tıp Fakültesi, İmmünoloji AD*
seydaozsoy20@hotmail.com

İlk olarak 2019'un sonlarında Çin›in Wuhan kentinde yaygın pnömoniye neden olduğu tanımlanan yeni bir koronavirüs etkeni "SARS-CoV-2" (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2: Şiddetli ve Hızlı gelişen Solunumla ilgili Hastalık Belirtileri Koronavirüsü-2) olarak tanımlandı. Kemokinler, lökosit salgılanmasını ve aktivasyonunu koordine eden, böylece gelişim, iltihaplanma/yangı/inflamasyon, bağışıklık yanıtı ve yara iyileşmesi dahil olmak üzere çeşitli fizyolojik süreçleri düzenleyen sitokinlerin büyük bir ailesidir. COVID-19 üzerine yapılan çalışmalarda olgulara ait serum örneklerinde sitokin ve kemokinlerin yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmadaki amacımız COVID-19 olgularının ilk gün ve 3. Hafta da kontrol amaçlı alınan serum örneklerinde CXCL9/MIG, CXCL10/IP10 ve CXCL11/I-TAC ve IFN-γ düzeyleri arasında bir farkın olup olmadığnı araştırmaktır

Çalışmaya toplam COVID-PCR testi pozitif olan 19 olgu dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen bireylerin yaşı 30 ile 82 arasındaydı. Olguların yaş ortalaması 70,37 ± 12,4 idi. Olguların ilk gün ve 3. hafta alınan kanlarından elde edilen serum örneklerinde (toplam 38 örnek) IFN-γ sitokin ve CXCL9/MIG, CXCL10/IP-10, CXCL11/I-TAC kemokin düzeyleri firma önerileri doğrultusunda ELİSA ile ölçüldü. Ayrıca olgulara ait demografik bilgiler (yaş, cinsiyet) ile ilaç kullanımları (steroid, antibiyotik…), ilk semptomları, yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatma durumları, bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları da kayıt altına alınmıştır. ELİSA testlerinin sonucunda elde edilen konsantrasyonları bilinen standart solüsyonların OD değerleri ile örneklerin OD değerleri Excel programına kaydedilerek konsantrasyonlar regresyon-korelasyon analizi ile hesaplanmıştır. İstatistiksel analizler IBM SPSS for Windows Version 22.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilen olgu ve kontrollerin demografik verilerinin değerlendirilmesinde yüzde dağılımları kullanılmıştır. İlk gün ve 3. hafta sitokin ve kemokin düzeyleri arasındaki farklılığın belirlenmesi için normallik testi sonrasında çalışmamızda yer alan olgular arasında sayısal bir değişkenin farkının karşılaştırılması için veriler normal dağılmadığından Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Aynı gruba ait farklı ölçümlerin zamana bağlı değişiminde karşılaştırma yapılabilmesi için ise Wilcoxon İşaretli Sıralar testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

İki farklı zamanda alınan serum örneklerinde çalışılan IFN-γ sitokin ve CXCL9/MIG, CXCL10/IP-10, CXCL11/I-TAC kemokin düzeyleri arasında sadece IFN-γ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı

fark bulunmuştur (p=0,002). Diğer kemokinlerin yanı sıra CXCL11/I-TAC düzeyinde olgular tek tek değerlendirildiğinde 3. Haftada belirgin bir artış gözlenmiş ancak bu artış istatistiksel olarak anlamlı saptanamamıştır (p=0,222). Olguların yaş ve cinsiyet dağılımları, steroid kullanımları, CRP, sedim değerleri ve BT bulguları ile kemokinler arasında bir farklılığın olup olmadığına bakıldığında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmamıştır (p=0,721).

COVID-19 enfeksiyonu sırasında CXCL9/MIG, CXCL10/IP-10, CXCL11/I-TAC kemokin düzeylerinin farklı dönemlerde bakılması hastalığın ilerlemesi ve/veya takibi açısından dikkat çekici görülmemiştir. Sitokinler bir uyarıma tepki olarak salındıkları için vücutta depo edilemezler, ya salınan hücrenin kendi üzerine otokrin etki göstererek ya da ya da yakınında yer alan hücreye parakrin etki göstererek etki ederler. COVID-19 gibi ağır hastalık durumlarında yüksek miktrada salındıkları zamanda "Sitoıkin fırtınası" adı ile tüm vücuda yayılan sistemik endokrin bir etki de gösterebilmektedirler. IFN-γ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olması pro-inflamatuar bir sitokin olan IFN-γ'nın bu özelliği ile açıklanabilir. Kemokin düzeyleri arasında iki farklı zaman diliminde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmaması ise örneklem sayımızın azlığı nedeniyle kaynaklanmış olabilir. Kemokinlerin koronavirüsler üzerindeki etkisinin daha büyük örneklem sayısı ile çalışılarak aydınlatılması gerektiği düşünülmektedir/kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, CXCL9/MIG, CXCL10/IP10, CXCL11/I-TAC ve IFN-γ

Bu çalışma Gazi Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Birimi (BAP) tarafından 2019-28 nolu proje ile desteklenmiştir.

COVID-19 HASTALIĞI RİSK ALGISI ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

*Tevfik ÖZLÜ[1], Murat TOPBAŞ[2], **Kübra ŞAHİN[3]**, Demet SAĞLAM AYKUT[4], Nazım Ercüment BEYHUN[2]*
[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD
[3]Samsun İl Sağlık Müdürlüğü
[4]Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD
kubraozhan1990@gmail.com

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) Çin Ofisi, 31 Aralık 2019'da, Çin'in Hubei eyaletindeki Wuhan kentinde, Aralık 2019 başından itibaren bir balık ve canlı hayvan pazarı çevresinde kümeleşen, etkeni bilinmeyen pnömoni, akut solunum yetmezliği vakaları ile ölümlerin varlığını ve yeni bir virüsün buna neden olabileceğini bildirdi (1). Takiben 7 Ocak 2020'de bu hastalığın etkeni olarak yeni bir virüs (SARS-CoV-2) tanımlandı; 12 Ocak'ta virüsün genetik sekansı açıklandı (2); 13 Mart'ta ise Tayland'da ilk ithal vaka bildirildi. Bu yeni virüsün neden olduğu klinik tablo sonradan Covid-19 olarak tanımlandı. Takip eden günlerde virüs diğer ülkelere hızla yayıldı. DSÖ Covid-19'u 30 Ocak'ta "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" olarak; 113 ülkede Covid-19 vakalarının yoğun olarak görülmesiyle de 11 Mart'ta pandemi olarak açıkladı (3).

COVID-19 pandemisinden önce 2003 ve 2012 yıllarında SARS-CoV ve MERS-CoV olmak üzere iki koronavirüs salgını daha yaşanmıştır. Ancak bunlar lokalize kalmış ve küresel bir pandemiye dönüşmemiştir. Oysa COVID-19 küresel bir sorun halini almıştır. Dünyanın hemen her ülkesinde SARS-CoV-2'nin yayılmasını önlemek, COVID-19 vaka sayılarını azaltmak ve ölümleri durdurmak için çok sıkı önlemler alınmıştır. Bu tür önlemler arasında sosyal mesafe, izolasyon ve karantina uygulamaları, kamu ve özel kuruluşların çalışma saatlerinde dönüşümlü veya evden çalışma gibi değişikliklerin yapılması, bazı işyeri ve okulların kapatılması, spor ve sanatsal etkinliklerin iptal edilmesi, uluslararası ve şehirlerarası ulaşımın kapatılması sayılabilir. Bu süreç sosyal yaşam, ekonomi, eğitim, turizm, ticaret ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesi gibi birçok toplumsal alanda önemli aksaklıklara yol açmıştır (4). Halen tehdit devam etmekte olup, pandemi sürecinin ne zaman kontrol altına alınabileceği belli değildir. Küresel çapta yaşanan bu aksaklıklar insanların karşı karşıya kaldıkları risk ve tehdit, bireylerde risk algısının değerlendirilmesi gerekliliğini ön plana çıkarmıştır (5). Risk algısı; insanların riskin özellikleri ve şiddeti hakkında yaptıkları öznel bir yargı veya bir bireyin bir tehlikeye karşı algıladığı duyarlılık olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım en çok insan sağlığı ve çevreye yönelik risklerle ilgili olarak kullanılır (5,6). Bireylerin yaşanılan durum karşısında algıladıkları risk birbirinden farklı düzeyde olabilir ve algıladığı risk davranışlarını belirleyen en önemli faktörlendendir (7). Karşılaşılan bir durumla ilgili algıladığı risk düşük olan bireylerin, riskin ciddiyetini en aza indirme, bilgi edinme ve koruyucu davranışlar sergileme olasılıkları daha düşük olabilir. Risk algısı yüksek olan bireyler ise, durumu ciddiye alma, koruyucu davranışlar sergileme, çevresindeki diğer kişileri alınan

önlemlere uyum ve koruyucu davranışları teşvik etme olasılıkları daha fazladır (6,8). Ancak diğer yandan önerilen önlemler bazı kişilerde obsesif davranışları da tetikleyebilir ve bu durumda kendisi ve çevresindeki bireyler için daha sorunlu bir ortam oluşmasına neden olabilir. Karşılaşılan duruma yönelik algılanan risk ile koruyucu davranışlar arasındaki ilişkiler, mevsimsel grip gibi salgınlara yol açan hastalıklar için daha önce incelenmiştir (9). İnsanların COVID-19'a yönelik riskleri nasıl algıladıkları ya da karşılaşılan durum ve algılanan bu riskin koruyucu davranışlara nasıl etki ettiği belirsizdir (7). Bu nedenlerle toplumun COVID-19 pandemisine yönelik risk algısı düzeyinin belirlemesini sağlayacak ölçek geliştirilmesi planlanmıştır. Böylece geliştirilecek "COVID-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeği" ile konu hakkında çalışacak kişilere objektif bilgi elde edilmesini sağlayacak bir araç olacaktır. Bu çalışmada sağlık, ekonomi, eğitim, iş, sosyal hayat gibi birçok alanda toplumu farklı yönlerden etkileyen COVID-19 pandemisinde erişkin yaş grubunun COVID-19'a yönelik risk algılarının belirlenebilmesi için "COVID-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeği" geliştirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ YÖNTEM

1. Araştırmanın Tasarımı

COVID-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeği geliştirmek üzere geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yürütülen bu çalışma metodolojik tipte bir araştırmadır. Bu çalışmada Slavec ve Drnovsek (2012) tarafından önerilen Geçkil ve Tikici'nin uyarlayarak Türkçe literatüre kazandırdığı üç faz ve on adımdan oluşan ölçek geliştirme modeli benimsenmiştir (10,11). Kullanılan model şöyledir;

Birinci faz; Yapının oluşturulması ve teorik önemi

1. Ölçeğin kapsamının tanımlanması (literatür incelemesi, alandan uzmanlarla görüşme ve odak grup görüşmeleri)
2. Madde havuzunun oluşturulması
3. Kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesi

İkinci faz; Uygun yöntemlerle veri toplama ve temsil edilebilirlik

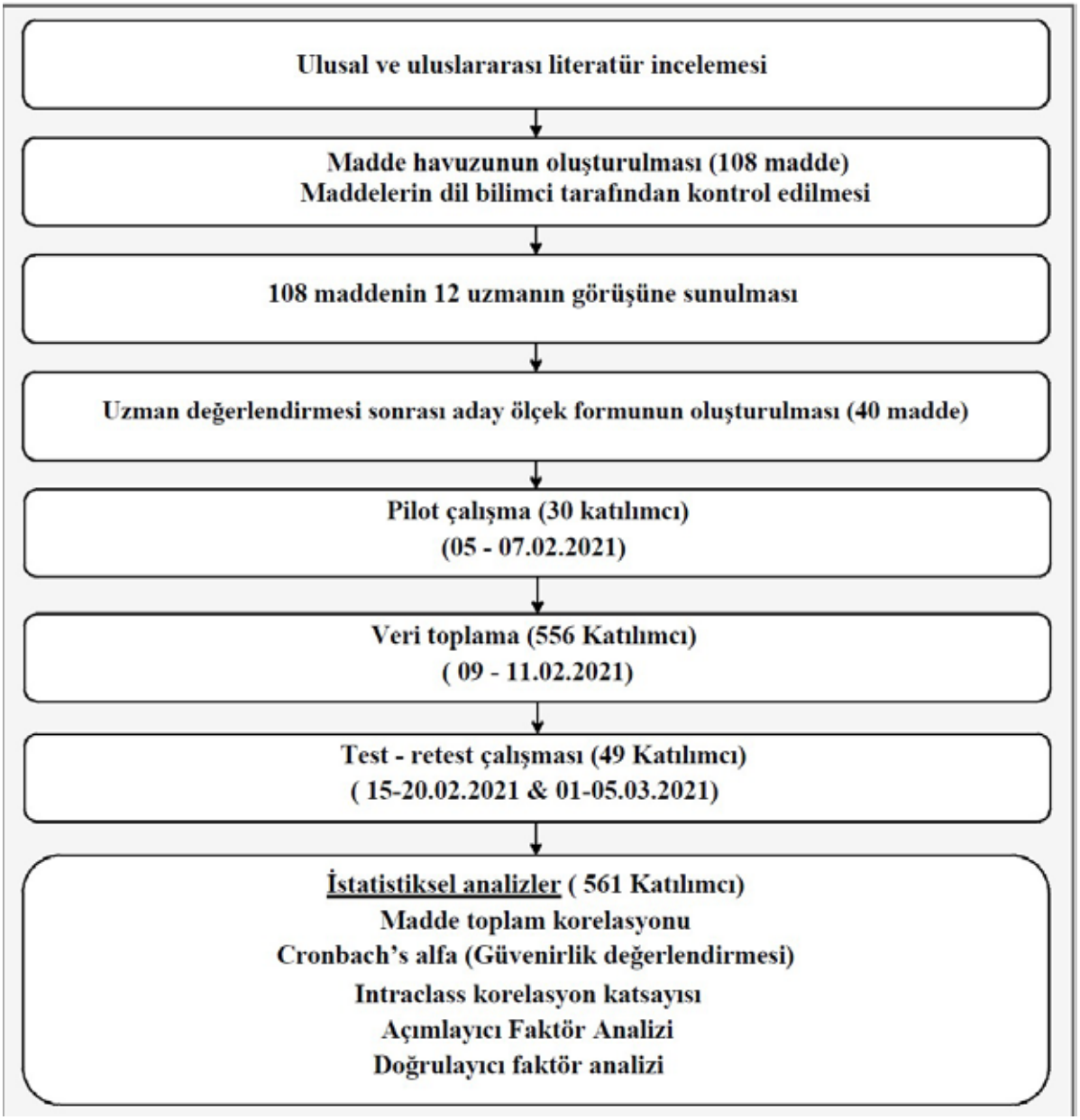
4. Ölçek formunun geliştirilmesi ve değerlendirilmesi
5. Çeviri ve geri çeviri
6. Pilot çalışma
7. Örnekleme ve veri toplama

Üçüncü faz; Yapının istatistiksel analizi ve kanıtları

8. Ölçek boyutlarının değerlendirilmesi 9.Güvenirlik değerlendirilmesi 10. Yapı geçerliğinin değerlendirilmesi

Üç adımdan oluşan birinci faz; gerekli literatür incelemesi, alandan uzmanlarla görüşme ve odak

grup görüşmeleri gibi yöntemlerden tamamının veya bir kaçının kullanılması ile geliştirilmek istenen ölçeğin kapsamının tanımlanmasıdır. Alanında uzman kişilerden oluşan araştırma ekibi tarafından ulusal ve uluslararası literatür incelemesi ile birinci adım yapılmıştır. Madde havuzunun oluşturulması ise ikinci adımı oluşturmaktadır. Ölçülmesi hedeflenen alanla ilgili her durumun değerlendirilebilmesi için araştırmacılar tarafından yapılan literatür incelemesi sonrası 108 madde içeren oldukça geniş madde havuzu oluşturulmuştur. Kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesi üçüncü adımdır. Madde havuzunda bulunan ifadeler uzman görüşüne sunulmadan önce dil bilimci tarafından değerlendirilmiş, önerileri doğrultusunda düzenlenmiştir. Madde havuzunda bulunan 108 maddeden oluşan taslak ölçek uzman görüşlerine sunulmuş ve uzmanlardan maddelerin uygunluğunu değerlendirmeleri istenmiştir.



Şekil 1: Ölçek geliştirme çalışmasının **akış şeması**

Dört adımdan oluşan ikinci fazda uygun yöntemlerle veri toplamanın ve seçilen örneklemin evrni temsil edebilir olması amaçlanmaktadır. Dördüncü adım kapsam geçerlilik indeksi sonuçlarına göre taslak ölçek formundan aday ölçek formunun geliştirilmesi ve değerlendirilmesidir. Bu aşamada dörtlü Likert tipinde 40 maddelik aday ölçek formu oluşturulmuştur. Beşinci adım, ölçek uyarlama çalışmalarında ölçeğin dilinden çevrilmek istenen dile çeviri yapılması ve sonra tekrar orijinal diline çeviri yapılması aşaması olup bu çalışma ölçek geliştirme çalışması olduğu için bu adım kullanılmamıştır. Aday ölçek formunda yer alan maddelerin anlaşılırlığını test etmek ve veri toplama aşamasında yaşanabilecek sorunları önceden belirleyebilmek amacıyla yapılan pilot çalışma ise altıncı adımdır. Bu çalışmada 30 katılımcı ile pilot çalışma yapılarak ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,862 bulunmuştur. Yedinci adım olan örnekleme ve veri toplama aşamasına geçilmiştir. Bu aşamada geçerli ve genellenebilir veri toplama amacına ulaşabilmek için yüksek temsil gücüne sahip örneklem belirlenmelidir. Üç adımdan oluşan üçüncü ve son faz, yapının istatistiksel analizinin yapıldığı ve kanıtların ortaya çıkarıldığı fazdır. Sekizinci adımda açımlayıcı faktör analizi yapılarak yapı geçerliliği ve ölçek boyutları değerlendirilip ortaya çıkarılır. Bu boyutların teorik kapsam ile uyumu değerlendirilir. Ölçüt bağımlı geçerliliği için 'Benzer Ölçek' kullanılır. Ölçeğin güvenilirlik analizlerin yapıldığı dokuzuncu adımda madde analizleri ve Chronbach Alfa Katsayısı olmak üzere iç tutarlılık analizleri yapılmıştır. Yapı geçerliliğinin değerlendirildiği onuncu ve son adımda açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkan yapı doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir.

2. Araştırmanın Örneklemi

Faktör analizinde örneklem büyüklüğü için farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bu yaklaşımlar genelde en az 200 olacak şekilde önerilmekle birlikte; örneklem büyüklüğünün 100=zayıf, 200=yeterli, 300=iyi, 500=çok iyi, 1000 ve üzeri ise mükemmel olacak şekilde tanımlanmış öneriler de vardır (15,16). Başka bir görüşe göre ise madde başına 4-10 oranında kişinin kabul edilebilir örneklem büyüklüğü olduğu belirtilmektedir (12,14). Bizim aday ölçek formunda 40 soru yer aldığı için madde başına maksimum sınırı %20 artırarak 12 kişi olacak şekilde planlanmış ve en az 480 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın verileri Google form aracılığı ile oluşturulan çevrimiçi anket formu ile yayımlandığı üç gün (72 saat) içerisinde 9-11 Şubat 2021 tarihleri arasında 556 kişi tarafından yanıtlanmıştır. Yanıtlayan kişilerin çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri şu şekildedir:

- Türkiye sınırları içerisinde ikamet etme
- On sekiz yaşından büyük olma
- Çalışmaya katılmaya gönüllülük gösterme
- Anket formunda yer alan soruları eksiksiz yanıtlama

Araştırmadan dışlama kriterleri şu şekildedir:

- Türkiye sınırları içerisinde ikamet etmeme

- 18 yaşından küçük olma -Anketin doldurulmasına aracılık eden elektronik iletişim araçlarını kullanamama
- Anket formunda yer alan soruları eksik yanıtlama

Veri incelenmesi sonrası yurtdışında ikamet eden 15 kişi, 17 yaş ve altında olan 7 kişi olmak üzere toplam 22 kişiye ait veriler çalışmadan çıkarılmıştır. Pilot çalışma sonrası sorularda değişiklik yapılmadığı için pilot çalışmaya ait veriler dahil edilerek toplam 564 kişi üzerinden analizler yapılmıştır. Katılımcılardan çalışmanın amacının belirtildiği giriş kısmında, çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı ve beyan ettikleri bilgilerin bilimsel amaçla kullanılmasına izin verdiklerine dair elektronik onam alınmıştır.

3. Veri Toplama Aracının Özellikleri

Araştırmada kullanılacak anket formu 6 bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde; cinsiyet, yaş, eğitim durumu olmak üzere sosyodemografik ve kişisel özellikler sorgulanmıştır.

İkinci bölümde; geliştirilmesi amaçlanan Likert şeklinde 40 sorudan oluşan "COVID-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeği" yer almaktadır. Ölçek 4'lü Likert tipinde hazırlanmış ve ifadelere ilişkin cevaplar; (3) Tamamen Katılıyorum; (2) Katılıyorum; (1) Katılmıyorum; (0) Tamamen Katılmıyorum şeklinde puanlanmıştır. Ölçekte yer alan 11, 12, 13, 17, 18, 21, 22 ve 27 numaralı sorular; (0) Tamamen Katılıyorum; (1) Katılıyorum; (2) Katılmıyorum; (3) Tamamen Katılmıyorum şeklinde ters puanlanmıştır.

Üçüncü bölümde; "Algılanan Stres Ölçeği-10" kullanılmıştır. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ); 1983 yılında Cohen ve ark. tarafından bireylerin hayatlarında meydana gelen bazı durumları ne derece stresli algıladığını ölçmek için geliştirilmiştir (15). Anketin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 2013 yılında Eskin ve ark. ve 1998 yılında Baltaş ve ark. tarafından yapılmıştır (16,17). Eskin ve ark. nın çalışmasında ASÖ-10 için iç tutarlılık katsayısı 0,82, test tekrar güvenilirlik katsayısı ise 0,88 olarak hesaplanmıştır. Toplam 10 maddeden oluşan ASÖ ölçeğinde katılımcılar her maddeyi "Hiçbir zaman (0)" ve "Çok sık (4)" arasında değişen 5'li Likert tipi ölçek üzerinden değerlendirmektedir. Olumlu ifadeler içeren 4 madde (4, 5, 7, 8) ters şekilde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-40 arasında olup yüksek puan kişinin stres algısının fazla olduğunu göstermektedir (16). Bu çalışmada ASÖ-10 'un Cronbach alfa değeri 0,830 idi.

Dördüncü bölümde; "Koronavirus Anksiyete Ölceği" kullanılmıştır. Koronavirus Anksiyete Ölçeği (KAÖ); COVID- 19 kriziyle ilişkili olası disfonksiyonel anksiyete vakalarını tanımlamak için Lee tarafından geliştirilen ölçeğin (18) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Biçer ve ark. tarafından yapılmıştır (19). KAÖ 5'li likert tipinde, 5 soru ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin puanlanması "0" "hiçbir zaman", "1" "Nadir, bir veya iki günden az", "2" "Birkaç gün", "3" "7 günden fazla" ve "4" "son iki haftada neredeyse her gün" olarak gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,832 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada KAÖ 'nin Cronbach alfa değeri 0,900 idi.

Beşinci bölümde; "Koronavirüs 19 Fobisi (CP19-S) Ölçeği" kullanılmıştır. Koronavirüs 19 Fobisi (CP19-S) Ölçeği; Arpacı ve ark. tarafından koronavirüs (COVID-19) fobi seviyelerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Likert tipinde olan ölçek 20 soru ve psikolojik, psiko-somatik, ekonomik ve sosyal olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Tüm maddeler "kesinlikle katılmıyorum (1)" ile "kesinlikle katılıyorum (5)" puan arasında derecelendirilmiştir. Ölçekten alınan puan 20 ile 100 arasında değişmekte; alt boyutlar ve toplam ölçek için alınan yüksek puan daha büyük bir fobi olduğunu gösterir. Ölçekte yer alan psikolojik, psiko-somatik, ekonomik ve sosyal alt boyutların sırasıyla Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları 0,876, 0,897, 0,880 ve 0,853 olarak hesaplanmıştır (20). Bu çalışmada CP19-S 'nin Cronbach alfa değeri 0,934 idi.

4. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

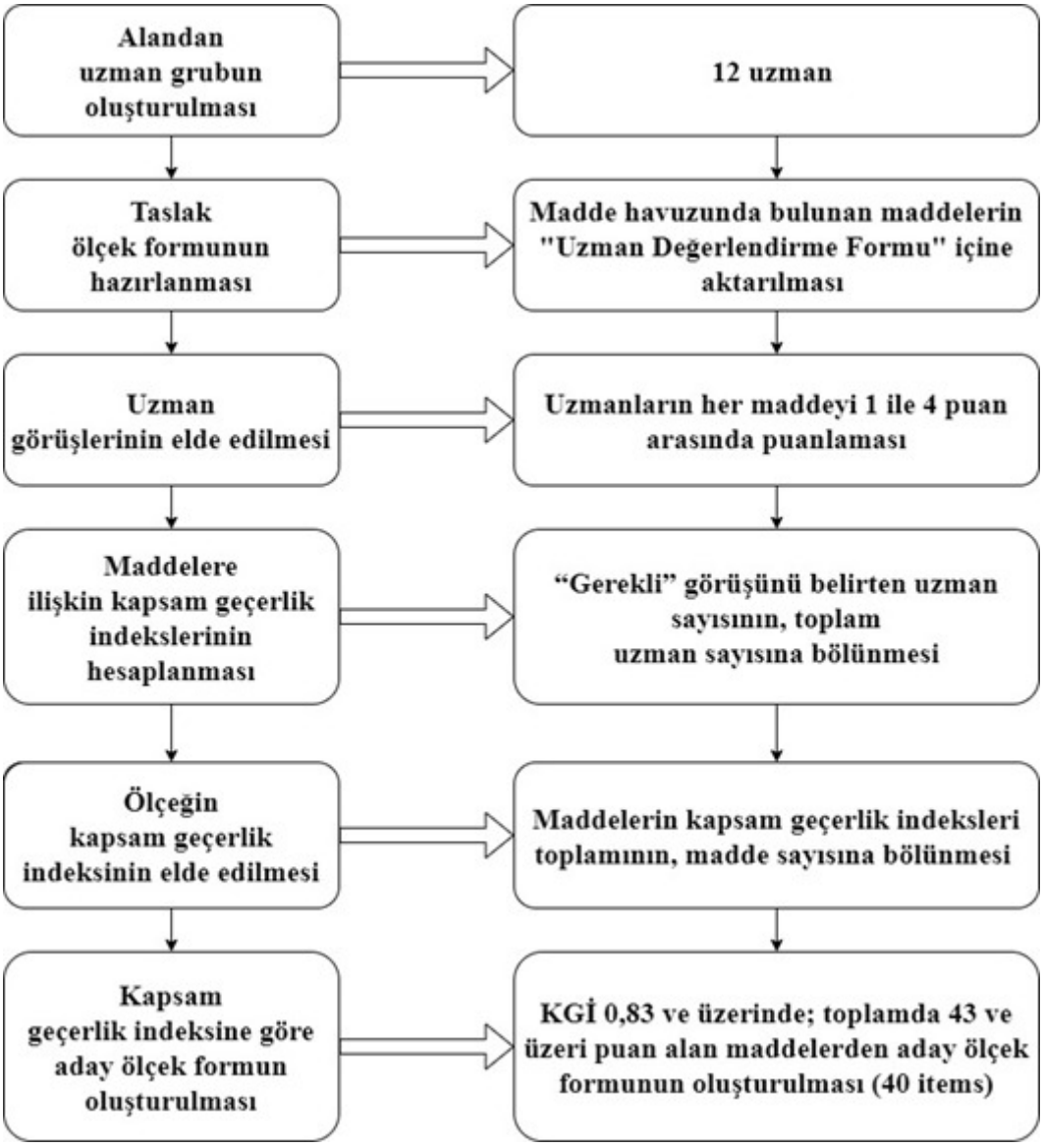
4.1. Geçerlik

Geçerlik "bir ölçme aracının ölçülmek üzere hazırlandığı amacı, değişkeni ölçme derecesidir" şeklinde tanımlanmakta olup "neyi" ve ne kadar "isabetli/doğru" ölçtüğü ile ilgili bir kavramdır. Ölçme aracının geçerliliğini değerlendirmeye yönelik üç ölçüt bulunmaktadır (21,22). Bunlar; -İçerik/kapsam geçerliği -Yapı geçerliği -Ölçüt-bağımlı geçerliği

4.1.1. İçerik/Kapsam Geçerliği

Ölçüm aracında yer alacak maddelerin ölçülmek istenen özellikleri ölçme yeteneğinin belirlenmesi aşamasıdır. Ölçeğin kapsayıcılığını belirlemek için genellikle ölçeğin konusu ile ilgili uzmanların görüşleri ile bu konudaki literatürden yararlanılır (21). Bu aşamada Lawshe tekniği olarak bilinen ve altı adımdan oluşan kapsam geçerlik çalışması yapılmıştır (23).

Çalışmada hazırlanan aday ölçeğin kapsam geçerliği için alandan 12 uzmanın görüşleri "Uzman Değerlendirme Formu" aracılığı ile alınmıştır. Uzmanlardan her bir maddeyi 1 ile 4 puan arasında puanlaması istenmiştir. Her bir maddenin ölçmek istenilen özelliği ölçmek için uygunluğuna yönelik yapılması istenen değerlendirmede; 1 puan "uygun değil", 2 puan "biraz uygun, maddenin uygun şekle getirilmesi gerek", 3 puan "oldukça uygun ancak küçük değişiklikler gerekli", 4 puan "çok uygun" şeklinde ifadelerle açıklanmaktadır. Uzman görüş formunda bir maddeye 3 ve 4 puan veren uzmanların görüşleri "gerekli" olarak kabul edilmiştir. Maddelerin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ-CVI), o maddeye ilişkin "gerekli" görüşünü belirten uzman sayısının, toplam uzman sayısına bölünmesiyle elde edilmiştir. Bu çalışmada KGİ 0,83 ve üzerinde olan ve toplamda 43 ve üzeri puan alan maddeler kabul edilmiş, diğer maddeler ise ölçekten çıkartılmıştır. Buna göre 108 maddeden 68'sı ölçekten çıkarılarak 40 maddelik bir aday ölçek formu oluşturulmuştur. Kabul edilen maddeler için uzmanlardan gelen küçük değişiklik önerileri dikkate alınarak ifadeler son haline getirilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2: Lawshe Tekniği ile İçerik/Kapsam Geçerliği

4.1.2. Yapı Geçerliği

Ölçeğin ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini ve ölçekten elde edilen puanın gerçekte ne anlama geldiğini anlama sürecidir (22). Açımlayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi kullanılarak ölçeğin yapı geçerliği test edilmiştir. Yapı geçerliği açısından Faktör analizi için veri uygunluğu Kaiser Meyer-Olkin (KMO) değeri ve Bartlett's testi kullanılarak analiz edilmiştir (12).

4.1.3. Ölçüt-Bağımlı Geçerliği

Ölçüt-bağımlı geçerliği değerlendirilirken ölçek puanlarının bazı dış ölçütlerle (benzer ölçeklerle) ilişkisi aranır. Dış ölçüt olarak önceden geçerli olduğu bilinen bir ölçek kullanılmaktadır (21,22). Bu çalışmada 'Algılanan Stres Ölçeği-10, Koronavirus Anksiyete Ölçeği, Koronavirüs 19 Fobisi (CP19-S) Ölçeği' olmak üzere üç ölçek benzer ölçek olarak kullanılmıştır. Ölçekler aynı örneklem gurubuna uygulandıktan sonra ölçek puanları arasında Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

4.2. Güvenirlik

Güvenirlik; "bir ölçme aracının duyarlı, birbirleriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçlarını verebilme gücü" olarak tanımlanmakla birlikte bir başka ifade ile "aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır; ölçülmek istenen belli bir değişkenin sürekli olarak aynı sembolleri alması" şeklinde açıklanmaktadır. Kısaca, ölçüm aracının yinelenebilir sonuç verme yeteneğidir (21,22). Bu çalışmada güvenirlik için "İç tutarlılık" ve "Değişmezlik" testleri kullanılmıştır.

4.2.1. İç Tutarlılık

Her bir madde ile ölçek puanı arasındaki korelasyonların hesaplanması ilk önerilen madde analizidir. Eğer bir maddenin toplam puana olan korelasyonu düşük ise, bu "o" maddenin testteki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğünü gösterir. Madde toplam korelasyon katsayısının işareti eksi, değeri sıfır veya sıfıra yakın olan maddelerin çıkartılması gerekmektedir (21,22). Bu araştırmada katsayısı 0,20 alınmıştır. Madde - Toplam korelasyon katsayısı 0,20'ın altında olan 35 ve 37. sorular ölçekten çıkarılmıştır.

Likert tipi bir ölçeğin güvenirliğini belirlemek için Cronbach (1951) tarafından geliştirilmiş ve kendi adıyla anılan α katsayısı kullanılmaktadır (24). Cronbach α katsayısı ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin bir ölçüsüdür (21). Ölçeğe ve alt boyutlarına ait Cronbach alfa ve ölçeğin madde silindiğinde Cronbach alfa hesaplanmıştır.

4.2.2.Değişmezlik

Değişmezlik için test-tekrar test güvenirliği kullanılmıştır. Test tekrar test güvenirliği "bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme ve zamana göre değişmezlik gösterebilme gücü" olarak tanımlanmaktadır (21,22). Geliştirilen ölçeğin güvenirliği için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki sınıf içi korelasyon (ICC- intraclass correlation coefficient) hesaplanmıştır (22). Analiz en uygun olduğu belirtilen iki yönlü, rastgele etkiler modeli kullanılarak yapılmıştır (25).

Test-tekrar test uygulaması amacıyla aday ölçek 15-20 Şubat 2021 tarihleri arasında birinci kez, 1-5 Mart 2021 tarihleri arasında ikinci kez olmak iki hafta ara ile 49 kişiye uygulanmıştır. Bu aşamada daha önceki çevrimiçi uygulamamızda katılımcıların tanımlayacak ID alınmadığı için farklı bir yöntemle kişilere ulaşılması planlanmıştır. Bu amaçla çevrimiçi uygulamaya katılmadığı bilinen (üç günlük uygulama sonrasında sistem kapatıldığında araştırmacılara eposta veya gsm yoluyla ulaşan kişiler veya bireysel olarak iletişim kurulabilen kişiler), kendilerince doğrulanan ve araştırmanın dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uygun kişilere anket formu yoluyla veriler gözlem altında toplanmıştır.

5. Verilerin Analizi

COVID-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeği araştırmasında aday ölçek formu 40 maddeden oluşmaktadır. Ancak yapılan madde- toplam korelasyonları sonucunda korelasyon katsayısı 0.20'nin altında olan iki madde (35 ve 37. Sorular) ve yapılan Açımlayıcı Faktör Analizi sonucunda binişik madde

olup Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda ise standartlaştırılmış regresyon katsayıları 0.40'ın altında olan iki madde (28 ve 29. Sorular) ölçekten çıkarılmıştır. Bu maddeler çıkarıldıktan sonra maddeler yeniden numaralandırılarak toplam 36 madde üzerinden analizler yeniden yapılmıştır. Tanımlayıcı ve istatistiksel analizler IBM SPSS 22 ve IBM SPSS AMOS ile yapılmıştır. Anlamlılık seviyesi p-değeri < 0,05 olarak belirlenmiştir.

6. Etik Kurul ve Bakanlık İzni

Araştırma için KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından 11.01.2021 tarihli etik kurul izni (Sayı: 24237859/30) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırmalar Platformundan (08.12.2020 tarihli) izin alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 564 kişinin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamaları 37,5 ± 13,6 (min:18 – maks:73) yıl; 349 kişi (% 61,9) kadın ve 215 kişi (% 38,1) erkek; % 3,9'u ilkokul mezunu, % 23,6'sı lise mezunu, % 43,8'i üniversite mezunu ve % 28,7'sinin yüksek lisans / doktora mezunu olduğu saptanmıştır. Kişilerin % 49,5'i (n= 279) Karadeniz, % 18,1'i (n= 102) Marmara, % 15,4'ü (n= 87) İç Anadolu, % 8,2'si (n= 46) Ege, % 5,1'i (n=29) Akdeniz, % 2,3'ü (n=13) Doğu Anadolu ve % 1,4'ü (n=8) Güneydoğu Anadolu bölgesinden çalışmaya katılmıştır.

1. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

1.1. Geçerlik

1.1.1. İçerik/Kapsam Geçerliği

Lawshe tekniğinde uzman sayısına göre ölçeğe alınacak maddelerin sahip olması gereken minimum Kapsam Geçerlilik Ölçütleri (KGÖ) değerlerini Tablo 1'de gösterilmiştir (23). KGİ değerleri belirtilen minimum değerden küçük olan maddelerin geliştirilecek ölçeğe alınmaması gerekmektedir.

Tablo 1: Lawshe Tekniğine Göre Minimum KGÖ'ler

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0,99	**13**	0,54
6	0,99	**14**	0,51
7	0,99	**15**	0,49
8	0,78	**20**	0,42
9	0,75	**25**	0,37
10	0,62	**30**	0,33
11	0,59	**35**	0,31
12	***0,56***	**40+**	0,29

Araştırmada 12 uzman 108 maddeyi değerlendirmiştir ve her bir maddenin Kapsam Geçerlik İndeksi-KGİ hesaplanmıştır (Tablo 2). Her bir madde için hesaplanan KGİ 12 uzman değerlendirmesine göre

Tablo 1'deki minimum değerden (0.56) büyük olması gerekmektedir. Ölçekte yer alan maddelerin KGİ 0,83 ile 1,0 arasında değişmekte olup ölçeğin toplamına ilişkin Ölçek Kapsam Geçerlik İndeksi (Ö-KGİ) 0,96 olarak hesaplanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2: Maddelere İlişkin Uzman Görüşleri ve KGİ Değerleri

	Uzmanların Verdiği Puanlar				KGİ		Uzmanların Verdiği Puanlar				KGİ
Madde	**4**	**3**	**2**	**1**			**4**	**3**	**2**	**1**	
M1	12	-	-	-	1	**M19**	11	-	1	-	0,92
M2	11	1	-	-	1	**M20**	8	3	1	-	0,92
M3	12	-	-	-	1	**M21**	8	3	1	-	0,92
M4	12	-	-	-	1	**M22**	8	3	1	-	0,92
M5	12	-	-	-	1	**M23**	11	1	-	-	1
M6	12	-	-	-	1	**M24**	10	1	1	-	0,92
M7	12	-	-	-	1	**M25**	9	1	2	-	0,83
M8	11	1	-	-	1	**M26**	11	1	-	-	1
M9	11	-	-	1	0,92	**M27**	9	2	-	1	0,92
M10	11	-	-	1	0,92	**M28**	9	2	1	-	0,92
M11	10	1	-	1	0,92	**M29**	12	-	-	-	1
M12	10	1	-	1	0,92	**M30**	11	1	-	-	1
M13	9	3	-	-	1	**M31**	11	1	-	-	1
M14	11	1	-	-	1	**M32**	10	-	1	1	0,83
M15	11	1	-	-	1	**M33**	12	-	-	-	1
M16	11	1	-	-	1	**M34**	11	-	1	-	0,92
M17	10	1	1	-	0,92	**M35**	10	1	1	-	0,92
M18	10	2	-	-	1	**M36**	9	3	-	-	1
Uzman Sayısı							**12**				
KGİ							**0,56**				
Ö-KGİ							**0,96**				

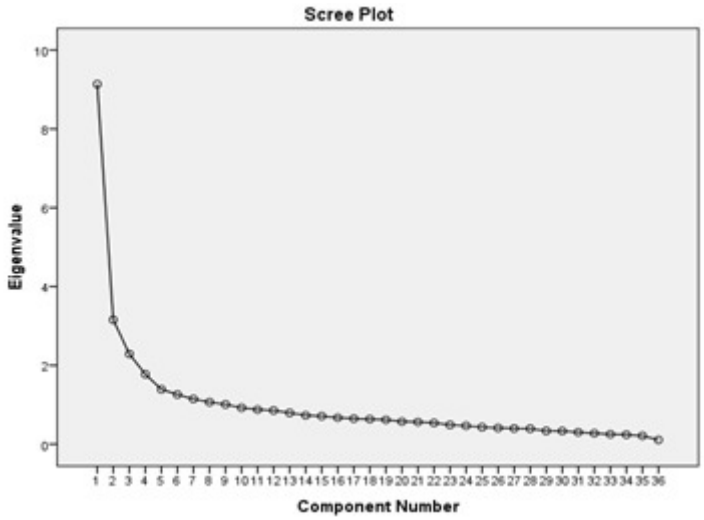
Not: 4= Madde çok uygun; 3=Madde kısmen uygun;
2= Madde uygun değil;1= Madde hiç uygun değil

1.1.2. Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla Açımlayıcı Faktör Analizi öncesinde veri uygunluğu

için yapılan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0,890 ve Bartlett testi p <0.001 (Chi-Square: 8571,213; df: 630) olarak saptanmıştır.

Faktör sayısına karar verirken faktörlerin açıkladıkları varyans yüzdeleri (Tablo 3) ve çizgi grafiği (Şekil 3) dikkate alınmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda toplam varyansın % 61,733'ünü açıklayan, öz değeri (eigenvalues) 1'in üzerinde dokuz faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Faktör 1 toplam varyansın %8,908'ini; Faktör 2 % 8,295'ini; Faktör 3 % 7,732'sini; Faktör 4 % 7,389'unu; Faktör 5 % 7,095'ini; Faktör 6 % 6,264'ünü; Faktör 7 % 6,194'ünü; Faktör 8 % 5,113'ünü ve Faktör 9 % 4,743'ünü açıklamaktadır.



Şekil 3:COVID-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeği Öz Değer Çizgi Grafiği

Çizgi grafiği maddelerin öz değerlerinin (Eigenvalues) birleştirilmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Grafikte görülebilecek hızlı düşüşlerin (kırılma noktalarının) faktör sayısını vereceği belirtilmektedir (12). Şekil 3 incelendiğinde çizgi grafiğinde yüksek ivmeli hızlı düşüşlerin yaşandığı bileşenlerin 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ve 8 numaralı faktörler olduğu, 9 numaralı faktörden itibaren grafiğin daha yatay bir görünüm aldığı için ölçeğin içerdiği anlamlı faktör sayısının 9 olduğu belirlenmiştir. Varimaks döndürme tekniği ile yapılan AFA sonucunda ortaya çıkan dokuz faktör ile faktörlerde toplanan maddelerin faktör yükleri ise Tablo 3'te verilmiştir. Bir maddenin faktör yük değerinin düşük olması o maddenin söz konusu faktörle yeterince güçlü bir ilişkisinin olmadığını gösterir. Bir maddenin sahip olduğu faktör yükü ve maddenin çıkartılmasında dikkate alınır. Bu araştırmada faktör yük değeri olarak 0,30 dikkate alınmıştır. Faktör yükleri binişik olan 2 madde ölçekten çıkarılmıştır. Bir maddenin binişik olması iki duruma bağlıdır. Bir maddenin birden fazla faktörde kabul düzeyinden yüksek yük değeri vermesi veya maddenin iki ya da daha fazla faktörde sahip olduğu yük değerleri arasındaki farkın 0,1'den küçük olması durumunda madde binişik olarak kabul edilmektedir (12).

Tablo 3: Faktör yapısı, ölçeğe ait eigenvalue, varyans ve Cronbach alfa değerleri (n=564)

Faktörler	Ölçek Maddeleri	Faktör Yükleri	Eigenvalue	Variance (%)	Cronbach's alfa
Faktör 1	M31	0,869	3,207	8,908	0,832
	M30	0,818			
	M32	0,770			
	M29	0,678			
Faktör 2	M6	0,722	2,986	8,295	0,845
	M4	0,719			
	M7	0,718			
	M5	0,669			
Faktör 3	M15	0,799	2,784	7,732	0,886
	M16	0,796			
	M14	0,774			
Faktör 4	M22	0,693	2,660	7,389	0,697
	M21	0,672			
	M13	0,593			
	M11	0,587			
	M27	0,569			
	M12	0,487			
Faktör 5	M23	0,732	2,554	7,095	0,755
	M24	0,718			
	M25	0,657			
	M26	0,482			
Faktör 6	M19	0,712	2,255	6,264	0,783
	M20	0,560			
	M3	0,526			
	M2	0,512			
	M28	0,386			
	M1	0,378			
Faktör 7	M8	0,714	2,230	6,194	0,737
	M10	0,680			
	M9	0,633			
Faktör 8	M35	0,795	1,841	5,113	0,634
	M36	0,708			
	M34	0,549			
	M33	0,369			
Faktör 9	M18	0,831	1,707	4,743	0,772
	M17	0,799			
COVID-19 Risk Algısı Ölçeği				61,733	0,906

Tablo 3' te görüldüğü gibi, ilk faktör 4 maddeden oluşmakta olup maddelerin faktör yükleri 0,869 ile 0,678 arasında değişmektedir. Bu faktörde yer alan maddeler "Hastalığına yakalanma endişesi" olarak isimlendirilmiştir. İkinci faktörde faktör yükleri 0,722 ile 0,669 arasında değişen 4 madde toplanmış ve bu maddeler "Toplumsal önlemler" olarak isimlendirilmiştir. Üçüncü faktör, yükleri 0,799 ile 0,774 arasında değişen 3 maddeden oluşmuştur. Bu faktörde yer alan maddeler "Kişisel Önlemler" olarak isimlendirilmiştir. Dördüncü faktör, yükleri 0,693 ile 0,487 arasında değişen 6 maddeden oluşmuş ve bu faktörde yer alan maddeler "Bulaşma riski" olarak isimlendirilmiştir. Beşinci faktör, yükleri 0,732 ile 0,482 arasında değişen 4 maddeden oluşmuş ve "Toplumsal yaptırımlar" olarak isimlendirilmiştir. Altıncı faktör, yükleri 0,712 ile 0,378 arasında değişen 6 maddeden oluşmuş ve "COVID-19 halk sağlığı endişesi" olarak isimlendirilmiştir. Yedinci faktör, yükleri 0,714 ile 0,633 arasında değişen 3 maddeden oluşmuş ve "Ortak eşya ve yüzeylerdeki riskler" olarak isimlendirilmiştir. Sekizinci faktör, yükleri 0,795 ile 0,369 arasında değişen 4 maddeden oluşmuş ve "Gelecek endişesi" olarak isimlendirilmiştir. Son faktör ise iki maddeden oluşmuştur. Bu faktördeki maddelerin yükleri 0,831 ve 0,799 olarak belirlenmiş ve "Yaşa bağlı kısıtlamalar" olarak isimlendirilmiştir.

1.1.3. Ölçüt-Bağımlı Geçerliği

Ölçüt-Bağımlı geçerliği değerlendirmek için bu çalışmada benzer ölçek olarak kullanılan "Algılanan Stres Ölçeği-10", "Koronavirus Anksiyete Ölceği" ve "Koronavirüs 19 Fobisi (CP19-S) Ölçeği" ile geliştirilmekte olan 'COVID-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeği' arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 4' te gösterilmiştir.

Tablo 4: COVID-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeği ile diğer ölçekler arasındaki ilişki ve ölçeklerden alınan/alınabilecek min-maks puanlar

		1	2	3	4	Ort ± Sd	Min-Maks
1. COVID-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeği	**r**	1				78,8 ± 13,8	0 - 108
	p	.					
2. Algılanan Stres Ölçeği	**r**	,169**	1			19,5 ± 5,8	0 - 40
	p	<0.001	.				
3. Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği	**r**	,325**	,315**	1		47,5 ± 15,1	20 - 100
	p	<0.001	<0.001	.			
4. Koronavirus Anksiyete Ölçeği	**r**	,154**	,277**	,424**	1	1,6 ± 3,0	0 - 20
	p	<0.001	<0.001	<0.001	.		

1.2. Güvenirlik

1.2.1. İç Tutarlılık/Tutarlılık

Ölçekte yer alan maddelerin ortalama ve standart sapma değerleri, madde- toplam korelasyonu, madde çıkarıldığında Cronbach alfa katsayıları Tablo 5'de gösterilmiştir. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısı 0,906 olup alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları 0,634- 0,886 arasında bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 5: COVID-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeğinin Madde Analizi Değerleri (n=564)

	Mean	Standard Deviation	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
M1	2,65	0,61	0,553	0,892
M2	2,10	0,77	0,498	0,892
M3	2,55	0,68	0,530	0,892
M4	1,97	0,95	0,523	0,891
M5	2,38	0,77	0,605	0,890
M6	1,96	0,96	0,531	0,891
M7	2,27	0,81	0,624	0,890
M8	2,01	0,88	0,443	0,893
M9	2,52	0,67	0,594	0,891
M10	2,15	0,82	0,491	0,892
M11	1,80	1,05	0,244	0,897
M12	1,40	0,95	0,267	0,896
M13	2,19	0,92	0,225	0,897
M14	2,76	0,52	0,418	0,894
M15	2,78	0,57	0,612	0,891
M16	2,80	0,52	0,594	0,892
M17	1,61	1,00	0,383	0,894
M18	1,79	0,98	0,272	0,896
M19	2,36	0,77	0,459	0,893
M20	2,30	0,84	0,525	0,891
M21	2,36	0,96	0,237	0,897
M22	2,41	0,83	0,285	0,895
M23	2,52	0,79	0,382	0,894
M24	2,64	0,68	0,546	0,892
M25	2,51	0,77	0,518	0,892
M26	2,38	0,77	0,450	0,893
M27	2,05	0,83	0,243	0,896
M28	2,43	0,74	0,663	0,890
M29	1,56	0,94	0,433	0,893
M30	1,73	0,93	0,412	0,893
M31	1,66	0,97	0,398	0,894
M32	1,38	0,99	0,260	0,896
M33	2,05	0,76	0,447	0,893
M34	1,96	0,89	0,283	0,896
M35	2,40	0,69	0,359	0,894
M36	2,41	0,76	0,313	0,895
TOTAL	**78,8**	**13,8**		

1.2.2. Değişmezlik

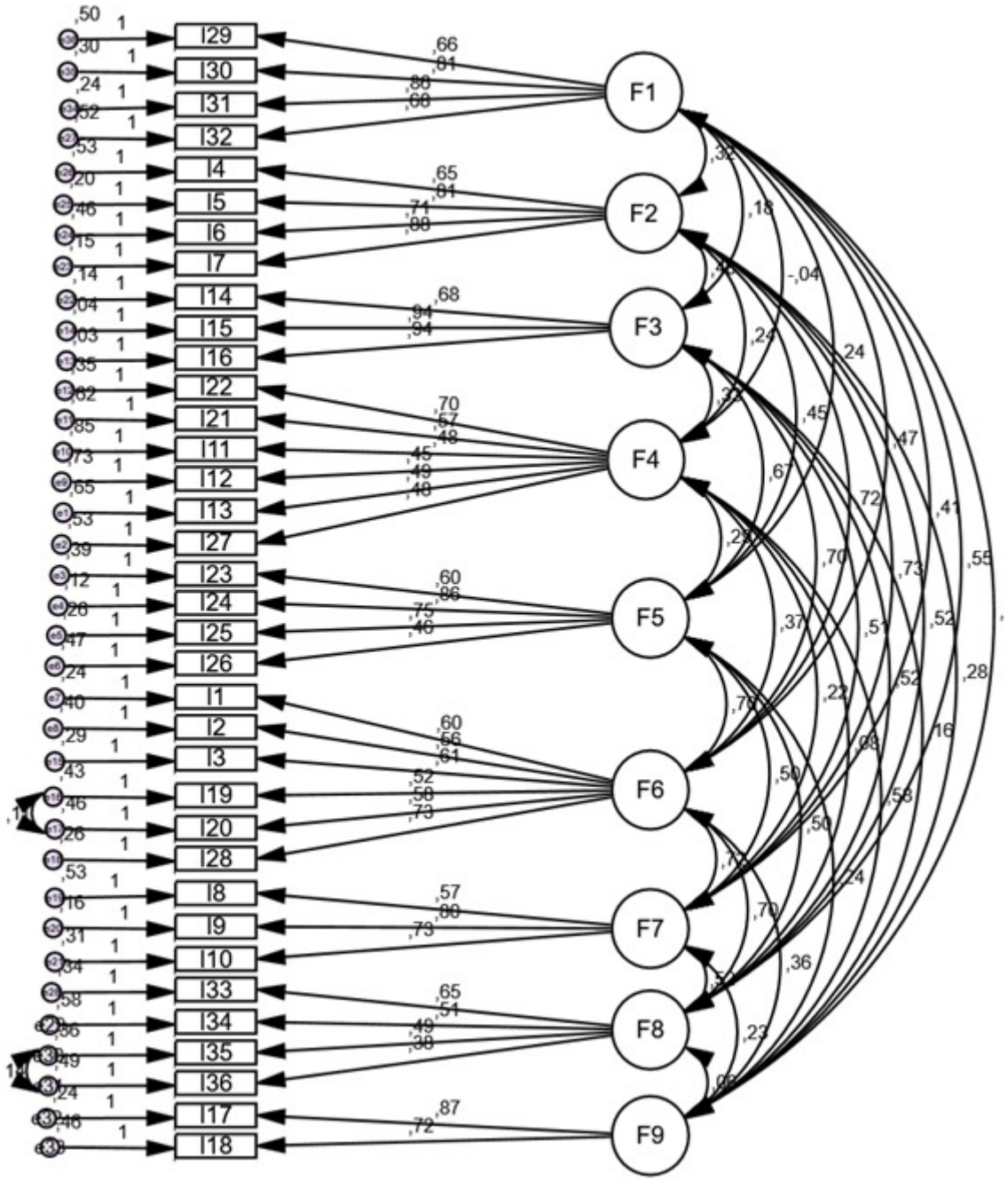
Ölçek, test tekrar test için 49 kişilik bir gruba iki hafta ara ile iki kez uygulanmıştır. Her iki uygulamadan elde edilen puanların sınıf içi korelasyon katsayısı (intraclass correlation coefficient) 0,881 ($p<0,001$) olarak bulunmuştur.

COVID-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeği için yapılan DFA sonucunda oluşturulan modelde uyum iyiliği değerleri incelendiğinde; CMIN/df oranı 2,470, RMSEA değeri 0,051, GFI değeri 0,88, NFI değeri 0,84 ve CFI değeri 0,90 olarak saptanmıştır. Elde edilen değerlerin iyileştirilmesi için modifikasyon indeksleri incelenmiş; e16 ile e17 ve e30 ile e31 arasında bir kovaryans yapısı önerilmiştir. İlgili yapı oluşturulup model yeniden çözümlenmiştir. Bu şekliyle CMIN/df oranı 2,238, RMSEA değeri 0,049, GFI değeri 0,89, NFI değeri 0,85 ve CFI değeri 0,91 saptanmıştır. Ölçeğe ait DFA sonuçları ve iyi uyum indeksleri Tablo 6' da gösterilmiştir (26).

Tablo 6: İyi uyum ölçütleri ve ölçeğin DFA sonuçları

Örneklem Büyüklüğü	**N>250**			**Elde Edilen Değerler**
Gözlemlenebilir Değişken Sayısı (observed variable)	**m ≤ 12**	**12< m <30**	**m ≥ 30**	
CMIN (χ2)	Anlamsız p değeri	Uygunluk iyi dahi olsa anlamlı p değeri	Anlamlı p değeri	**<0.001**
CMIN/df	χ2 /df<5			**2,338**
GFI	> 0,90	> 0,90	> 0,90	**0,89**
CFI	> 0,95	> 0,92	> 0,90	**0,91**
NFI- TLI	> 0,95	> 0,90	> 0,80	**0,85-0,90**
RMSEA	< 0,07	< 0,07	< 0,07	**0,049**

COVID-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeğinin boyutlarına ilişkin yol şeması Şekil 4'te verilmiştir. Şekil 4'te COVID-19 Hastalığı Risk Algısı ölçeğinin alt boyutlarındaki hata varyanslarının "Hastalığına yakalanma endişesi" alt boyutunda 0.24-0.52; "Toplumsal önlemler" alt boyutunda 0.15-0.53; "Kişisel önlemler" alt boyutunda 0.03-0.14; "Bulaşma riski" alt boyutunda 0.35-0.85; "Toplumsal yaptırımlar" alt boyutunda 0.12—0.47; "COVID-19 halk sağlığı endişesi" alt boyutunda 0.24-0.46; "Ortam ve eşyanın ortak kullanımı" alt boyutunda 0.16-0.53; "COVID-19 kaynaklı gelecek endişesi" alt boyutunda 0.34-0.58 ve "COVID-19 için yaş kısıtlaması" alt boyutunda 0.24 ve 0.46 olduğu görülmektedir. Diyagramda, standardize edilmiş parametre değerlerine bakıldığında "COVID-19 hastalığına yakalanma endişesi" alt boyutunda 0.66-0.86; "Toplumsal önlemler" alt boyutunda 0.65-0.88; "3 temel kural" alt boyutunda 0.68-0.94; "Bulaşma riski" alt boyutunda 0.45-0.70; "Toplumsal yaptırım düşünceleri" alt boyutunda 0.46—0.86; "COVID-19 halk sağlığı endişesi" alt boyutunda 0.52-0.73; "Ortak eşya ve yüzeylerdeki riskler" alt boyutunda 0.57-0.80; "Gelecek endişesi" alt boyutunda 0.38-0.65 ve "Yaşa bağlı kısıtlamalar" alt boyutunda 0.72 ve 0.87 olduğu bulunmuştur.



Şekil 4: Ölçeğe İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Sonuç

Bu çalışma sonucunda geliştirilen "COVID-19 Hastalığı Risk Algısı Ölçeği", COVID-19 hastalığına yönelik erişkin yaş grubunda risk algısının incelenmesi ve değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Bu ölçek 36 madde ve 9 alt boyuttan oluşmaktadır. Dörtlü Likert tipinde olan ölçekte 11, 12, 13, 17, 18, 21, 22 ve 27 numaralı sorular ters puanlanmakta olup ölçekten alınabilecek puan 0-108 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar için kesme değeri belirlenmemiş olup alınan puanın artması COVID-19 hastalığına yönelik risk algısının arttığını göstermektedir.

Geliştirilen bu ölçeğin farklı gruplar üzerinde yapılacak çalışmalarda kullanılması ile COVID-19 hastalığına yönelik risk algısının belirlenmesi sonucunda sağlık hizmet sunucularına ve politika yapıcılara katkı sağlaması beklenmektedir.

Kaynakça

1. WHO. Pneumonia of unknown cause – China [Internet]. [cited 2020 Nov 19]. Available from: https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/
2. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. Nat Microbiol. 2020;5(4):536–44.
3. WHO. Coronavirus (COVID-19) outbreak [Internet]. [cited 2020 Nov 19]. Available from: https://www.who.int/westernpacific/emergencies/covid-19
4. Sergeant A, Reekum EA Van, Sanger N, Dufort A, Rosic T, Sanger S, et al. Impact of COVID-19 and other pandemics and epidemics on people existing mental disorders : a with pre- systematic review protocol and suggestions for clinical care. 2020;1–10.
5. wikipedia. Risk Algısı [Internet]. [cited 2020 Nov 19]. Available from: https://tr.wikipedia.org/wiki/Risk_algısı
6. Ferrer R, Klein WM. Risk perceptions and health behavior. 2016;85–9.
7. Bennett D. Relationships Between Initial COVID-19 Risk Perceptions and Protective Health Behaviors: A National Survey . 2020;59(2):157–67.
8. Bennett D, Chiang C, Malani A. Learning during a crisis : The SARS epidemic in Taiwan. 2020;(January).
9. Bruin B De. Measuring Subjective Probabilities: The Effect of Response Mode on the Use of Focal Responses, Validity, and Respondents' Evaluations. 2018;
10. Slavec, Alenka; Drnovsek M. A perspective on scale development in entrepreneurship research. Econ Bus Rev. 2012;14(1):39–62.
11. Geçkil, Tahsin; Tikici M. A Study on Developing the Organizational Democracy Scale Örgütsel Demokrasi Ölçeği Geliştirme. Amme İdaresi Derg. 2015;48(4):41–78.
12. Çokluk, Ömay;Sekercioğlu, Güçlü;Büyüköztürk S. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve Listrel Uygulamaları. 3. baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2014.
13. Comrey, Adrew L.; Lee HB. A First Course in Factor Analysis. Second Edi. 1992. 1–20 p.
14. Floyd, Frank J.; Widaman KF. Factor Analysis in the Development and Refinement of Clinical Assessment Instruments. Psychol Assess. 1995;7:286–99.
15. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385–96.
16. Eskin M; Harlak H; Demirkıran F; Dereboy Ç. Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Analizi. Yeni Symp. 2013;51(3):132–40.

17. Z. Baltaş, Y. Atakuman YD. Standardization of the perceived stress scale, perceived stress in middle managers. In: Stress and Anxiety Research Society 19 the International Conference, Boğaziçi University. İSTANBUL; 1998.

18. Lee SA. Coronavirus anxiety scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. Death Stud. 2020;1–9.

19. Biçer İÇ, Cuma; Demir, Halil;Kurt ME. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu : Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Coronavirus Anxiety Scale Short Form : Turkish Validity and Reliability Study. Anadolu Klin Tıp Bilim Derg. 2020;0–3.

20. Arpaci I, Karataş K, Baloğlu M. The development and initial tests for the psychometric properties of the COVID-19 Phobia Scale (C19P-S) The development and initial tests for the psychometric properties of the COVID-19 Phobia Scale (C19P-S). Pers Individ Dif [Internet]. 2020;164(May):110108. Available from: https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110108

21. Tezbaşaran A. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. Ankara: Psikologlar Derneği Yayınları; 1996. 48–49 p.

22. Gözüm, Sebahat ; Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için Rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelik Araştırma Derg. 2003;1(5):3–14.

23. Lawshe CH. A Quantitative Approach to Content Validity. 1975;(1):563–75.

24. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Vol. 16, Psychometrika. 1951. p. 297–334.

25. McGraw KO, Wong SP. Forming Inferences about Some Intraclass Correlation Coefficients. Psychol Methods. 1996;1(1):30–46.

26. Yaşlıoğlu MM. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik : Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması [Factor analysis and validity in social sciences: Application of exploratory and confirmatory factor analyses]. Istanbul Univ J Sch Bus. 2017;46:74–85.

COVID-19 NEDENİYLE UZAKTAN EĞİTİM ALAN KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE KAS İSKELET SİSTEMİ RAHATSIZLIKLARI VE ERGONOMİK KOŞULLARIN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ümmügülsüm ÖZEL[1], *Kübra ŞAHİN*[2], *Medine Gözde ÜSTÜNDAĞ*[1], *Murat TOPBAŞ*[1], *Nazım Ercüment BEYHUN*[1]
[1]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Tekkeköy İlçe Sağlık Müdürlüğü*
gulsumkismet@gmail.com

Kas iskelet sistemi rahatsızlıkları (KİSR); kırıklar, burkulmalar ve incinmeler gibi tek veya sinir kompresyon bozuklukları (karpal tünel sendromu vb.), osteoartrit ile romatoid artrit vb. kümülatif travma nedeniyle oluşabilen durumlar olarak tanımlanmaktadır. Kas, ligament, tendon, sinir, kemik ve eklemleri etkileyen geniş bir yelpazede inflamatuvar ve dejeneratif durumları kapsamaktadır [1]. Kişilerde ağrı (genellikle kalıcı) ve hareketlilik, el becerisi ve genel işleyiş düzeyindeki kısıtlamalarla karakterize edilmektedir ve bu durum kişilerin yaşam kalitesinde farklı düzeylerde bozulmaya neden olmaktadır [2].

Kas iskelet sistemi rahatsızlıkları tüm dünyada morbiditenin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Küresel Hastalık Yükü (GBD) verilerinin 2019 yılı analizinde, dünya genelinde yaklaşık 1,71 milyar insanın kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına sahip olduğunu göstermiştir [2]. Bel ağrısı ve diğer kas iskelet sistemi rahatsızlıkları GBD çalışması 2019 için yapılan sistematik bir analizde Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY) oranlarında 1990 ile 2019 yılları arasında en büyük mutlak artışa sahip 10 neden arasında yer almaktadır ve genç yaşlardan ileri yaşlara kadar yaygın olarak görülmektedir. Ayrıca 1990 ile 2019 yılları arasında yaşa göre standardize edilmiş DALY oranlarında diğer kas iskelet sistemi rahatsızlıkları için %30,7 artış tespit edilmiştir [3]. Türkiye'de 2013 yılında yapılan "Ulusal Hastalık Yükü Çalışması" verilerine göre 2000-2013 yılları arasında bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında bel ve boyun ağrısına bağlı hastalık yükü %37 artmıştır [4].

KİSR özellikle eğilme, doğrulma, tutma, kavrama, bükme ve uzanma gibi günlük yaşamda zararsız olan vücut hareketleri nedeniyle meydana gelebilmektedir. Bu hareketleri zararlı hale getiren, çalışma esnasındaki tekrarların olması, kuvvet uygulama gereksinimi ve hızlı hareketlerdir. Bilgisayar kullananlarda klavye ve fare kullanımı gibi tekrarlı hareketler, statik pozisyon, vücudun yanlış pozisyonda kullanımı, kas iskelet sistemi rahatsızlıklarına neden olabilmektedir [5]. Oturma pozisyonunda çalışmak, çok fazla fiziksel efor gerektirmese de, uzun süreli ve uygunsuz vücut postüründe çalışma kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına yol açabilmektedir. [6]. Bilgisayar kullanan ofis çalışanlarını içeren birçok çalışma, uzun süreli oturma pozisyonunda çalışmanın ve bilgisayar kullanmanın kas iskelet sistemi rahatsızlıklarına neden olduğunu ve mevcut problemleri şiddetlendirdiğini göstermiştir. Madhwani ve ark. tarafından yapılan çalışmada oturarak çalışma süresi 4-7,5 saat olan çalışanlarda KİSR

semptomları, 2-4 saat olan diğer çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olarak saptanmıştır [7]. Ayrıca çalışma ortamının fiziksel koşulları ve kullanılan masa, sandalye ve diğer ekipmanların ergonomik açıdan uygun olmaması KİSR oluşmasına neden olabilmektedir. Korhonen ve ark. tarafından yapılan araştırmada çalışma ortamının aydınlatması, sıcaklığı ve büyüklüğü gibi fiziksel özelliklerinin boyun ağrısı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir[8]. Niekerk ve ark tarafından yapılan sistematik derlemede masa başı çalışanlarda ayarlanabilir özellikleri olan ergonomik sandalye müdahalesinin kas iskelet sistemi rahatsızlıklarını azalttığı gösterilmiştir[9].

Milyonlarca kişinin günlük alışkanlıkları, çalışma ve eğitim koşulları Covid-19 pandemisi ile mücadele kapsamında alınan önlemler nedeniyle büyük ölçüde değişmiştir. Tüm dünyada farklı şekil ve düzeylerde olmak üzere okullarda uzaktan eğitim süreci başlamıştır. Ülkemizde de Yükseköğretim Kurulu'nun almış olduğu kararla üniversiteler 23 Mart 2020 tarihi itibari ile kapasiteleri ölçüsünde uzaktan eğitime başlamıştır [10]. Edvar ve ark. tarafından uzaktan eğitim alan öğrencilerde kas iskelet sistemi bozukluklarının ergonomik koşullar ve çalışma şekli ile ilgili risk faktörlerinin incelendiği çalışmada sınırlı çalışma yeri desteğinin ve çalışma duruşunun kas iskelet sistemi rahatsızlıkları üzerinde etkili olduğunu göstermiştir [11]. Karingada ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise öğrencilerin yaklaşık %80'inin çevrimiçi öğrenime başladıklarından beri baş, boyun ve gözlerde bazı KİSR semptomlarının ortaya çıktığı belirtilmektedir [12].

Bu araştırmada COVİD-19 nedeniyle uzaktan eğitim alan Karadeniz Teknik Üniversitesi öğrencilerinde kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının ve ergonomik koşulların etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

1. Araştırma popülasyonu

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini Karadeniz Teknik Üniversitesi'nde eğitimine devam eden 33.219 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil edilecek katılımcılar kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Anketi eksiksiz tamamlayan 302 üniversite öğrencisi araştırmaya dahil edilmiştir.

2. Veri toplama aracı

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmış ve bu form SurveyMonkey aracılığı ile çevrimiçi anket formuna dönüştürülmüştür. Çevrimiçi anket formunun linki üniversite öğrencilerine Karadeniz Teknik Üniversitesi Bilgi İşlem Daire Başkanlığı aracılığı ile öğrencilerin sistemde kayıtlı e-posta adresleri aracılığı ile ulaştırılmıştır. Anket formu ulaştırıldıktan 15 gün sonra e-posta adresleri üzerinden hatırlatma yapılmıştır. Veri toplama 31.05.2021- 18.07.2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan anket formu 4 bölümden oluşmaktadır.

2.1. Sosyodemografik ve kişisel özellikler: Bu bölümde cinsiyet, yaş, eğitim alınan okul ve sınıf, boy, ağırlık, sigara kullanımı ve kronik hastalık durumu, gözlerde kırma kusuru ve gözlük/lens kullanımı sorgulanmıştır.

2.2. Online eğitim ve çalışma ortamı özellikleri: Uzaktan eğitim sürecinde günlük ortalama online ders süresi, nerede derse katıldığı, ders dinlemek için kullanılan teknolojik alet, harici klavye kullanımı, derse katılmak için kullanılan odanın aydınlatmasının, büyüklüğünün, masanın, sandalye/koltuğun ders çalışmak için rahat olup olmadığı, ders sırasında kullanılan sandalyenin; tekerlek varlığı, 360 derece dönebilirliği, yüksekliği ayarı yapılabilirliği, bel desteği, baş ve boyun desteği, sırt eğiminin ayarlanabilirliği, kol dayanağı ve ayarlanabilirliği gibi online eğitim ve çalışma ortamı özellikleri sorgulanmıştır.

2.3. Cornell Kas-İskelet Rahatsızlıkları Anketi: Anket Cornell Üniversitesinde kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının değerlendirmek için geliştirilmiştir [13]. Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Erdinç ve ark. tarafından 2008 yılında yapılmıştır [14]. Anket son 7 gün içinde 11 farklı vücut bölgesindeki (boyun, omuz, sırt, üst kol, bel, önkol, el bileği, kalça, üst bacak, diz ve alt bacak) ağrı, sızı ya da rahatsızlığın sıklığını, şiddetini ve iş yapabilmeye engel olup olmadığını değerlendirmektedir. Ağrıyı hissetme sıklığı "hiçbir zaman, haftada 1-2 kez, haftada 3-4 kez, her gün en az 1 kez, her gün birçok kez" cevapları sırasıyla 0, 1.5, 3.5, 5 ve 10; ağrı şiddeti ise "hafif şiddetliydi, şiddetliydi, çok şiddetliydi" ve işe engel durumu ise "hiç engel olmadı, biraz engel oldu, çok engel oldu" olan cevaplar sırasıyla 1, 2, 3 ile çarpılarak değerlendirilmektedir. Her bölge için ayrı ayrı hesaplanan puanlar toplanarak kas iskelet sistemi rahatsızlıklarını gösteren "Toplam Cornell Skoru" hesaplanmaktadır. Alınabilecek Toplam Cornell Skoru 0-1620 arasında puanlandırılmakta ve alınan puan arttıkça kas iskelet sistemi rahatsızlığının sıklığı, şiddeti ve iş yapabilmeye engel olma durumu artmaktadır.

2.4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UAFAA) Kısa Formu: Anket fiziksel aktivite düzeyini belirlemek için Craig ve ark. tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir [15]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Öztürk tarafından 2005 yılında yapılmıştır [16]. Anket son 7 günde en az 10 dakika yapılan fiziksel aktiviteyle ilgili soruları içermektedir. Ankette son 7 günde kaç gün ve her bir gün için ne kadar süre ile şiddetli aktiviteler, orta düzeyde şiddetli aktiviteler ve yürüyüş yapıldığı hakkında bilgi sağlanmaktadır. Son soruda ise son 7 günde günlük hareket etmeden oturarak, yatarak harcanan zaman dakika olarak belirlenmektedir. Fiziksel aktivite düzeyini belirlemek için MET yöntemi kullanılmaktadır. Bu aktiviteler için standart MET değerleri Craig ve ark. tarafından yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivite için sırasıyla 3,3; 4,0 ve 8,0 olarak belirlenmektedir. Dakika, gün ve MET değeri (istirahat oksijen tüketiminin katları) çarpılarak "MET dakika/hafta" olarak bir skor elde edilmektedir. Yürüme skoru, orta şiddetli aktivite skoru ve şiddetli aktivite skorunun toplanarak toplam aktivite skoru elde edilmektedir. Toplam aktivite skoruna göre fiziksel aktivite düzeyi inaktif; <600 MET-dakika/hafta, minimal aktif; 600 ve üzeri ile 3000 arası MET-dakika/hafta ve çok aktif düzey; 3000 ve üstü MET-dakika/hafta olarak belirtilmektedir. Fiziksel aktiviteler için standart MET değerleri ile fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi Tablo 1'de belirtilmiştir.

Tablo 1: MET yöntemiyle fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi

MET yöntemiyle fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi	
Yürüme skoru (MET-dakika/hafta)	3,3 * Yürüme süresi * Yürünen gün sayısı
Orta şiddetli aktivite skoru (MET-dakika/hafta)	4,0 *Orta şiddetli aktivite süresi * Orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı
Şiddetli aktivite skoru (MET-dakika/hafta)	8,0 * Yüksek şiddetli aktivite süresi * Şiddetli aktivite yapılan gün sayısı
Toplam aktivite skoru** (MET-dakika/hafta)	Yürüme + orta şiddetli aktivite skoru + şiddetli aktivite skoru

*** Fiziksel aktivite düzeyi <600; inaktif, 600 ve üzeri ile 3000 arası; minimal aktif, 3000 ve üstü; çok aktif düzey olarak belirtilmektedir.*

3. Verilerin analizi

Katılımcıların boy ve vücut ağırlıkları kullanılarak vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplanmıştır. VKİ DSÖ'nün kriterlerine göre <18.5, 18.5- 24.9, 25.0-29.9, >30.0 sırasıyla zayıf, normal kilolu, fazla kilolu ve obez şeklinde sınıflandırılmıştır [17].

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics for Windows SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik (Kolmogorov-Smirnov veya Shapiro-Wilk testleri) yöntemler ile değerlendirilmiştir. Ölçümsel verilerin analizinde Mann Whitney U veya Kruskall Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Tüm istatistik analizlerde önemlilik değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. Çalışma İzni

Araştırma için KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (21.04.2021 tarihli ve 24237859-378 sayılı) ve KTÜ Rektörlüğünden (10.03.2021 tarihli ve 44710342-929-12694 sayılı) izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin yaş ortalaması 22,0 ± 3,2 (18,0-53,0), 141'i (%46,7) kadındır. Katılımcıların 188'i (%62,3) normal VKİ' ye sahip, 66'sı (%21,9) sigara kullanmaktadır. Sigara kullanmakta olan katılımcıların kullandığı sigara miktarı ortalaması 3,4 ± 3,7 (0,0-18,0) paket yıldır. Katılımcıların 122' sinin (%40,4) fiziksel aktivite düzeyi inaktif, 112'sinin (%37,1) minimal aktiftir. Katılımcıların diğer sosyodemografik ve kişisel özellikleri Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2: Katılımcıların sosyodemografik ve kişisel özellikleri (N=302)

Değişkenler	**Ort. (± SS)**	**Min.-Maks.**
Yaş	22,0 (± 3,2)	18,0-53,0
Cinsiyet	**n**	**%**
Kadın	141	46,7
Erkek	161	53,3
Eğitim alınan fakülte/yüksekokul		
Mühendislik Fakültesi	97	32,1
Tıp Fakültesi	71	23,5
İktisadi ve idari Bilimler Fakültesi	27	8,9
Fen Fakültesi	24	7,9
Eczacılık Fakültesi	16	5,3
Sağlık Bilimleri Fakültesi	12	4,0
Of Teknoloji Fakültesi	11	3,6
Mimarlık Fakültesi	9	3,0
Edebiyat Fakültesi	9	3,0
Diş Hekimliği Fakültesi	8	2,6
Sürmene Deniz Bilimleri Fakültesi	4	1,3
Meslek Yüksekokulları*	12	3,9
Sınıf		
Hazırlık sınıfı	8	2,6
1. Sınıf	87	28,8
2. Sınıf	58	19,2
3. Sınıf	40	13,2
4. Sınıf	58	19,2
5. Sınıf	28	9,3
6. Sınıf	23	7,6
VKİ		
Zayıf	21	7,0
Normal	188	62,3
Fazla kilolu	65	21,5
Obez	28	9,3
Sigara kullanımı		
Evet	66	21,9
Hayır	199	65,9
Bırakmış	37	12,3

	Ort. (SS)	Min.-Maks.
Sigara paket yılı (n=66)	3,4 (± 3,7)	0,0-18,0
Kronik hastalık varlığı	**n**	**%**
Evet	63	20,9
Hayır	239	79,1
Gözde kırma kusuru varlığı		
Evet	131	43,4
Hayır	171	56,6
Gözlük/lens kullanımı (n=131)		
Evet	116	88,5
Hayır	15	11,5
Fiziksel aktivite düzeyi		
İnaktif	122	40,4
Minimal aktif	112	37,1
Çok aktif	68	22,5

*Meslek Yüksekokulu: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Trabzon Meslek Yüksekokulu, Araklı Ali Cevat Özyurt Meslek Yüksekokulu, Maçka Meslek Yüksekokulu, Sürmene Abdullah Kanca Meslek Yüksekokulu, Trabzon Sağlık Meslek Yüksekokulu

Katılımcıların 63'ünde (%20,9) kronik hastalık mevcuttur. Kronik hastalığı olan katılımcıların 19'unda (%6,3) kas iskelet sistemi hastalıkları, 11'inde (%3,6) solunum sistemi hastalıkları, 9'unda (%3) psikiyatrik hastalıklar, 6'sında (%2) endokrin hastalıklar, 6'sında (%2) sindirim sistemi hastalıkları, 5'inde (%1,7) migren, 4'ünde (%1,3) böbrek hastalıkları, 3'ünde (%1) alerjik hastalıklar, 3'ünde (%1) bağışıklık sistemi hastalıkları, 2'sinde (%0,7) kardiyovasküler sistem hastalıkları ve 2'sinde (%0,7) dermatolojik hastalıklar mevcuttur. Katılımcıların günlük ortalama ders süresi 3,4 ± 2,3 (0,3-12) saattir. Katılımcılar ortalama 38,0 ± 27,5 (0-180) dakikada bir ara vermektedir. Ders sırasında katılımcıların 235'i (%77,8) çalışma masasında, 29'u (%9,6) kanepe/koltukta, 20'si (%6,6) yemek masasında bulunmaktadır. Katılımcıların uzaktan eğitim ve çalışma ortamı özellikleri Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3: Katılımcıların uzaktan eğitim ve çalışma ortamı özellikleri

Değişkenler	Ort. ± SS	Min.-Maks.
Günlük ders süresi (saat)	3,4 ± 2,3	0,3-12
Kaç dakikada ara verildiği	38,0 ± 27,5	0-180
Derslere katılırken bulunan yer	**n**	**%**
Çalışma masası	235	77,8
Kanepe/koltuk	29	9,6
Yemek masası	20	6,6
Yatak	18	6,0
Derslere katılmak için çoğunlukla kullanılan teknolojik ürün		
Dizüstü bilgisayar	235	77,8
Cep telefonu	32	10,6
Masaüstü bilgisayar	29	9,6
Tablet	6	2,0
Harici klavye kullanımı		
Evet	79	26,2
Hayır	223	73,8
***Telefon/tablet tutucu kullanımı (n=38)**		
Evet	10	26,3
Hayır	28	73,7
Ders çalışırken kullanan fiziksel ortamın katılımcılar tarafından değerlendirmesi		
Masanın rahatlığı		
Evet	132	43,7
Kısmen	109	36,1
Hayır	61	20,2
Sandalyenin rahatlığı		
Evet	88	29,1
Kısmen	107	35,4
Hayır	107	35,4
Oda aydınlatmasının uygunluğu		
Evet	180	59,6
Kısmen	77	25,5
Hayır	45	14,9
Teknolojik aletin ekranında yansıma olması		
Evet	72	23,8
Kısmen	63	20,9
Hayır	167	55,3
Odanın büyüklüğünün yeterliliği		
Evet	207	68,5
Kısmen	56	18,5
Hayır	39	12,9

*Derslere katılmak için çoğunlukla telefon veya tablet kullanan katılımcılar cevaplamıştır.

Katılımcıların 205'inin (%67,9) ders sırasında kullandığı sandalye/koltuğun tekerleği ve 360 derece dönme özelliği bulunmamaktadır. 204'ünün (%67,5) yükseklik ayarı yapılmamaktadır. 51'inin (%16,9) sandalye/koltukta otururken dizleri 90° iken ayakları yere tam basamamaktadır. Ders sırasında kullanılan sandalye/koltuğun diğer özellikleri Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4: Ders sırasında kullanılan sandalye/koltuk özellikleri

Değişkenler	**n**	**%**
Tekerlek varlığı		
Evet	97	32,1
Hayır	205	67,9
	Ort. (± SS)	**Min.-Maks.**
Tekerlek sayısı (n=97)	4,8 (± 0,7)	3,0-6,0
360 derece dönebilmesi	**n**	**%**
Evet	97	32,1
Hayır	205	67,9
Yüksekliğinin ayarlanabilmesi		
Evet	98	32,5
Hayır	204	67,5
Sandalye/koltukta otururken ayakların yere tam basması		
Evet	251	83,1
Hayır	51	16,9
Sırt kısmı yüksekliğinin baş-boyun bölgesini destekleyecek yükseklikte olması		
Evet	61	20,2
Hayır	241	79,8
Baş-boyun desteği varlığı		
Evet	28	9,3
Hayır	274	90,7
Baş-boyun desteğinin kişiye uygunluğu (n=28)		
Evet	24	85,7
Hayır	4	14,3
Bel desteği varlığı		
Evet	109	36,1
Hayır	193	63,9
Bel desteğinin kişiye uygunluğu(n=109)		
Evet	56	51,4
Hayır	53	48,6
Sırt eğiminin ayarlanabilmesi		
Evet	44	14,6
Hayır	258	85,4
Kol dayanağı varlığı		
Evet	124	41,1
Hayır	178	58,9
Kol dayanağının ayarlanabilmesi (n=124)		
Evet	13	10,5
Hayır	111	89,5

Katılımcıların Toplam Cornell Skoru; ortalaması 76,6 ± 97,3 (0-624) olarak hesaplanmıştır.

Kadınların Toplam Cornell Skoru erkeklere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). VKİ normal olan katılımcıların Toplam Cornell Skoru fazla kilolu/obez olan katılımcılara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,029). Sosyodemografik ve kişisel özelliklerin Toplam Cornell Skoruna göre kas iskelet sistemi rahatsızlıkları ile ilişkisi Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5: Sosyodemografik ve kişisel özelliklerin Toplam Cornell Skoru ile karşılaştırması

Değişkenler	Median	Min.-Maks.	p değeri
Yaş			
21 yaş ve altı	51,0	0-624,0	0,077
21 yaş üstü	34,5	0-454,5	
Cinsiyet			
Kadın	62,0	0-522,0	**<0,001**
Erkek	26,5	0-624,0	
VKİ			
Zayıf	51,0	3,0-280,0	
Normal VKİ [a]	52,0	0-624,0	**0,029**
Fazla kilolu/obez [b]	30,5	0-258,0	
Sigara kullanımı			
Evet	53,0	0-624,0	0,370
Hayır/Bıraktım	45,5	0-522,0	
Kullanılan sigara miktarı			
2 paket/yıl ve altı	82,0	1,5-462,0	0,110
2 paket/yıl üstü	43,7	0-624,0	
Kronik hastalık varlığı			
Evet	62,0	0-522,0	0,051
Hayır	43,5	0-624,0	
Gözde kırma kusuru varlığı			
Evet	47,0	0-522,0	0,585
Hayır	47,0	0-624,0	
Gözlük/lens kullanımı (n=131)			
Evet	47,0	0-522,0	0,942
Hayır	49,0	0-434,0	
Fiziksel aktive düzeyi			
İnaktif	47,2	0-624,0	0,859
Minimal aktif	42,5	0-522,0	
Çok aktif	49,5	0-447,5	

*Farklı harfler arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Günlük ders süresi, kaç dakikada bir ara verildiği, derslere katılırken nerede bulunulduğu ve çoğunlukla kullanılan teknolojik ürün ile Toplam Cornell Skoru'nda istatistiksel olarak anlamlı farklılık ortaya çıkmamıştır. Harici klavye kullanmayan katılımcıların Toplam Cornell Skoru kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,024). Uzaktan eğitim ve çalışma ortamı özelliklerinin kas iskelet sistemi rahatsızlıkları ile ilişkisi Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6: Uzaktan eğitim ve çalışma ortamı özellikleri Toplam Cornell Skoru karşılaştırılması

Değişkenler	Median	Min.-Maks.	p değeri
Günlük ders süresi (saat)			
3 saat ve altı	45,5	0-624,0	0,941
3 saat üstü	49,0	0-522,0	
Kaç dakikada ara verildiği			
40 dakika ve altı	47,0	0-522,0	0,858
40 dakika üstü	47,0	0-624,0	
Derslere katılırken bulunan yer			
Çalışma masası	43,5	0-522,0	0,353
Yemek masası/kanepe-koltuk/Yatak	51,0	0-624,0	
Çoğunlukla kullanılan teknolojik ürün			
Dizüstü bilgisayar	47,0	0-522,0	0,489
Cep telefonu	50,7	0-624,0	
Masaüstü bilgisayar	39,0	0-274,5	
Tablet	17,0	4,5-624,0	
Harici klavye kullanımı			
Evet	29,0	0-454,5	**0,024**
Hayır	51,5	0-624,0	
Telefon/tablet tutucu kullanımı			
Evet	66,0	0-450,0	0,497
Hayır	45,7	0-624,0	
Ders çalışılan masanın rahatlığı			
Evet [a]	33,2	0-522,0	**<0,001**
Kısmen [b]	52,0	0-462,0	
Hayır [b]	56,5	0-624,0	
Ders çalışırken kullanılan sandalye rahatlığı			
Evet [a]	32,5	0-522,0	**0,007**
Kısmen [b]	47,0	0-462,0	
Hayır [b]	51.0	0-624.0	
Ders çalışırken kullanılan odanın aydınlatmasının yeterli olması			
Evet [a]	43,2	0-522,0	**0,028**
Kısmen	49,0	0-462,0	
Hayır [b]	70,0	0-624,0	
Kullanılan teknolojik aletin ekranında yansıma olması			
Evet	51,5	0-624,0	0,131
Kısmen	52,0	0-434,0	
Hayır	43,5	0-522,0	
Ders çalışırken kullanılan odanın büyüklüğü yeterliliği			
Evet [a]	42,5	0-522,0	**0,015**
Kısmen [b]	69,3	0-447,5	
Hayır [b]	74,5	0-624,0	

*Farklı harfler arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Ders sırasında kullanılan sandalye/koltuğun tekerleği olmayan katılımcıların Toplam Cornell Skoru daha yüksek bulunmuştur (p=0,046). Sandelye/koltuğu 360 derece dönebilme özelliği olmayan katılımcıların Toplam Cornell Skoru daha yüksek bulunmuştur (p=0,045). Ders sırasında kullanılan sandalye/koltuk özelliklerinin kas iskelet sistemi rahatsızlıkları ile ilişkisi Tablo 7'da sunulmuştur.

Tablo 7: Ders sırasında kullanılan sandalye/koltuk özellikleri Toplam Cornell Skoru karşılaştırılması

Değişkenler	Median	Min.-Maks.	p değeri
Tekerlek varlığı			
Evet	37,0	0-454,5	**0,046**
Hayır	49,0	0-624,0	
Tekerlek sayısı (n=97)			
Ergonomik açıdan uygun (5 tekerlekli)	30,5	0-454,5	0,211
Ergonomik açıdan uygun olmayan	53,0	0-366,0	
360 derece dönebilmesi			
Evet	35,0	0-454,5	**0,045**
Hayır	49,0	0-624,0	
Yüksekliğinin ayarlanabilmesi			
Evet	38,0	0-454,5	0,081
Hayır	49,0	0-624,0	
Sandalye/koltukta otururken ayakların yere tam basabilmesi			
Evet	45,5	0-624,0	**0,018**
Hayır	80,0	0-462,0	
Sırt kısmı yüksekliğinin baş-boyun bölgesini destekleyecek yükseklikte olması			
Evet	29,5	0-299,0	**0,029**
Hayır	49,0	0-624,0	
Baş-boyun desteği varlığı			
Evet	17,5	0-299,0	**0,009**
Hayır	47,75	0-624,0	
Baş-boyun desteğinin kişiye uygunluğu (n=28)			
Evet	12,7	0-299,0	0,066
Hayır	63,7	24-280,0	

Bel desteği varlığı			
Evet	33,0	0-522,0	**0,006**
Hayır	51,5	0-624,0	
Bel desteğinin uygunluğu(n=109)			
Evet	17,7	0-299,0	**0,001**
Hayır	54,0	1,5-522,0	
Sırt eğiminin ayarlanabilmesi			
Evet	32,5	0-299,0	**0,045**
Hayır	47,5	0-624,0	
Kol dayanağı varlığı			
Evet	41,5	0-624,0	0,116
Hayır	51,2	0-522,0	
Kol dayanağının ayarlanabilmesi (n=124)			
Evet	17,0	0-91,0	0,184
Hayır	43,0	0-624,0	

Bu çalışmada cinsiyet, vücut kitle indeksi, harici klavye kullanımı, ders sırasında kullanılan masa ve sandalyenin rahat olması, odanın büyüklüğü ve aydınlatmasının yeterliliği, sandalye/koltukta otururken ayakların yere tam basabilmesi, sandalyenin; tekerlekli olması, 360 derece dönebilmesi, sırt kısmı yüksekliğinin baş boyun bölgesini destekleyecek yükseklikte olması, baş, boyun ve bel desteğinin olması, bel desteğinin vücuda uygun olması, sırt eğiminin ayarlanabilmesi ile KİSR arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ancak gözde kırma kusuru olması, günlük ders süresi ve fiziksel aktivite düzeyi ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bu çalışma KİSR oluşmasını önlemek için çalışma ortamında ergonomik açıdan uygun masa ve sandalye kullanımının önemini göstermiştir. Ergonomik, ayarlanabilir çalışma sandalyesi/koltuğunun sağlanması KİSR oluşmasını önlenmesinde faydalı olacaktır. Otururken ayakların yere tam basmasını sağlamak için ayak desteği kullanılabilir. Otururken baş, boyun ve bel desteğinin sağlanması KİSR oluşma riskini azaltacaktır. Ergonomik açıdan uygun olmayan duruşların önlenmesi için harici klavye kullanılması faydalı olacaktır. Çalışma ortamının büyüklük, aydınlatma gibi fiziksel özelliklerinin iyileştirilmesi de KİSR oluşmasının önlenmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

1. L. Punnett and D. H. Wegman, “Work-related musculoskeletal disorders: The epidemiologic evidence and the debate,” J. Electromyogr. Kinesiol., vol. 14, no. 1, pp. 13–23, 2004, doi: 10.1016/j.jelekin.2003.09.015
2. WHO, “Musculoskeletal conditions,” 2021. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions.
3. C. Abbafati et al., “Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019,” Lancet, vol. 396, no. 10258, pp. 1204–1222, 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.

4. H. Ü. T. Fakültesi, "Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2017," 2017. https://tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf.

5. F. Mohammadipour, M. Pourranjbar, S. Naderi, and F. Rafie, "Work-related Musculoskeletal Disorders in Iranian Office Workers: Prevalence and Risk Factors," J. Med. Life, vol. 11, no. 4, pp. 328–333, 2018, doi: 10.25122/jml-2018-0054.

6. R. Baker, P. Coenen, E. Howie, A. Williamson, and L. Straker, "The short term musculoskeletal and cognitive effects of prolonged sitting during office computer work," Int. J. Environ. Res. Public Health, vol. 15, no. 8, p. 1678, 2018, doi: 10.3390/ijerph15081678.

7. P. N. Madhwani, Kishore P, "Web-based KAP Intervention on Office Ergonomics: A Unique Technique for Prevention of Musculoskeletal Discomfort in Global Corporate Offices," Indian J. Occup. Int. Med., vol. 21, no. 1, pp. 18–22, 2017, doi: doi: 10.4103/ijoem.IJOEM_145_17.

8. T. Korhonen, R. Ketola, R. Toivonen, R. Luukkonen, M. Häkkänen, and E. Viikari-Juntura, "Work related and individual predictors for incident neck pain among office employees working with video display units," Occup. Environ. Med., vol. 60, no. 7, pp. 475–482, 2003, doi: 10.1136/oem.60.7.475.

9. van Niekerk SM, Louw QA, and Hillier S., "The effectiveness of a chair intervention in the workplace to reduce musculoskeletal symptoms. A systematic review. [Review]," BMC Musculoskelet. Disord., 2012.

10. G. DURAK, S. ÇANKAYA, and S. İZMİRLİ, "COVID-19 Pandemi Döneminde Türkiye'deki Üniversitelerin Uzaktan Eğitim Sistemlerinin İncelenmesi," Necatibey Eğitim Fakültesi Elektron. Fen ve Mat. Eğitimi Derg., vol. 14, no. 1, pp. 787–810, 2020, doi: 10.17522/balikesirnef.743080.

11. M. Edwar, B. N. Moch, and E. Muslim, "Ergonomics and Workstyle Risk Factors Analysis of Musculoskeletal Disorders in Students Conducting Distance Learning," Sep. 2020, doi: 10.1145/3429789.3429796.

12. K. T. Karingada and M. Sony, "Demonstration of the relationship between MSD and online learning during the COVID-19 pandemic," J. Appl. Res. High. Educ., 2021, doi: 10.1108/JARHE-08-2020-0269

13. J. Sethi, J. S. Sandhu, and V. Imbanathan, "Effect of Body Mass Index on work related musculoskeletal discomfort and occupational stress of computer workers in a developed ergonomic setup," Sport. Med. Arthrosc. Rehabil. Ther. Technol., vol. 3, no. 1, pp. 1–7, 2011, doi: 10.1186/1758-2555-3-22.

14. O. Erdinc, K. Hot, and M. Ozkaya, "Turkish version of the Cornell Musculoskeletal Discomfort Questionnaire: Cross-cultural adaptation and validation," Work, vol. 39, no. 3, pp. 251–260, 2011, doi: 10.3233/WOR-2011-1173.

15. C. L. Craig et al., "International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity," Med. Sci. Sports Exerc., vol. 35, no. 8, pp. 1381–1395, 2003, doi: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB.

16. M. Öztürk, "Üniversitede Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği Ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi," Yüksek Lisans Tezi, HAcettepe ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, Ankara, pp. 20–25, 2005.

17. WHO, "Body mass index - BMI," [Online]. Available: https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi.

18. E. H. C. Woo, P. White, and C. W. K. Lai, "Musculoskeletal impact of the use of various types of electronic

devices on university students in Hong Kong: An evaluation by means of self-reported questionnaire," Man. Ther., vol. 26, pp. 47–53, 2016, doi: 10.1016/j.math.2016.07.004.

19. D. E. Treaster and D. Burr, "Gender differences in prevalence of upper extremity musculoskeletal disorders," Ergonomics, vol. 47, no. 5, pp. 495–526, 2004, doi: 10.1080/00140130310001638171.

20. J. D. Collins and L. W. O'Sullivan, "Musculoskeletal disorder prevalence and psychosocial risk exposures by age and gender in a cohort of office based employees in two academic institutions," Int. J. Ind. Ergon., vol. 46, pp. 85–97, 2015, doi: 10.1016/j.ergon.2014.12.013.

21. A. Devrim and P. Bilgiç, "Sağlığa İlişkin Risklerin Değerlendirilmesinde Vücut Kütle İndeksinin Kullanımı Yeterli midir?," Bozok Tıp Derg., vol. 9, no. 1, pp. 144–151, 2019, doi: 10.16919/bozoktip.379099

22. M. Helland, G. Horgen, T. M. Kvikstad, T. Garthus, and A. Aarås, "Will musculoskeletal and visual stress change when Visual Display Unit (VDU) operators move from small offices to an ergonomically optimized office landscape?," Appl. Ergon., vol. 42, no. 6, pp. 839–845, 2011, doi: 10.1016/j.apergo.2011.01.007.

23. K. P. Madhwani, 1, and PK Nag2, "Web-based kap intervention on office ergonomics: A unique technique for prevention of musculoskeletal discomfort in global corporate offices," Indian J Occup Env. Med, vol. 21, no. 1, pp. 18--22, 2017, doi: 10.31857/s013116462104007x.

24. M. Malińska, J. Bugajska, and P. Bartuzi, "Occupational and non-occupational risk factors for neck and lower back pain among computer workers: a cross-sectional study," Int. J. Occup. Saf. Ergon., 2021, doi: 10.1080/10803548.2021.1899650.

25. F. Mörl and I. Bradl, "Lumbar posture and muscular activity while sitting during office work," J. Electromyogr. Kinesiol., vol. 23, no. 2, pp. 362–368, 2013, doi: 10.1016/j.jelekin.2012.10.002.

26. G. Kaya Aytutuldu, T. Birinci, and E. Tarakcı, "Musculoskeletal pain and its relation to individual and work-related factors: a cross-sectional study among Turkish office workers who work using computers," Int. J. Occup. Saf. Ergon., 2020, doi: 10.1080/10803548.2020.1827528.

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE VATANDAŞTAN GELEN TALEPLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÖRNEĞİ

Muhammed ATAK, ***Şeyma HALAÇ***
Eyüpsultan İlçe Sağlık Müdürlüğü
seymahalac@gmail.com

Giriş ve Amaç

Vatandaşlar, sağlık ile ilişkili talep, şikayet, öneri ve geri bildirimlerini Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM 184), T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER), AÇIK KAPI, dilekçe ve arama gibi çeşitli kanallarla sağlık otoritelerine iletebilmektedir.

2020 yılı nisan ayında SABİM hattı Koronavirüs Danışma Hattı'na dönüştürülmüş, 2020 yılı eylül ayında acil olmayan fakat 112 üzerinden yapılan başvuruları koordine etmek üzere Hastane Koordinasyon Sistemi-112 Online aktive edilmiştir. Bu çalışmada, COVİD-19 pandemi döneminde kişilerin çeşitli iletişim kanalları ile yaptıkları başvurular üzerinden bir İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde yürütülen sağlık iletişimi çalışmalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, tanımlayıcı bir araştırmadır. Evrenini 01.03.2020-30.09.2021 tarihleri arasında İstanbul'da bir İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne farklı iletişim kanallarından (SABİM, CİMER, AÇIK KAPI, dilekçe, aramalar, Hastane Koordinasyon Sistemi-112 Online) yapılan 372.099 başvuru oluşturmaktadır. Aramalar hariç tutularak 12.741 başvuru değerlendirilmeye alınmıştır. Araştırmanın değişkenleri; başvuru yılı, başvuru kanalı, başvuru sahibinin cinsiyeti, başvuru nedeni, COVİD-19 ile ilişkisi, ilgili olduğu kurum, çözüm şekli'dir. Veriler; iletişim kanallarının veri tabanlarının retrospektif olarak incelenmesiyle elde edilmiş, SPSS V.21 programında analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler yüzde, oran; sayısal değişkenler ortalama, standart sapma ile ifade edilmiştir. Parametrelerin kendi içindeki değişimlerin analizinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırmanın gerekli izinleri alınmıştır.

Bulgular

01.03.2020-30.09.2021 tarihleri arasında İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne SABİM, CİMER, AÇIK KAPI geri bildirim kanallarıyla, dilekçe yoluyla ve Hastane Koordinasyon Sistemi-112 Online üzerinden toplamda 12.741 başvuru ve 359.358 arama gelmiştir. 12.741 başvurunun %96,87'si COVİD-19 pandemisi ile ilişkilidir. Başvuruların %68,64'ü Hastane Koordinasyon Sistemi, %26,74'ü SABİM, %4,45'i CİMER, %0,14'ü AÇIK KAPI kanallarından yapılmıştır. SABİM başvurularının %95,33'ü, CİMER'in %60,84'ü, Hastane Koordinasyon Sistemi üzerinden gelen başvuruların tamamı COVİD-19 ile ilişkilidir. Başvuru

sahiplerinin %52,97'si kadındır. Hastane Koordinasyon Sisteminde başvuruya söz konusu olan kişilerin yaş ortalaması 39,79 ±16,08 (Min:1, Mak:96)'dir. Kişilerin %74,95'i temaslı veya yakın temaslı, %22,39'u COVİD-19 pozitiftir. Hastane Koordinasyon Sistemi başvurularının %70,59'u COVİD-19 testi, %13,54'ü ilaç, %7,46'sı iş göremezlik rapor talebi ilgilidir. Hastane Koordinasyon Sistemi'ndeki taleplerin %99,22'si; şikayet ve geri bildirim kanallarından gelen taleplerin %94,78'i talep içeriğine uygun şekilde çözümlenmiştir.

Sonuç

COVİD-19 pandemi sürecinde yerel sağlık otoritelerine farklı iletişim kanalları üzerinden yapılan şikayet, öneri, geri bildirim ve taleplerin önemli bir kısmı COVİD-19 ile ilişkilidir. Çeşitli kısıtlamaların getirildiği, kişilerin fiziksel olarak erişiminin kısıtlandığı COVİD-19 pandemi sürecinde telefon ve online kanallar üzerinden kişilerin taleplerini iletebileceği geri bildirim mekanizmaları sağlık iletişimi açısından önemli bir fırsattır.

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE ALEKSİTİMİ, EMPATİ VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Aysel ÖZSABAN
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
ayselates87@gmail.com

Giriş-Amaç

Covid-19 pandemi sürecinde hemşirelerin mental sağlığının korunması ve stresin kontrol altına alınması en kritik konulardan biridir. Özellikle yoğun bakım hemşirelerinin diğer sağlık çalışanları arasında en fazla mental sağlık problemi yaşayan sağlık profesyonelleri olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda, yoğun bakım hemşirelerinin bakım verdikleri bireyler ile etkileşimini etkileyen aleksitimi, tükenmişlik sorunları ve empatik eğilim düzeyleri yakından izlenmelidir. Bu bilgiler doğrultusunda, bu araştırmada, pandemi sürecinde yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin aleksitimi, empatik eğilim ve tükenmişlik düzeyleri ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem

Kesitsel ve ilişki arayıcı türdeki araştırmanın evrenini, derneğe kayıtlı 926 yoğun bakım hemşiresi oluşturdu. Örneklemini ise, güç analizine göre belirlenen, evren içinden, araştırmanın amacı ve kapsamı konusunda yapılan bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden, 170 yoğun bakım hemşiresi oluşturdu. Veriler, Şubat-Mart 2021 tarihleri arasında, çevrimiçi ortamda, Hemşire Bilgi Formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği- 20 (TAS-20), Empatik Eğilim Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Envanteri aracılığıyla toplandı. Çalışmanın yürütülebilmesi için, Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu' ndan izin (2020-12-29T23_35_42) ve etik kurul onayı alındı (28.01.2021/24237859-88). Veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0 paket programında, tanımlayıcı istatistikler, korelasyon ve çoklu regresyon testleri ile analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin %81,2' si kadın, yaş ortalaması 30±6,20 yıl ve %67,6' sı lisans mezunu idi. Hemşirelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puan ortalaması 51,4± 10,7, duygularını tanımada güçlük, duygularını söze dökmede güçlük, dışa vuruk düşünme alt boyut puan ortalamaları sırasıyla, 16,7± 5,77; 12,5± 3,70; 22,2± 3,44 idi. Toronto Aleksitimi Ölçeği kesme puanına göre katılımcıların %25,30' unun (n=43) aleksitimik özelliklere sahip olduğu görüldü. Bununla birlikte, Empatik Eğilim Ölçeği toplam puan ortalamasının 67,7± 7,31, Maslak Tükenmişlik Envanteri duygusal tükenme, duyarsızlaştırma ve kişisel başarı alt boyut puan ortalamaları sırasıyla,

16,5±4.26; 7,70± 4,59; 14,1± 5,84 idi. Çoklu regresyon analizi sonuçları, kurulan regresyon modelinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu gösterdi (F (2,167) = 36,4, p <,001). Yoğun bakım hemşirelerinin empati ve tükenmişlik düzeylerinin aleksitimi düzeylerini açıklama oranının %30 olduğu belirlendi. Yoğun bakım hemşirelerinin empati düzeylerinin aleksitimi düzeylerini negatif yönde (β=-0,29, p<0,001), tükenmişliğin ise aleksitimi düzeylerini pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordadığı saptandı (β=35, p<0,001).

Sonuç

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, yoğun bakım hemşireleri için potansiyel aleksitimi ve tükenmişlik konusunda farkındalık kazandırılması, mental sağlığın korunmasında sosyal desteğin artırılması, yoğun bakım hemşirelerine yönelik empati eğitimi verilmesi, kurumlarda psikolojik destek birimlerinin yapılanması, yoga, meditasyon gibi bireysel güçlendirme yaklaşımlarının teşvik edilmesi yararlı olabilir. Bununla birlikte, aleksitimi ve tükenmişliğin azaltılması, empati eğiliminin artırılması için klinik uygulama ortamlarının iyileştirilmesine odaklanılmalıdır.

Kaynaklar

1. Çam, O. (1991). Hemşirelerde tükenmişlik (Burnout) sendromunun araştırılması. [Doktora Tezi] İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.
2. Dökmen, Ü. (1988). Empatinin yeni bir modele dayanarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 21; 155-190.
3. Greenberg, N., Weston, D, Hall, C, Caulfield, T., Williamson, V., Fong, K. (2021). Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. Occupational Medicine, 71, 62-67.
4. Güleç, H., Köse S., Güleç M. Y., Çitak S., Evren C., Borckardt J., Sayar K. (2009). Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). Bulletin of Clinical Psychopharmacology,19(3), 214-220.
5. Karasu F., Çopur, E.Ö. (2020). COVID-19 Vakaları Artarken Salgının Ön Safındaki Bir Yoğun Bakım Hemşiresi: "Cephede Duran Kahramanlar". Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 24(1), 11-14.
6. Murat, M., Köse, Savaşer, S. (2020). Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. International Journal of Mental Health Nursing.
7. Roberts, N.J., McAloney-Kocaman K., Lippiett, K., Ray E., Welch, L., Kelly, C. (2021). Levels of resilience, anxiety and depression in nursing working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. Respiratory Medicine, 176, 106219.

COVID-19 PANDEMİ SÜRESİNCE MEYDAN GELEN MEDYA TÜKETİM ALIŞKANLIKLARININ Y VE Z KUŞAĞI ÜZERİNDEKİ PSİKOLOJİK VE FİZİKSEL ETKİLERİ

Merve ÇAKIR
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Radyo ve Televizyon Yüksek Lisans Programı
mervecakir385@anadolu.edu.tr

Amaç

Bu çalışmanın amacı Covid19 sürecinde medya kulanım alışkanlıklarının değişimini ve bu değişimin Y e Z kuşağı üzerindeki psikolojik ve fiziksel etkilerini açıklamaktadır. Bu alışkanlıklardaki değişimle gelen sağlıksız etkiler istatistiklerle ortaya koyulacak ve yeni medya tüketim yönündeki değişimle beraber Y ve Z kuşağı üzerinden incelenecektir.

Bu çalışmada daha önce yapılmış olan araştırmaların istatistiki verileri kullanılacak olup, alışkanlıklardaki değişimin psikolojik ve fiziksel etkileri 1980-1995 ve 1996 - 2015 yılları arasında doğmuş olan kişiler üzerinden açıklamaya çalışılacaktır.

397 kişi ile yürütülen araştırmada, Y kuşağının araştırma ve iş birliği amacıyla sosyal medyadan daha fazla yararlandığı, X kuşağının daha çok iletişim kurma ve iletişimi sürdürme açısından yararlandığı, içerik paylaşma ve eğlence amaçlarında ise tüm kuşakların birleştiği belirtilmektedir.(Sarıtaş ve Barutçu, 2016)

Diğer taraftan bazı araştırmalarda Y ve Z kuşaklarının iş alanlarındaki sosyal medya kullanımlarının araştırıldığı görülmektedir. Bir araştırmada Y kuşağı profesyonellerinin personel bulma süreçlerinde sosyal ağlarını kullanmaya X kuşağı profesyonellerine göre orta seviyede daha yatkın olduğu belirtilmektedir (Erdal, 2018). X ve Y kuşaklarının sosyal medyada kurumsal içerikleri takip etme oranları ile kendi sosyal medya hesaplarında kurumsal paylaşım yapmalarına yönelik farklılaşmalarının da araştırıldığı görülmektedir.

Sosyal medya ağlarında fazla ve aşırı zaman geçirilmesi ve bu ağların kullanım sıklığının artış göstermesi ile hem pozitif hem de negatif sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Negatif etki ve sonuçlarının ise daha fazla ve çeşitli oldukları literatürdeki çalışma bulguları ile görülmektedir. Beyin gelişiminin devam ettiği ve hayat üzerine kariyer belirleme gibi evrelerin de belirdiği üniversite yaş aralığı, genç bireyler için psikolojik olarak dayanıklılık talep eden bir evre olarak görülmektedir. Y kuşağı bireylerinin, sosyal medya ağlarının yaşattığı olumsuz psikolojik etkilerden korunmak için; kullanım miktarını kademeli olarak azaltma ve kullanım sıklığı olarak da yine kademeli olarak sıklığı düşürme hedefleri belirlenebilir.

Kaynakça

1. Sarıtaş, E. ve Barutçu, S. (2016). Tüketici davranışlarının analizinde kuşaklar: Sosyal medya kullanımı üzerine bir araştırma.
2. Erdal, M. (2018). Personel bulma ve seçme süreçlerinde sosyal medya ağlarının rolü: X ve Y kuşakları açısından bir inceleme.
3. Deniz, L. ve Tutgun Ünal, A. (2019). Sosyal medya çağında kuşakların sosyal medya kullanımı ve değerlerine yönelik bir dizi ölçek geliştirme çalışması. OPUS–Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi
4. Ekşili, N. ve Antalyalı, Ö.L. (2017). Türkiye'de Y kuşağı özelliklerini belirlemeye yönelik bir çalışma: Okul yöneticileri üzerine bir araştırma, Humanities Sciences
5. Özdemir, Ş. (2017). Kuşaklar teorisine göre Türkiye'deki gençlerin medya kullanım alışkanlıkları ve İstanbul örneği.

COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SU TÜKETİM DURUMU

*Canan ASAL ULUS[1], **Pınar SÖKÜLMEZ KAYA**[2], Asiye COŞKUN[1]*
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğr. Üyesi – Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
sokulmezpinar@gmail.com

Su,insanyaşamınınentemelmaddelerindendir(Hakyemez,2019).Ayrıcasu,önemlibesinögesiolmasının yanı sıra, içinde bulundurduğu mineral ve bileşiklerle vücudumuzun her türlü biyokimyasal reaksiyonlarının gerçekleşmesinde son derece etkin rol almaktadır. Vücudumuzun ph dengesinin korunmasından başlayarak, hücrelerdeki moleküllere ve organellere dağılma ortamını oluşturması, organizmadaki atık maddelerin atılmasına kadar birçok işlevde önemli görev almaktadır. Bu önemli görevlerinden dolayı susuz hayat düşünülmemektedir (Baysal; 2008; Akın ve ark., 2007, Özsoy, S. 2009). Günümüzde insan vücudunun en bol bulunan bileşeni olan ve yaşa ve fizyolojik duruma bağlı olarak vücut ağırlığının yaklaşık % 55-75'ini oluşturan su temel bir besin maddesi olarak kabul edilmektedir (Barry M. Pompkin ve ark., 2010) Yetişkin bireylerde günlük tüketilmesi gereken su ihtiyacı yaklaşık 2-2.5 litredir (Bosi ve ark., 2020). Bu miktar kişilerin vücut ağırlığına ve fiziksel aktivite düzeylerine göre değişmektedir. Su, insan için o kadar önemlidir ki su olmadan ancak 2 - 4 gün yaşayabilmektedir. Bu araştırma,Üniversite öğrencilerin covid 19 pandemisi döneminde günlük tükettikleri su miktarını, su içme zamanları ve 24 saat içerisinde su dışında tüketilen diğer içecekler (hoşaf, çay, bitki çayı, maden suyu, meyve suyu, gazlı içecek, kahve, süt-ayran, enerji içeceğivb.) ve bu içeceklerin tüketim sıklıkları ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırmanın evreni, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik bölümünde Nisan –Haziran 2021 yıllarında eğitim alan 479 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmamıza 131 kişi katılmıştır. Veriler, anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmanın veri toplama süreci, Covid-19 pandemi döneminde gerçekleştirildiğinden verilere online olarak ulaşılmıştır. Katılımcılara verilerinin toplanmasında ise; google formlar aracılığıyla oluşturulan anket linki, whatsapp ve google classroom üzerinden gönderilerek katılımcılardan anket linkini doldurmaları istenmiştir. Verilerin analizinde elde edilen sonuçlar SPSS 26.00 istatistik programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için, ortalama ve standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile yüzdelik oranlar kullanılmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve fiziksel özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Grup	n	%
Cinsiyet	Kadın	112	85,5
	Erkek	19	14,5
Medeni Durum	Evli	15	11,4
	Bekar	116	88,6
Yaş (yıl)	18	19	14,5
	19	34	25,9
	20	31	23,7
	21	16	12,2
	22 ve üstü	31	23,7
Boy (cm)	159 ve altı	31	23,7
	160-169 arası	67	51,1
	170 ve üstü	33	25,2
Kilo (kg)	50 ve altı	38	29
	51-60 arası	55	42
	61-70 arası	20	15,3
	71 ve üstü	18	13,7
Hastalığa sahip olma durumu	Evet	5	3,8
	Hayır	126	96,2

Tablo 1'de görüldüğü üzere öğrencilerin %85,5'i kadın ve %14'5'i ise erkektir. Medeni durumlarına bakıldığında %11,4'ünün evli ve %88,6'sının bekar olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %25,9'u 19 yaşındadır. Araştırmaya katılanların %23,7'si 159 cm ve altı, %51,1'i 160-169 cm arası ve %25,2'si ise 170 cm ve üstü boya sahiptir. Katılımcıların %29'u 50 kg ve altı, %42'si 51-60 kg arası, %15,3'ü 61-70 kg arası ve %13,7'si ise 71 kg ve üstü ağırlığa sahiptir. Katılımcıların %96,2'si hiçbir hastalığa sahip olmadığını belirtmiştir. Hastalığa sahip olan katılımcıların biri hipertroidi hastası, biri hemoroid hastası ve üçü de migren hastalığına sahip olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2. Tüketilen su miktarı ve türlerinin dağılımı

Değişkenler	Grup	n	%
Günlük yaklaşık tüketilen su miktarı (lt)	1 ve altı	30	22,9
	1,5	39	29,8
	2	35	26,7
	2,5	18	13,7
	3 ve üstü	9	6,9
İçilen suyun türü	Hazır su	48	36,6
	Musluk suyu	28	21,4
	Arıtma cihazında arıtılan su	31	23,7
	Kaynak suyu	24	18,3
	Hazır su	48	36,6

Tablo 2'de araştırmaya katılan öğrencilerin günlük tükettikleri su miktarlarına bakıldığında %22,9'u 1 litre ve altı, %29,8'i 1,5 litre, %26,7'si 2 litre, %13,7'si 2,5 litre ve %6,9'u 3 litre ve üstünde su tükettiği görülmektedir. Katılımcıların %36,6'sı hazır su, %21,4'ü musluk suyu, %23,7'si arıtma cihazında arıtılan su ve %18,3'ü de kaynak suyu içmeyi tercih ettiği görülmektedir. En çok tercih edilen su türünün hazır su olduğu diğer su türlerinin de benzer oranda tercih edildiği görülmüştür.

Tablo 3. Tüketilen su miktarının yetersizlik nedenlerinin dağılımı

Değişkenler	Grup	n	%
Tüketilen su miktarını yeterli buluyor musunuz?	Evet	57	43,5
	Hayır	74	56,5
Yeterli bulmama nedenleri	Su içmeyi unutuyorum	60	77,9
	Su içmeyi sevmiyorum	3	3,9
	Suyun tadını beğenmiyorum	3	3,9
	Su içme ihtiyacı hissetmiyorum	43	55,8
	İdrara çıkmaktan kaçınıyorum	4	5,2
	Su içmek zor geliyor	1	1,3

Tablo 3'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan katılımcıların %43,5'i günlük tükettikleri su miktarını yeterli bulurken, %56,5'i yeterli bulmamaktadır. Katılımcılara günlük tükettikleri su miktarını yeterli bulmama nedenleri sorulduğunda %77,9'u su içmeyi unuttuklarını; %55,8'i su içme ihtiyacı hissetmediklerini, %5,2'si idrara çıkmaktan kaçındıklarını nedeniyle yeterli miktarda su içmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4. Gün içinde su tüketim zamanlarının dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Su tüketim zamanları	Sabah uyanınca	94	71,2
	Öğün aralarında	79	59,8
	Yemek sırasında	61	46,2
	Yemeklerden sonra	78	59,1
	Su görünce	52	39,4
	Birisi hatırlattığında	27	20,5
	Susayınca	104	78,8
	Yatmadan önce	74	56,1
	Gece uyanınca	45	34,1

Tablo 4 'de görüldüğü üzere araştırmaya katılanların %78,8'i susayınca su içtiklerini bildirmişledir. Su içme zamanlarına bakıldığında %71,2'si sabah uyanınca, %59,8'i öğün aralarında, %59,1'i yemeklerden sonra, %56,1'i yatmadan önce, %47'si aklına her geldiğinde, %46,2'si yemek sırasında, %39,4'ü su görünce, %34,1'i gece uyanınca ve %20,5'i de birisi hatırlattığında su içtiklerini bildirmişlerdir.

Tablo 5. Son 24 saat içerisinde su dışında tüketilen içeceklerin dağılımları

Değişken	Grup	n	%
24 saat içerisinde tüketilen içecekler	Hoşaf	18	13,7
	Çay	101	77,1
	Bitki çayı	36	27,5
	Maden suyu	23	17,6
	Meyve suyu	22	16,8
	Gazlı içecek	27	20,6
	Kahve	58	44,3
	Süt-ayran	48	36,6
	Enerji içeceği	1	0,8
	Diğer	6	4,6

Tablo 6. Su dışındaki içeceklerin tüketim sıklıkları

	Her gün		Haftada 2-3 kez		15 günde 1		Ayda 1		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ayran-süt	20	15,3	76	58	21	16	12	9,2	2	1,5
Çay	84	64,1	31	23,7	10	7,6	3	2,3	3	2,3
Kahve	57	43,5	37	28,3	19	14,5	13	9,9	5	3,8
Bitki çayı	19	14,5	42	32,1	26	19,8	20	15,3	24	18,3
Hoşaf	2	1,5	9	6,9	22	16,8	46	35,1	52	39,7
Maden suyu	8	6,1	35	26,7	21	16	45	35,4	22	16,8
Meyve suyu	1	0,7	12	9,2	41	31,3	58	44,3	19	14,5
Gazlı içecekler	10	7,6	23	17,6	24	18,3	40	30,5	34	26
Enerji içeceği	-	-	7	5,3	6	4,6	12	9,2	106	80,9

Tablo 6'da Araştırmaya katılan öğrencilerin su dışında tükettikleri içeceklerin tüketim sıklıkları bakıldığında katılımcıların %15,3'ü her gün, %58'i haftada 2-3 kez, %16'sı 15 günde 1 ve %9,2'si ise ayda 1 kez ayran –süt tükettiğini, %1,5'i ise hiç tüketmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %64,1'i her gün, %23,7'si haftada 2-3 kez, %7,6'sı 15 günde 1 ve %2,3'ü ise ayda 1 kez çay tükettiğini belirtirken; %2,3'ü ise hiç tüketmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %43,5'i her gün, %28,3'ü haftada 2-3 kez, %14,5'i 15 günde 1 ve %9,9'u ise ayda 1 kez kahve tükettiğini belirtirken, %3,8'i ise hiç tüketmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %14,5'i her gün, %32,1'i haftada 2-3 kez, %19,8'i 15 günde 1 ve %15,3'ü ise ayda 1 kez bitki çayı tükettiğini belirtirken, %18,3'ü ise hiç tüketmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %1,5'i her gün, %6,9'u haftada 2-3 kez, %16,8'i 15 günde 1 ve %35,1'i ise ayda 1 kez hoşaf tükettiğini belirtirken, %39,7'si ise hiç tüketmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %6,1'i her gün, %26,7'si haftada 2-3 kez, %16'sı 15 günde 1 ve %35,4'ü ise ayda 1 maden suyu tükettiğini belirtirken, %16,8'i ise hiç tüketmediklerini belirtmiştir. Katılımcıların %0,7'si her gün, %9,2'si haftada 2-3 kez, %31,3'ü 15 günde 1 ve %44,3'ü ise ayda 1 kez Meyve suyu tükettiklerini belirtirken %14,5'i ise hiç tüketmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %7,6'sı her gün, %17,6'sı haftada 2-3 kez, %18,3'ü 15 günde 1 ve %30,5'i ise ayda 1 kez gazlı içecek tükettiğini belirtirken, %26'sı ise hiç tüketmediğini belirtmiştir. Enerji içeceği tüketim sıklığı incelendiğinde ise hiçbir katılımcının her gün enerji içeceği içmediği %9,2'si haftada 2-3 kez, %31,3'ü 15 günde 1 ve %44,3'ü ise ayda 1 enerji içeceği tükettiğini %14,5'i ise hiç tüketmediğini belirtmişlerdir.

Bu çalışmada öğrencilerin %47,3'ünün günlük 2 litre ve üstü su içtikleri; %52,7'sinin yeterli miktarda su tüketmediklerini göstermektedir. Su tüketimlerini yetersiz bulan öğrencilerin yetersiz bulma nedenleri arasında en çok tercih edilen neden su tüketmeyi unutmak ve ikinci en çok tercih edilen neden ise su içme ihtiyacı hissetmemek olmuştur. Öğrencilere su içme zamanları sorulduğunda en çok susayınca ve sabah uyanınca su içtiklerini belirtmişlerdir. Su dışında en çok tercih edilen

sıvı içecek çay olurken, ikinci sırada ise kahve gelmektedir. Bu sonuçlara göre çalışmaya katılan öğrencilerinin yeterli düzeyde ve bilinçli olarak su ve sıvı tüketmedikleri görülmektedir.Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin meslek derslerinde su ve sıvının önemini bildikleri halde, özellikle covid pandemisi döneminde evde kaldıkları bu süre içinde su ve sıvı ihtiyaçlarının karşılanmamaları düşündürücüdür. Suyuni insan sağlığını korumadaki önemli rolü düşünüldüğünde konu hakkında derslerde ve eğitimlerde farkındalık yaratmak önem kazanmaktadır. Bu nedenle beslenme ve diyetetik bölümü müfredatına su tüketiminin önemiyle ilgili derslerin eklenmesi gerekliliği vurgulanmalı; konuya dikkat çekilip öğrencilerin bilinçlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Kaynakça

1. Akın, M., Akın, G. (2007). Suyun Önemi, Türkiye'de Su Potansiyeli, Su Havzaları ve Su Kirliliği, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi 47, 2, s: 105-118.
2. Baysal, A. Beslenme; Hatioğlu yayınevi;20. Baskı,2020; s:113.
3. Barry, M. Popkin, Kristen E. D'Anci ve Irwin H. Rosenberg. Water, Hydration and Health. Nutr Rev. 2010 August ; 68(8): 439–458.
4. Bosi, A.T.B., Çoban, T., Akıncı, C.E., Alaoğlu, N., Avcı, Ş.N., Başkaya, F., Erturul, E., Foti, E., Haroon, A., İş, İ, Kılıç, İ.E. Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinin (İntörnlerin) Su Tüketim ve Defekasyon Alışkanlıklarının İncelenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2020, 29(2), 102-108.
5. Hakyemez, C. (2019). Su: Yeni Elmas, Türkiye Sınai Kalkınma Bankası, İstanbul.
6. Özsoy, S. (2009). Su ve Yaşam: Suyun Toplumsal Önemi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi. Ankara.

COVID – 19 PANDEMİSİ SONRASI ÇEVRİMİÇİ OLARAK DÜZENLENEN KISA FİLM FESTİVALLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ VE BU DÖNÜŞÜMÜN SEYİRCİNİN İZLEME PRATİKLERİNE ETKİLERİ

Mehmet Oğuz YILDIRIM
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema ve Televizyon Yüksek Lisans Programı
yildirimmehmetoguz@gmail.com

Covid – 19 salgının başlaması ile fiziki mekânlarda yüz yüze bir şekilde gerçekleştirilen birçok etkinlik ya iptal edildi ya da çevrimiçi platformlara taşındı. Kısa film festivalleri de bu durumdan nasibini alarak etkilendi ve çevrimiçi bir şekilde düzenlenmeye başlandı. Film festivallerinin nihai amacı bir filmin dağıtımı ve gösterimi üzerine kuruludur. Özellikle kısa film için festivaller uzun metraja filmlere nazaran gösterim olanağı bulması açısından ülkemizde çok daha büyük bir önem taşır. Kısa film festivalleri bu dağıtım ve gösterimin etrafında seyirci ile film üretenler arasında bir iletişim oluşturur. Bu iletişim aynı sektörün içinde üretimlerini sergileyen kısa filmcilerin de bir birleri ile iletişim ve etkileşim kurduğu bir alana dönüşür. Kısa filmlerin festivaller dışında kalan ticari sinema salonlarında gösterimi yok denebilecek kadar kısıtlıdır. Kısa film festivalleri, kısa filmlerin seyirci ile buluşması yönünden ve film üretiminin devamı için önemli bir yer tutmaktadır. Salgının getirisi olan kısıtlama ve yasakların çerçevesinde gelişen çevrimiçi kısa film festivallerinin bu geçişe ayak uydurmak durumunda kalmıştır. Bu araştırmanın amacı çevrimiçi platformlar üzerinden düzenlenen kısa film festivallerinin seyirciye ve film üreticilerine sağladı avantaj ve dezavantajların neler olduğunu öğrenmektir.

Çevrimiçi ortamlara geçişisin ardından kısa film festivallerine katılan filmlerin nitelik ve nicelik değişimini diğer yıllarla karşılaştırarak araştırılmıştır. Katılımcı gözlem, doküman inceleme ve bunun yanında ek olarak nicel istatistiki veriler üzerinden bu araştırma kurgulanmıştır. Kısa film festivali seyircisin bu mecra farklılaşmasına verdiği tepkinin boyutu araştırılmıştır. Seyircinin çevrimiçi platformlardaki kısa film festivallerine gösterdiği ilginin, fiziki olan kısa film festivallerine oranla hangi yönlü bir değişim gerçekleştirdiği, belirli kısa film festivalleri üzerinden araştırılmıştır. Kısa film festivallerinin gerçekleştirdiği bu dönüşüm üzerinden izleyicinin kısa film festivalinin takibinin, fiziki olarak düzenlenen kısa film festivallerine kıyasla hangi seviyede kaldığı irdelenmiştir.

Elde edeceğimiz bulgular ve araştırma üzerinden belki de artık hayatımızda kalıcı olarak yer edinecek olan çevrimiçi, uzaktan yapılacak kısa film festivallerinin seyirci ile iç içe geçecek şekilde kalitesini arttırmaya yönelik fikirler elde edilebilir.

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN MASKE KULLANIMI İLE İLGİLİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

***Sevil TURHAN*[1]**, *Yusuf Emre BOSTAN*[1], *Elif ÇİL*[2], *Nalan ÖZEN*[1], *Nazım Ercüment BEYHUN*[1], *Murat TOPBAŞ*[1]
[1]*Karadeniz Teknik Üniversitesi*
[2]*Celal Bayar Üniversitesi*
sevilikinci@gmail.com

İki bin on dokuz yılı Aralık ayında Çin Halk Cumhuriyeti'nin Dünya Sağlık Örgütü'ne bildirdiği atipik pnömoni olgularının yeni bir coronavirüsten kaynaklandığı Ocak 2020'de anlaşılmıştır[1] ve DSÖ, yeni bir hastalık salgınının yönetimi ile ilgili konuları kapsayan sağlık çalışanlarına yönelik kapsamlı bir geçici rehber hazırlayarak ülkelerin kullanımına sunmuştur. Bu rehber ile solunum ve el hijyeninin önemine dikkat çekilerek nCoV enfeksiyonu şüphesi taşıyanların medikal / tıbbi maske kullanması önerilmiştir ve kişisel koruyucu ekipmanların akılcı kullanılması gerekliliği hatırlatılmıştır[2]. Standart önlemler yanında, aile üyeleri, ziyaretçiler ve sağlık çalışanları da dahil olmak üzere tüm bireylerin medikal / tıbbi maske kullanımını da içeren temas ve damlacık önlemlerini uygulamasından bahsedilmiştir[3]. Ocak ayının sonunda maske kullanımına yönelik tavsiyelerini yayımlamıştır[4]. DSÖ tarafından hastalık Şubat ayında COVID-19 olarak isimlendirilerek "pandemi" ilan edilmiştir. 1,5. Solunum yolunu etkileyen hava ve damlacık yoluyla bulaşan bir hastalık olması nedeniyle hasta olanların maske kullanması önerilmiştir 5,6. Sağlık çalışanlarının her halükârda standart izolasyon yöntemlerinin ötesinde solunum yolu izolasyon yöntemleri ile hastalara müdahalede bulunmaları tavsiye edilmiştir 3,5. Pandemi sürecinin başlangıcında N95-N99 veya FFP2-FFP3 gibi solunum yolu koruyucularının yalnızca sağlık çalışanları tarafından kullanılması, COVID-19 şüphesi taşıyan (yüksek ateş, nefes darlığı, öksürük…) kişilerin cerrahi / medikal maske kullanması önerilmiştir 3. Hastalığın yaygınlaşması ve asemptomatik bireyleri belirlemenin güçlüğünden dolayı, ülkemizde herkesin maske kullanmasını zorunlu hale getirilmiştir. Cerrahi / medikal ya da tıbbi olarak adlandırılan maskeler görece daha ucuz olsa da bireylerin yanında temiz maske bulundurma, nemlendiğinde, kirlendiğinde, hasar gördüğünde değiştirme gerekliliği, hatta piyasada sürekli aynı kalite standardında ürün bulma güçlüğü gibi nedenler, bu maskelerin sürekli kullanılmasını engelleyebilmektedir[3]. Bazı bireyler ev yapımı / kumaş maske kullanmaktır. Gerek DSÖ gerek TC Sağlık Bakanlığı kumaş maskelerin kullanımını yasaklamamış, üretim ve kullanımında dikkat edilmesi gereken konuları belirleyerek halka duyurmuştur 3,6,7,8 Doktorların ve tıp fakültesi öğrencilerinin COVID-19 hastalığına yakalanma riski ve bir diğer kişiye bulaştırma olasılığı genel topluma oranla daha yüksektir.[9] Pandemi sürecinin başından beri ilk tespit edilen bilgi hastalığın solunum yolu ile bulaştığı olup korunma önerilerinin başında maske kullanımı, kişiler arası mesafenin artırılması ve hijyen gelmektedir. Hastalığa yönelik çeşitli aşılar geliştirilmiş olsa

da maske kullanımına devam etmek hala önemlidir.10,11 Toplumun tamamında etkin bağışıklık düzeyi oluşturulana kadar etkenin dolaşım hızını yavaşlatmanın (kontrol altına almanın) yolu bir yandan aşılamaları sürdürmek, diğer yandan aşı öncesinde olduğu gibi maske, mesafe ve hijyen kurallarına devam etmektir.11 Tıp fakültesi öğrencilerinin maske kullanımına dair bilgi, tutum ve davranış durumlarının belirlenmesi, önerilen önlemlere uymadaki kırılma noktalarının belirlenmesini sağlayacaktır. Bu çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin maske kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan izin alınarak ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2020/321 numaralı Onay alınarak yürütülmüştür.

Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. 2020-2021 eğitim öğretim döneminde tıp fakültesine kayıtlı öğrenci sayısı 1551'dir. Örneklem seçilmemiş olup en fazla sayıda katılımcıya ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formu 2020 Ekim, Kasım, Aralık ve 2021 Ocak aylarında (4 ay boyunca), tıp fakültesi öğrencilerine çevrimiçi ortamda sunulmuştur. Veri toplama formunun birinci bölümü sosyodemografik ve sağlık bilgilerini içeren 21 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümü 4 çeşit maske (Tıbbi, ventilsiz N95/FFP2, kumaş maske ve ventilli N95/FFP2) görseli içermektedir. Bu maskelerin ismi, kullanım amacı, ventil özelliği ve yeniden kullanım özelliğine yönelik bilgiler sorulmaktadır. Üçüncü bölümde çeşitli senaryolar verilerek nasıl bir davranış sergileyeceğini düşündüğünü yanıtlaması istenmiştir. Dördüncü bölümde maske taktığı zaman kendi görüntüsü ile ilgisi algısı sorgulanmıştır. Beşinci bölümde uygun ya da uygun olmayan bazı maske kullanım biçimleri çizimleri gösterilerek açıklanmış ve bu şekilde kullanımı deneyimleme durumu sorgulanmıştır. Altıncı bölümde maske kullanımına bağlı olarak deneyimlediği semptom ve bulgular sorulmuştur. Yedinci bölümde maske kullanımına bağlı zorluk deneyimleri sorgulanmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS 23.0 kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak verilmiştir. Dört maskeye ilişkin dört bilgi sorusu sorulmuş her bir doğru yanıta 1 puan verilerek 0 ile 16 arasında toplam bilgi puanı oluşturulmuştur. Ortalamalar arasındaki farklar Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile ölçülmüştür. Tüm istatistiki analizlerde önemlilik değeri $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Çalışmaya 209 öğrenci katılmıştır. Yaş ortalaması 21,78 ± 2,08 yıl, %58,4'ü (n=122)kadın, %60.0 (n=127)'ı 4.,5. veya 6. sınıf, %19,1 (n=40)'i hasta başında eğitim almış öğrencilerdir. Yüzde 50.2 (n=105)'si gözlük, %25.8 (n=54)'i kontakt lens, 1 öğrenci ise işitme cihazı kullanmaktadır. Öğrencilerin %3.8 (n=8)'i COVID-19 tanısı almış, %15.8 (n=33)'i yakın temas nedeniyle karantina süreci geçirmiştir. Bir öğrenci toplumda maske kurallarına uymadığı için cezai yaptırıma uğramıştır (Tablo1). Toplam bilgi puanı ortanca (min - mak) =14 (10-16)'tür. Maskelerin isimleri ile ilgili bilgi puanı ortanca 4 (1-4), kullanım amacı bilgi puanı ortanca 3 (1-4), ventil özelliği bilgi puanı ortanca 4 (1-4) ve yeniden kullanım özellikleri bilgi puanı ortanca 4 (2-4)'tür.

Kadınlar ile erkeklerin bilgi puanı ortalamaları benzerdi (p>0,05) (Mann Whitney U). Toplam puanı oluşturan alt puan ortalamalarında da önemli fark yoktu (Tablo2).

Öğrenim görülen sınıfa göre ve bilgi puanları ortalamaları arasındaki fark önemliydi. Sınıflar arasındaki farktan öte klinik uygulamalara başlama durumunun etkisini inceledik. Sınıfları preklinik dönem (1.,2. ve 3. sınıf) ve klinik dönem (4., 5. ve 6. sınıf) olarak iki grup yaparak inceledik. Toplam puan ve tüm alt puan grupları arasında önemli fark vardı. Klinik dönem öğrencilerinin bilgi puanları (14,5 ± 1,4) preklinik dönem öğrencilerinden (13,4 ± 1,6) yüksekti (p<0,05) (Tablo2).

Öğrencilere verilen senaryolarda bazı ortamlarda uygun olmayan maske kullanım davranışları yer almaktadır ve bunlara nasıl tepki gösterecekleri sorulmaktadır. "Kapalı bir ortamda 1 metre çapındaki yuvarlak bir masada, bir arkadaşınız ile yemek yerken tanıdığınız iki kişi, sizin masanıza eşlik etmeye yeltenseydi nasıl bir tavrınız olurdu?" sorusuna öğrencilerin %86.6'sı "huzursuz olurum, masama gelmesine izin vermem" şeklinde cevap verirken %3.3'ü pandemi döneminde asla ev dışında yemek yemediğini senaryonun uygun olmadığını belirtmiştir. Aynı masada sıkışık bir şekilde oturmaktan rahatsız olmayacağını belirtenlerin oranı %6.7'dir. "Bir mağazada alışveriş yaparken bir başka müşteri maskesini çenesine indirseydi nasıl bir tavrınız olurdu?" sorusuna öğrencilerin %43.1'i maskesini takması konusunda uyaracağı yanıtını, %36.8'i oradan hızla uzaklaşacağını, %6.7'si yetkililere haber vereceği yanıtını vermiştir. "Aile bireylerinizden birisi aynı maskeyi değiştirmeden / yıkamadan defalarca kullansaydı nasıl bir tavrınız olurdu?" sorusuna öğrencilerin %63.7'si maskesini değiştirmesi veya uygun kullanması yönünde uyarır ve ısrarcı olacağı, %33.5'i o maskeyi çöpe atacağını belirtmiştir. "Bir arkadaşınızın özel aracında seyahat ederken arkadaşınız maskesini çıkararak size de çıkarabileceğinizi söyleseydi nasıl bir tavrınız olurdu?" sorusuna %50.7'i maskesini takması konusunda uyaracağı, %25.8'i maskesini çıkarmayacağı ancak arkadaşını da uyarmayacağı, %17.2'si ise maskesini çıkaracağı yönünde yanıt vermiştir. Öğrencilerin maske taktığında dış görünüşleri ile ilgili algıları araştırıldığında 8 kişi komik, 7 kişi çirkin göründüğü ve 3 kişi güvenilir bulunmadığı fikrine katıldığını belirtmiştir. Otuz iki öğrenci (%15.3) havalı, 177 öğrenci (%84.7) güvenilir göründüğü fikrine katıldığını belirtmiştir (Tablo3).

Öğrencilere, uygun olmayan şekilde tıbbi maske kullanım örnekleri çizim ve açıklamaları ile gösterilmiştir. Böyle bir kullanımı deneyimleme durumu sorulmuştur. En fazla öğrencinin deneyimlediği uygunsuz kullanım biçimi maskeyi çeneye indirmek olup %41.1'i en az bir kere yaptığını belirtmiştir. Hiç deneyimlemediklerini belirttikleri uygulama biçimlerinde ilk sırada konuşurken maskenin ön yüzünden tutup açmak (%86.1), burun açık kalacak şekilde ağızda maske kullanmak (%83.7) ve maskeyi gevşek olarak takıp tüm yüzeyinden hava giriş çıkışına izin vermek (%81.3) olarak belirtmişlerdir (Tablo4).

Maske kullanımına bağlı olarak yaşanan semptomlar arasında terleme, kulaklarda acı, nefes alamama hissi ve kaşıntı en sık belirtilen semptomlardır. En sık yaşanan zorluklar ise gözlük kullanımı, duygularını yansıtma güçlüğü ve sözlerini duyurma güçlüğü olarak belirtilmiştir (Tablo5).

Tablo 1: Öğrencilerin Sosyodemografik özellikleri

Özellikler	**Ortalama ± SS**
Yaş (yıl)	21,78 ±2,08
	Sayı (yüzde)
Cinsiyet	
Kadın	122 (58,4)
Erkek	87 (41,6)
Tıp Eğitimi ile ilgili özellikler	
Sınıf	
1.	36 (17,2)
2.	25 (12,0)
3.	20 (9,6)
4.	40 (19,1)
5.	50 (23,9)
6.	37 (17,7)
Hasta başı eğitim alma durumu	40 (19,1)
Genel sağlık durumu ile ilgili özellikler	
Sigara kullanımı	36 (17,2)
Kronik hastalık varlığı	18 (8,6)
Düzenli olarak ilaç kullanımı	24 (11,5)
Gözlük kullanımı	105 (50,2)
Güneş gözlüğü kullanımı	84 (40,2)
Kontakt lens kullanımı	54 (25,8)
İşitme cihazı kullanımı	1 (0,5)
COVID-19 hastalığına ilişkin özellikler	
COVID-19 şüphesiyle hekime başvurma durumu	40 (19,1)
COVID-19 şüphesiyle PCR yaptırma durumu	40 (19,1)
COVID-19 şüphesiyle BT çektirme durumu	7 (3,3)
COVID-19 tanısı alma durumu	8 (3,8)
COVID-19 tanısı almış en az bir yakın kişi varlığı	183 (87,6)
COVID-19 vakası ile yakın temas nedeniyle karantinaya alınma durumu	33 (15,8)
COVID-19 nedeniyle vefat eden yakını b ulunma durumu	76 (36,4)
Maske kuralına uymadığı için cezai yaptırıma uğrama durumu	1 (0,5)

Tablo 2: Öğrencilerin cinsiyetine ve öğrenim gördüğü döneme göre maske bilgi puanlarının karşılaştırılması

	Toplam Bilgi puanı	**Maske İsmi Bilgi puanı**	**Kullanım Amacı Bilgi Puanı**	**Yeniden Kullanım Bilgi Puanı**	**Ventil Özelliği Bilgi Puanı**
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Cinsiyet					
Kadın (n=122)	14,1 ± 1,5	3,5 ± 0,8	3,3 ± 0,8	3,9 ± 0,4	3,4 ± 0,8
Erkek (n=87)	14,0 ± 1,6	3,6 ± 0,6	3,3 ± 0,8	3,8 ± 0,5	3,3 ± 0,9
p	0,995	0,678	0,805	0,180	0,652
Öğrenim gördüğü dönem					
Preklinik (n=82)	13,4 ± 1,6	3,4 ± 0,8	3,1 ± 0,8	3,7 ± 0,5	3,2 ± 1,0
Klinik (n=127)	14,5 ± 1,4	3,7 ± 0,6	3,4 ± 0,8	3,9 ± 0,3	3,5 ± 0,7
p	*0,000*	*0,010*	*0,003*	*0,002*	*0,028*

MWU

Tablo 3: Öğrencilerin maske taktığında dış görünüşü ile ilgili algıları (n=209)

Maske taktığımda …	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Fikrim yok n (%)
… komik göründüğümü düşünüyorum	8 (3,8)	196 (93,8)	5 (2,4)
… çirkin göründüğümü düşünüyorum	7 (3,3)	195 (93,3)	7 (3,3)
… havalı göründüğümü düşünüyorum	32 (15,3)	158 (75,6)	19 (9,1)
… güvenilir göründüğümü düşünüyorum	177 (84,7)	24 (11,5)	8 (3,8)
… güvenilir bulun**ma**dığımı düşünüyorum	3 (1,4)	199 (95,2)	7 (3,3)

Tablo 4: Öğrencilerin uygun olmayan maske kullanım şekillerini deneyimleme durumu

Tıbbi maske kullanım şekli	En az 1 kere yaptım n (%)	Hiç yapmadım n (%)
Burnu açık kalacak şekilde	34 (16,3)	175 (83,7)
Gevşek tüm yüzeyinden hava giriş çıkışı serbest	39 (18,7)	170 (81,3)
Ağız burun açık, maske çenede	86 (41,1)	123 (58,9)
Kulağından sarkıtarak kullanmak	46 (22,0)	163 (78,0)
Konuşurken eliyle ön yüzünden tutarak açmak	29 (13,9)	180 (86,1)
Koluna takma	71 (34,0)	138 (66,0)

Tablo 5: Öğrencilerin maske kullanımına bağlı yaşadığı semptomlar ve zorluk deneyimleri

Semptomlar	Hiç n (%)	Ara sıra n (%)	Sıklıkla n (%)
Burun tıkanıklığı (n=206)	115 (55,8)	72 (35,0)	19 (9,2)
Öksürük (n=206)	156 (75,7)	47 (22,8)	3 (1,5)
Hapşırık (n=206)	109 (52,9)	87 (42,2)	10 (4,9)
Baş Ağrısı (n 207)	109 (52,7)	69 (33,3)	29 (14,0)
Sivilce (n=208)	104 (50,0)	67 (32,2)	37 (17,8)
Ağız kokusu (n=204)	116 (56,9)	64 (31,4)	24 (11,8)
Kulaklarda Acı (n=208)	49 (23,5)	69 (33,2)	90 (43,3)
Gözlerde acı (n= 206)	164 (79,6)	30 (14,6)	12 (5,8)
Burunda acı (n=208)	104 (50,0)	75 (36,1)	29 (13,9)
Ensede acı (n=208)	170 (81,7)	32 (15,4)	6 (2,9)
Kaşıntı (n=208)	75 (36,1)	87 (41,8)	46 (22,1)
Terleme (n=208)	44 (21,1)	68 (32,7)	96 (46,2)
Koku alamama (n=206)	118 (57,3)	54 (26,2)	34 (16,5)
Nefes alamama (n=206)	62 (30,1)	100 (48,5)	44 (21,4)
İşitmede güçlük (n=208)	180 (86,5)	21 (10,1)	7 (3,4)
Zorluk Deneyimleri			
Gözlük kullanımında	85 (40,7)	38 (18,2)	86 (41,1)
İşitme zorluk	205 (98,1)	2 (1,0)	2 (1,0)
Saçlara / saç tokasına takılma	150 (71,8)	35 (16,7)	24 (11,5)
Küpe / hızma /piercing vb takılara takılma	145 (69,4)	42 (20,1)	22 (10,5)
Makyajı bozma / engelleme	152 (72,7)	37 (17,7)	20 (9,6)
Dış görünüşüm ile tanınmamda güçlük	91 (43,5)	88 (42,1)	30 (14,4)
Duygularımı yansıtmada güçlük	49 (23,4)	94 (45,0)	66 (31,6)
Konuşmamın anlaşılmasında güçlük	34 (16,3)	114 (54,5)	61 (29,2)
Sözlerimi duyurmada güçlük	40 (19,1)	105 (50,3)	64 (30,6)

Tıp Fakültesi öğrencilerinin maske kullanımı bilgi düzeyleri yüksektir. Bu bilgiye laboratuvar uygulamaları, klinik uygulamalar ve hasta başı pratikleri katkı sağlamış olabilir. Ancak sağlık çalışanlarının kullanımına özel olan N95 / FFP2'ler ve ventilli maskeler hakkındaki bilgi düzeylerinin daha yüksek olması beklenirdi. Kadın ve erkek öğrenciler arasında fark bulunmaması ve preklinik ve klinik dönem arasında fark bulunması beklenen bulgulardır. Uygun olmayan maske kullanım davranışları değerlendirildiğinde çok sayıda öğrencinin bu davranışları deneyimlediği gözlenmektedir. "Hiç yapmadım" seçeneği ile katı bir kural uygulama durumları sorgulanmıştır. Nedensel çıkarımlar yapmasak da maske kullanımına bağlı semptom ve zorluk deneyimleri sorgulandığında yine sağlık sonuçları karşımıza çıkmıştır. Kaşıntı, nefes alamama, gözlük kullanımında zorluk, duygularımı ve sözlerimi yansıtmada güçlük gibi yaşam deneyimleri katı kuralları uygulamanın önündeki engeller arasında yer alabilir. Ancak senaryolara göre yaklaşımlarına bakıldığında daha katı yaklaşımlar sergileyebildikleri görülmektedir. Bu anlamda bilginin tutuma dönüştüğü ancak davranışa dönüşmekte bazı engellerle karşılaştığını düşünebiliriz. Tıp öğrencilerinin pandemi sürecindeki yeri özel bir önem teşkil etmektedir. Öğrenci yönüyle bakıldığında, eğitim süreçlerinin aksaması, uzaktan eğitime geçilmesi, sınavlara odaklanılması kabul edilebilir uygulamalar gibi görünebilir. Ancak hekim yönüyle değerlendirildiğinde yeterli bilgi ve beceri ile donanmış olması hayati önem taşımaktadır. Sağlık çalışanı olarak toplumu ilgilendiren her türlü sağlık olayında en önde yer alacaklardır. Kişisel koruyucu donanımları hakkında doğru bilgiye, olumlu tutuma sahip olmaları ve bunu pratiğe taşımaları beklenmektedir. Doktor adaylarının maske kullanımı ile ilgili tutumlarını davranışa dönüştürmelerinin önündeki bir engel de toplumda yaratılan karmaşa ortamı olabilir. Maske kullanımı ile ilgili ulusal ve uluslararası basında çok çeşitli yasaklar ve serbestlikler uygulanmış, zaman zaman bu uygulamalardan geri dönülmüştür. Bilgi kirliliği ortamından, en yüksek bilgi düzeyine sahip olması beklenen doktor adayları da etkilenmiştir. Sonuç olarak, tıp öğrencilerinin maske kullanımı ile ilgili bilgi düzeyleri yüksek, tutumları oldukça katı, ancak davranışları çok da katı değildir. Maske bilgilerinin preklinik dönemden başlayarak eğitimlere dahil edilmesi, maskelerin uygun şekilde seçiminin ve kullanımının da tekrar öğretilmesi önemlidir.

Kaynakça

1. WHO. Timeline of WHO's response to COVID-19. Published 2020. Accessed July 24, 2020. https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline
2. WHO. Public Health Surveillance for COVID-19.; 2020.
3. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: When and how to use masks. Published 2020. Accessed July 14, 2020. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks
4. WHO. Advice on the use of masks in the community, during home care, and in health care settings in the context of COVID-19. Accessed July 16, 2020. https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak

5. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması SB. Genel bilgiler, epidemioloji ve tani. TC Sağlık Bakanl 29 Haziran 2020, Ankara. 19. https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/covid-19-rehberi/COVID-19_REHBERI_GENEL_BILGILER_EPIDEMIYOLOJI_VE_TANI.pdf

6. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. Tıbbi Maske Kullanımı. Covid19Videolar. Published 2020. https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/videolar

7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Dikişli Bez Maske Yapımı. Published 2020. Accessed August 27, 2020. https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/videolar

8. T.C. Sağlık Bakanlığı. Dikişsiz Bez Maske Yapımı. Published 2020. Accessed August 27, 2020. https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/videolar

9. Hyunju Kim H, Hegde S, LaFiura C, Raghavan M, Sun N, Cheng S, Rebholz CM, Seidelmann SB. Access to personal protective equipment in exposed healthcare workers and COVID-19 illness, severity, symptoms and duration: a population- based case- control study in six countries. BMJ Global Health 2021;6:e004611. doi:10.1136/bmjgh-2020-004611.

10. Khandker SS, Godman B, Jawad I, Meghla BA, Tisha TA, Khondoker MU, et all. A Systematic Review on COVID-19 Vaccine Strategies, TheirEffectiveness, and Issues. Vaccines 2021,9, 1387. https://doi.org/10.3390/vaccines9121387https://www.mdpi.com/journal/vaccines.

11. Centers for Diseases Control and Prevention. Online When You've Been Fully Vaccinated How to Protect Yourself and Others. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated.html. Accessed: 06.12.2021

COVID-19 PANDEMİSİNDE ADÖLESANLARDA TEKNOLOJİ BAĞIMLILIĞI

***Burak ELİK*[1]**, *Havva KARADENİZ*[2]
[1]*Gümüşhane Üniversitesi*
[2]*Karadeniz Teknik Üniversitesi*
elikburak5858@gmail.com

Giriş

Çin'in Hubei eyaletinden Wuhan'da 2019 yılının son günlerinde, koronavirus ailesinde yer alan yeni bir virüsün yayıldığı duyurulmuştur.

11 Şubat 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu yeni koronavirüsü "Covid-19" olarak duyurmuş ve virüsün dünyaya yayılacağına yönelik kaygılarını dile getirmiştir. Covid-19 salgını kısa sürede hızla yayılmış ve DSÖ 11 Mart 2020 tarihinde yeni tip koronavirüsün neden olduğu salgını "pandemi" olarak ilan etmiştir (Dickens ve ark., 2020).

Bu süreçte devletler, pandemiyle mücadelede ve virüsün yayılmasını önlemek için sosyal izolasyon, karantina ve sosyal mesafe gibi birçok önlemler uygulamaya başlamıştır. Bu süreçte Türkiye'de de tedbir yöntemi olarak 'Evde Kal' uygulaması hayata geçirilmiştir. Pandeminin başlangıcında gönüllülük esasına dayalı olarak uygulanan bu strateji, sonraki süreçte belirli aralıklarla uygulanan sokağa çıkma yasakları ile devam etmiştir. Salgın sebebiyle uygulanan sosyal mesafe, izolasyon ve karantina önlemleri kapsamında bireylerin evde geçirdikleri sürede artış yaşanmış, günlük yaşam değişmiş, yeni eğitim-öğretim yöntemleri ve çalışma biçimleri ile de öncekinden farklı bir sosyal düzen meydana gelmiştir. Kişilerin hastalığa yakalanmamak için kendilerini izole ettikleri ve sosyal hayattaki etkileşimlerini kısıtladıkları bildirilmiştir (Ruiz-Frutos ve ark., 2020). Ayrıca bireylerin bu süreçte medya araçlarında devamlı olarak Covid-19 pandemisiyle ilgili haberlere maruz kalmaları da yoğun stres ve kaygı yaşamalarına yol açmıştır (Al Zubayer ve ark., 2020; Gao ve ark., 2020; Planchuelo ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020).

Covid-19 pandemisinde bireylerin yaşadıkları kaygı ve stres sonucunda depresif semptomlar ortaya çıktığı bilinmektedir. Aynı zamanda bireylerin, daha fazla bilgi öğrenmek amacıyla sosyal medyaya yönelmeleri sonucunda sosyal medyadaki bilgi kirliliğine ve asılsız haberlerden dolayı panik ve korkuya kapıldıkları da bildirilmiştir. Bu nedenle Covid-19 pandemisinde depresyon ve sosyal medya bağımlılığı, birbirini negatif yönde etkileyen sarmal bir yapı meydana getirmiştir (Dikmen, 2021).

Özet

Teknoloji bağımlılığı bireylerin irade ve hakimiyetini kaybedip bilgi, iletişim ve teknolojik araçların tüm yaşamlarında vazgeçilmez bir konumda yer aldığı davranış ve bağımlılık çeşididir. Genç bireylerde

ve çocuklarda artmakta olan teknoloji bağımlılığı Covid-19 pandemisi ile birlikte ivme kazanmıştır. Teknolojinin kötüye kullanımını ve zararlarını en aza indirmek için birey, ailesi ve ebeveyni ile ele alınmalı ve tüm toplum bilinçlendirilmelidir.

Bu makalede Covid-19 pandemisinin adölesanların teknoloji bağımlılığı üzerine olan etkisi tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Covid-19 Pandemisi, Adölesan, Bağımlılık, Teknoloji bağımlılığı.

Abstract

Technology addiction is a type of behavior and addiction in which individuals lose their will and dominance and information, communication and technological tools take an indispensable position in their entire lives. Increasing technology addiction in young individuals and children has gained momentum with the Covid-19 pandemic. In order to minimize the abuse and harm of technology, the individual should be addressed with his family and parents, and the whole society should be made aware. In this article, the impact of the Covid-19 pandemic on adolescents' technology addiction will be discussed.

Keywords: Covid-19 Pandemic, Adolescent, Addiction, Technology addiction

Giriş

Çin'in Hubei eyaletinden Wuhan'da 2019 yılının son günlerinde, koronavirus ailesinde yer alan yeni bir virüsün yayıldığı duyurulmuştur. 11 Şubat 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu yeni koronavirüsü "Covid-19" olarak duyurmuş ve virüsün dünyaya yayılacağına yönelik kaygılarını dile getirmiştir. Covid-19 salgını kısa sürede hızla yayılmış ve DSÖ 11 Mart 2020 tarihinde yeni tip koronavirüsün neden olduğu salgını "pandemi" olarak ilan etmiştir (Dickens ve ark., 2020).

Bu süreçte devletler, pandemiyle mücadelede ve virüsün yayılmasını önlemek için sosyal izolasyon, karantina ve sosyal mesafe gibi birçok önlemler uygulamaya başlamıştır. Bu süreçte Türkiye'de de tedbir yöntemi olarak 'Evde Kal' uygulaması hayata geçirilmiştir. Pandeminin başlangıcında gönüllülük esasına dayalı olarak uygulanan bu strateji, sonraki süreçte belirli aralıklarla uygulanan sokağa çıkma yasakları ile devam etmiştir. Salgın sebebiyle uygulanan sosyal mesafe, izolasyon ve karantina önlemleri kapsamında bireylerin evde geçirdikleri sürede artış yaşanmış, günlük yaşam değişmiş, yeni eğitim-öğretim yöntemleri ve çalışma biçimleri ile de öncekinden farklı bir sosyal düzen meydana gelmiştir. Kişilerin hastalığa yakalanmamak için kendilerini izole ettikleri ve sosyal hayattaki etkileşimlerini kısıtladıkları bildirilmiştir (Ruiz-Frutos ve ark., 2020). Ayrıca bireylerin bu süreçte medya araçlarında devamlı olarak Covid-19 pandemisiyle ilgili haberlere maruz kalmaları da yoğun stres ve kaygı yaşamalarına yol açmıştır (Al Zubayer ve ark., 2020; Gao ve ark., 2020; Planchuelo ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020). Covid-19 pandemisinde bireylerin yaşadıkları kaygı ve stres sonucunda depresif semptomlar ortaya çıktığı bilinmektedir. Aynı zamanda bireylerin, daha fazla bilgi öğrenmek amacıyla sosyal medyaya

yönelmeleri sonucunda sosyal medyadaki bilgi kirliliğine ve asılsız haberlerden dolayı panik ve korkuya kapıldıkları da bildirilmiştir. Bu nedenle Covid-19 pandemisinde depresyon ve sosyal medya bağımlılığı, birbirini negatif yönde etkileyen sarmal bir yapı meydana getirmiştir (Dikmen, 2021).

Teknoloji Bağımlılığı

Bağımlılık, WHO (WHO Uzman Komitesi-1964) tarafından bağımlılık, bir şeyin rahatlama, rahatlık veya uyarılma amacıyla sürekli kullanımı olarak kabul edilir ve bu, olmadığında genellikle istek duymaya neden olur (WHO, 2014). Bağımlılığın iki ana kategorisi. ya madde bağımlılığını içerir, örneğin "uyuşturucu veya alkol bağımlılığı" ya da "cep telefonu bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklar" bulunmaktadır (Kim, 2013). Bağımlılık geleneksel olarak belirli uyarıcıların (örneğin alkol, kokain, halüsinojenler) tekrarlayan ve aşırı kullanımı yoluyla madde bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir. Açıklama, beyin engelleyici mekanizmaların bozukluklarını yansıtan daha düşük öz kontrol seviyesi tarafından verilmektedir (DSM-5, 2013). Ancak son araştırmalar, kişilerin yemek, alışveriş, bilgisayar oyunları, internete yönelik aşırı davranışlara da bağımlı olabileceğini ortaya çıkarmıştır. Bu yeni davranışsal bağımlılıklar, madde bağımlılığı tarafından etkinleştirilenlere benzer sistemleri etkinleştirir, ancak akıllı telefon bağımlılığı gibi bazıları, az sayıda hakemli kanıt nedeniyle son DSM'ye dahil edilmemiştir (De-Sola Gutierrez ve ark., 2016; DSM-5, 2013). Sorunlu kullanım, akıllı telefon bağımlılığı ve bağımlılık gibi terimler, klinik bir tanıya dayanmadan aşırı kullanımı etiketlemek için kullanılmaktadır (Tossell ve ark., 2015).

Covid-19 Pandemisinde Teknoloji Bağımlılığı

Salgın sürecinde bilgi iletişim teknolojileri toplumlar tarafından "kurtarıcı" olarak görülebilir. Geniş nüfus topluluklarına, teknoloji sayesinde salgın ile ilgili doğru bilgiye ulaşılması ve paylaşılması sağlanabilmektedir. Diğer yandan salgın sebebiyle yaşanan stres ve kaygıyı azaltmak ve/veya depresif ruh halini hafifletmek için oyun oynama, televizyon izleme, sosyal medya platformlarını kullanma ya da internette gezinme gibi davranışlar görülebilmektedir (Blasi ve ark., 2020; Kiraly ve ark., 2015). Pandemi gibi kriz dönemlerinde bağımlılık potansiyeli taşıyan bu davranışlara eğilim dikkat çekici ölçüde artmakta ve bırakması zor alışkanlıklar oluşabilmektedir. Sosyal izolasyon nedeniyle bilgi teknolojilerinin kullanımındaki artışın yanı sıra; ilgili sektörlerin daha fazla satış ve gelir elde etmek için yaptıkları kampanyalar bu teknoloji ve iletişim araçlarının aşırı kullanımına teşvik edici olabilmektedir. (Kiraly ve ark., 2020). Bilgi ve teknoloji çağının sağladığı TV, internet, akıllı telefon gibi davranışsal bağımlılıkların nedenlerini çözümleyip önlemler sağlamak, etkenlerden arınmak ve kolaylaştırıcıları bağımlı bireylerden uzaklaştırmak önem taşımaktadır. Neredeyse her çeşit bağımlılığın oluşabilmesi için gerekli sosyal ve kültürel etmenlerin içinde "öğrenme" ve "ulaşılabilirlik" olduğu bilinmektedir (Yılmaz, 2017). Davranışsal bağımlılıkların nörotransmitter ile ilişkili olduğu madde bağımlılığı gibi, benzer faktör ve etkilerin bulunduğu da rapor edilmiştir. DSM-5'de internet kullanım bozukluğu "daha fazla araştırılması gereken tanısal özellikler" başlığı altında değerlendirilmiş olsa da bu bozukluğun meydana gelmesinin nedenlerinden bir tanesinin "internet oyun oynama bozukluğu" (İOOB) olduğu

da düşünülmektedir (Fazeli, 2020). Bu alışkanlığın oluşmasında en olası etkenler, internet varlığı ve teknolojik aletlerle temas ve bu bağlantının uzun zaman almasıdır (Dwairej ve ark., 2020). Bilgi ve iletişim teknolojisindeki gelişmelere ek olarak, şu anda ortaya çıkan küresel bir zorluk, 2019' un yeni koronavirüs hastalığıdır (El Zowalaty ve ark., 2020 ; Wang ve ark., 2020). Evde kalma uygulamaları, sokağa çıkma yasakları, kendi kendine tecrit, sosyal mesafe, sosyal izolasyon ve karantina, insanları yaşam biçimlerini değiştirmeye ve ilişkilerini etkilemeye yöneltmiştir (Okunlola ve ark., 2020). İşten eğitime, sağlık hizmetlerine ve ötesine kadar pek çok günlük aktivite kamusal alanlardan evlere taşındıkça, teknoloji ve internet kullanımı önemli ölçüde artmıştır (Ahorsu ve ark., 2020; King ve ark., 2020). Bazı insanlar teknolojinin kullanımını depresyon, endişe veya çaresizlikten kaçmanın bir yolu olarak görse de (Hinic ve ark., 2008), çevrimiçi olarak harcanan zamanın artması, sosyal etkileşim ve entegrasyonda da artışa neden olabilmektedir (Magsamen-Conrad ve ark., 2014). Bu faktörler de teknoloji kullanma ihtiyacını arttırabilmekte ve sonuçta onu bağımlılık seviyesine yükseltebilmektedir. Covid-19 pandemisinde teknolojik araçların aşırı kullanımının, özellikle kullanım süresi arttıkça bağımlılık için bir risk faktörü olma olasılığını iki veya daha fazla kat arttırdığı bildirilmiştir (Aliyev, 2020; Kiraly ve ark., 2020; Winther ve Byrne, 2020). Son on yılda, çocukların ve ergenlerin çevrimiçi olarak video oyunları oynayarak geçirdikleri süre sürekli artmıştır (Yılmaz, 2017). Covid-19 pandemisinin dayattığı kilitlenmeler, karantina önlemleri ve fiziksel mesafeler, çevrimiçi oyunlar da dâhil olmak üzere iç mekân etkinliklerinin daha da yaygınlaşmasına yol açmıştır (Fazeli, 2020). Yapılan bir araştırmada Covid-19 pandemisinde çocuk ve gençlerin ekran başında geçirdikleri zamanın dikkat çekici bir şekilde arttığı (Griffith, 2020) bireylerin pandemi döneminde çevrimiçi oyunlarda harcadığı zaman da pandemi öncesine göre büyük oranda artış olduğu rapor edilmiştir (King ve ark., 2020). Psikolojik gelişim açısından bilişim teknolojilerine harcanan fazla zaman ve çevrimiçi faaliyetlerin fazlalığı "bireylerin kendini ilgileri, yetenekleri ve kabiliyetleri doğrultusunda tanımaları, geliştirmeleri ve kabul etmesi" (Dinç, 2015) açısından problem doğurmaktadır.

Sonuç olarak, ergenlerde teknoloji bağımlılığı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Fizyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığı etkilemesi ve olumsuz etkilerinin ergenlik gibi gelişim dönemlerinde olan bireylerde, gelişimi etkileme riskleri de göz önüne alındığında daha da önem kazanmaktadır. Pandemi sürecinde uzaktan eğitim ve "evde kal" uyarıları ile artan teknoloji kullanımı ile birlikte teknoloji bağımlılığı giderek artmaktadır. Ergenlere, ebeveynlere ve öğretmenlere bağımlılıklarla ilgili eğitimler düzenlenmesi ve farkındalık oluşturulması önerilmektedir.

Kaynakça

1. Ahorsu, D.K., Lin, C.Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M.D. ve Pakpour, A.H. (2020). COVID-19 ölçeği korkusu: Geliştirme ve ilk doğrulama. Uluslararası Ruh Sağlığı ve Bağımlılığı Dergisi, 1–9. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8

2. Al Zubayer, A., Rahman, M.E., Islam, M.B., Babu, S.Z.D., Rahman, Q.M., Bhuiyan, M.R.A.M., et al. (2020). Psychological states of Bangladeshi people four months after the COVID-19 pandemic: An online survey. Heliyon, 6(9), e05057. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05057

3. Aliyev, J. (2020). COVID-19 çağında dijital detoks önemli: Uzman. Erişim: https://www.aa.com.tr/en/health/digital-detox-important-in-covid-19-era-expert/1804327 . Erişim tarihi: 25.05.2020

4. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Baskı, Amerikan Psikiyatri Birliği: Washington, DC, ABD, 2013.

5. Binboğa Yel, E., ve Korhan, O. (2015). Eğitsel amaçlı masaüstü/dizüstü/tablet bilgisayar kullanımında öğrencilerin kas-iskelet hareketleri ve olası kas iskelet rahatsızlıkları. Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi, 3(3), 631-638.

6. Blasi, M.D.I., Giardina, A., Giordano, C., Coco, G.L.O., Tosto, C., Billieux, J., ve ark. (2020). Problematic video game use as an emotional coping.

7. Bağlar Yılmaz, G. (2021). Covıd-19 sürecinin uyku kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi ve bilişsel dikkat kilitlenmesi (CAS) bağlamında değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).

8. Gutiérrez, J., ve Rodríguez de Fonseca, F. (2016). Gabriel Rubio: Cell Phone Addiction: A Review. Front. Psychiatry, 7, 175.

9. Dickens, B.L., Koo, J.R., Wilder-Smith, A., Cook, A.R. (2020). Institutional, not home-based, isolation could contain the COVID-19 outbreak. Lancet, 395(10236), 1541-1542. Dikmen, M. (2021). COVID-19 pandemisinde üniversite öğrencilerinin depresyon düzeyleri ile sosyal medya bağımlılıkları arasındaki ilişki: bir yapısal eşitlik modeli. Bağımlılık Dergisi, 22(1), 20-30.

10. Dinç, M. (2015). Teknoloji bağımlılığı ve gençlik. Gençlik Araştırmaları Dergisi, 3(3), 31-65.

11. DSM-5. (2013). DSM-5, Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı.

12. Dwairej, D.A.A., Obeidat, H.M., Aloweidi, A.S. (2020). Video game distraction and anesthesia mask practice reduces children's preoperative anxiety: A randomized clinical trial. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 25(1), e12272.

13. El Zowalaty, M.E., Järhult, J.D. (2020). From SARS to COVID-19: A previously unknown SARS-related coronavirus (SARS-CoV-2) of pandemic potential infecting humans–call for a one health approach. One Health, 9, 100124.

14. Eysenck, H.J. (1997). Addiction, personality and motivation. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 12(S2), S79-S87.

15. Fazeli, S., Zeidi, I.M., Lin, C.Y., Namdar, P., Griffiths, M.D., Ahorsu, D.K., Pakpour, A.H. (2020). Depression, anxiety, and stress mediate the associations between internet gaming disorder, insomnia, and quality of life during the COVID-19 outbreak. Addictive Behaviors Reports, 12, 100307.

16. Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., ... & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. Plos one, 15(4), e0231924.

17. González-Bueso, V., Santamaría, J.J., Fernández, D., Merino, L., Montero, E., Ribas, J. (2018). Association between internet gaming disorder or pathological video-game use and comorbid psychopathology: a comprehensive review. International journal of environmental research and public health, 15(4), 668.

18. Gökel, Ö. (2020). Teknoloji bağımlılığının çeşitli yaş gruplarındaki çocuklara etkileri hakkındaki ebeveyn görüşleri. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi, 2(1), 41-47.

19. Göker, M.E., Turan, Ş. (2020). Covid-19 pandemisi sürecinde problemli teknoloji kullanımı. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 5(COVID-19 Özel Sayısı), 108-114

20. Griffith, E. (2020). COVID-19 leads to upsurge in kids' streaming screen-time. https://www.pcmag.com/news/covid-19-leads-to-upsurge-in-kids-streaming-screen-time

21. Hinić, D., Mihajlović, G., Špirić, Ž., Đukić-Dejanović, S., Jovanović, M. (2008). Excessive internet use: Addiction disorder or not?. Vojnosanitetski pregled, 65(10), 763-767.

22. Kaya, E., Akpınar, D., Akpınar, H. (2019). Bağımlılığın patofizyolojisi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi, 6(3), 166-170.

23. Kim, H. (2013). Akıllı telefon bağımlılığı için egzersiz rehabilitasyonu. Egzersiz Rehabilitasyon Dergisi,9(6),500–505. doi:10.12965/jer.130080

24. King, D.L., Delfabbro, P.H., Billieux, J., Potenza, M.N. (2020). Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. Journal of Behavioral Addictions, 9(2), 184-186. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00016

25. Király, O., Potenza, M.N., Stein, D.J., King, D.L., Hodgins, D.C., Saunders, J.B. et al. (2020). Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. Compr Psychiatry. 2020 Jul 1;100:152180

26. Király, O,, Urbán, R., Griffiths, M.D., Ágoston, C., Nagygyörgy, K., Kökönyei, G., et al. The mediating effect of gaming motivation between psychiatric symptoms and problematic online gaming: An online survey. J Med Internet Res [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2020 Jun 26];17(4):e88. Available from: https://www.jmir.org/2015/4/e88/

27. Magsamen-Conrad, K., Dillon, J.M., Billotte Verhoff, C., Faulkner, S.L. (2019). Online health-information seeking among older populations: Family influences and the role of the medical professional. Health communication, 34(8), 859-871.

28. Okunlola, M.A., Lamptey, E., Senkyire, E.K., Dorcas, S., Dooshima, B.A. (2020). Perceived myths and misconceptions about the novel COVID-19 outbreak. SciMedicine Journal, 2(3), 108-117.

29. Öztürk, A. COVID-19 Pandemi sürecinde bilişim teknolojileri bağımlılığı. Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7(1), 195-219.

30. Patrick, Shanley. Gaming Usage Up 75 Percent Amid Coronavirus Outbreak, Verizon Reports [Internet]. Hollywood Reporter. 2020. Available from: https://www.hollywoodreporter.com/news/gaming-usage-up-75-percent-coronavirus-outbreak-verizon-reports-1285140

31. Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia, M.J., De Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. Psychiatry research, 290, 113108.

32. Ruiz-Frutos, C., Ortega-Moreno, M., Allande-Cussó, R., Domínguez-Salas, S., Dias, A. ve Gómez-Salgado, J. (2020). Health-related factors of psychological distress during the COVID-19 pandemic among non-health workers in Spain. Safety Science, 133, 104996. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104996

33. Blasi, M.D., Giardina, A., Giordano, C., Coco, G.L., Tosto,C., Billieux, J., Schimmenti, A. (2019). Problematic video game use as an emotional coping strategy: Evidence from a sample of MMORPG gamers. Journal of behavioral addictions, 8(1), 25-34.

34. Tossell, C., Kortum, P., Shepard, C., Rahmati, A., Zhong, L. (2015). Exploring smartphone addiction: insights from long-term telemetric behavioral measures. International Journal of Interactive Mobile Technologies, 9(2). Wang, C., Horby, P.W., Hayden, F.G., Gao, G.F. (2020). Küresel sağlık endişesinin yeni bir koronavirüs salgını. Lancet, 395 (10223), 470–473. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9 .

35. Wang, J., Wang, Z., Liu, X., Yang, X., Zheng, M. ve Bai, X. (2020). The impacts of a COVID-19 epidemic focus and general belief in a just world on individual emotions. Personality and Individual Differences, 168, 110349. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110349

36. WHO. (2021) Madde bağımlılığının yönetimi: Bağımlılık Sendromu. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en

37. Winther, D.K., Byrne, J. (2020). COVID-19 zamanında ekran süresini yeniden düşünmek. Her çocuk için UNICEF. Erişim: https://www.unicef.org/globalinsight/stories/rethinking-screen-time-time-covid-19 . Erişim tarihi: 25.05.2020

38. Xiang, M., Zhang, Z., ve Kuwahara, K. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected Prod Cardiovasc Dis, 63(4), 531-532.

39. Yılmaz, E., Griffiths, M.D., Kan, A. (2017). Çocuklar için video oyunu bağımlılığı ölçeğinin geliştirilmesi ve doğrulanması (VASC). Int J Ment Sağlık Bağımlısı, 15, 869–882.

COVID-19 PANDEMİSİNDE KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN COVID-19 RİSK ALGISI VE SAĞLIK İLETİŞİMİ HAKKINDAKİ TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

***Nalan ÖZEN**, Murat TOPBAŞ, Behiye ŞAHBAZ, Nazım Ercüment BEYHUN*
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
dr.nalan.ozen@gmail.com

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta güvenliği konuları son yıllarda dünya genelinde oldukça önem kazanmıştır. Bu bağlamda ortaya çıkan "hasta odaklı sağlık bakım hizmeti" hastanın değerlerine, tercihlerine ve ihtiyaçlarına yönelik olarak hasta, hasta yakını ve sağlık hizmeti sunucusu arasında iş birliğine dayanan bir bakım hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Hasta ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki etkili iletişim, hasta odaklı sağlık bakım hizmetinin temel gereksinimlerinden biridir (1, 2, 3).

Literatürde "sağlıkta iletişim" olarak da yer alan sağlık iletişimi; sağlık gereksinimlerini karşılamak isteyen kişilerin, hangi gereksinim düzeyinde olursa olsun; ihtiyaç duyulan her türden sağlıkla ilgili bilgileri yetkili kişi ve kurumlar ile paylaşabilmesi, sağlık hizmeti sunan kişilerin ise paylaşılan bu bilgiler doğrultusunda tespit ettikleri sağlık sorunu hakkında gerekli ve yeterli bilgiyi bu kişilere aktarabilmesi olarak ifade edilmektedir (4). Doğru ve gerçek sağlık bilgilerinin elde edilmesini, sağlıkla ilgili tutum ve davranışların oluşturulmasını ve kişilerin sağlıklı yaşam biçimleri geliştirmelerini sağlayan bir iletişim türüdür (5).

Sağlık iletişiminin iki ana öğesi hekim ve hastadır. Literatürde tıbbi görüşme sırasında iletişimin iki ana hedefinin olduğu vurgulanmaktadır. Bu hedeflerden biri bilgi paylaşımı olup hekim ile hasta arasındaki tıbbi görüşmenin vazgeçilmez öğesidir. Hekimler, doğru teşhis ve etkin tedavi planına karar verebilmek için hastadan bilgi almaya ihtiyaç duyarken, hastalar sağlık sorunları ve nasıl tedavi olacakları hakkında hekimlerden bilgi almaya ihtiyaç duymaktadır. Hekim-hasta görüşmeleri sırasındaki diğer hedef ise ilişkisel boyuttur. Hasta merkezli sağlık iletişimi modeli hekim-hasta etkileşiminin ilişkisel boyutunu vurgulamaktadır. Yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu hekimin ilgi ve alaka göstermesi ile hastanın kişisel memnuniyeti arasında önemli bir korelasyon olduğunu, hekim ile hasta arasındaki iyi iletişimin tedavi sürecinde pozitif yönde iyileşme sağladığını göstermektedir (6,7).

Tıp fakültesi öğrencileri ile hasta/hasta yakınları arasındaki iletişim sağlık sorunlarına tanı konulması ve tedavi aşamasında göz ardı edilemeyecek öneme sahiptir (6,7). Öğrencilerin hasta/hasta yakınlarıyla iletişimlerini etkileyen faktörlerden birinin COVID-19 pandemisi olduğu düşünülmektedir. Pandemi sürecinin uzaması, etkin tedavi yönteminin bulunamaması, yayılımın durdurulamaması, etkin bağışıklamanın zamanında yaygınlaştırılamaması, olası/kesin COVID-19

hastalarıyla temas, koruyucu ekipmanların yeterli olmayabileceği, meslektaşlarının hayatını kaybetmesi gibi faktörler ve pandemi dönemine özel yaşanan zorluklar öğrencilerin COVID-19 risk algısını etkileyebilir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının COVID-19 risk algısının, geçmiş pandemilerde algılanan riske (SARS, MERS, H1N1 vb.) oranla daha yüksek olduğu bildirilmektedir (8, 9, 10).

Türk Toraks Derneği'nin yaptığı çalışmada COVID-19'a yakalanan sağlık çalışanlarının birlikte yaşadıkları ev halkında COVID-19 pozitifliği anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (11). Bu durum sağlık çalışanlarının kendileri kadar ev halkını da riskli duruma getirdiklerini göstermektedir. Dolayısıyla hem kendilerinin hem de birlikte yaşadıkları kişilerin enfeksiyon açısından risk altında olması nedeniyle anksiyete başta olmak üzere mental sıkıntılar, korku ve stres öğrencilerin hizmet sunma konusunda ihtiyatlı olmalarına, kaliteli hizmet sunamamalarına ve hasta/hasta yakınlarıyla iletişimlerinin olumsuz etkilenmesine neden olabilir.

Bu çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin COVID-19 risk algılarını ve pandemi döneminde sağlık iletişimi hakkındaki tutumlarını incelemek amaçlanmıştır.

Çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi'ne kayıtlı 1575 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem belirlenmemiş olup evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Öğrencilerin yoğun eğitim süreçlerinden dolayı hastanede anketi yanıtlamak için zaman ayıramayacakları, anket formunun kaybolma ihtimali ve pandemi sürecinde yüz yüze veri toplamanın uygun olmayacağı düşüncesiyle çevrim içi anket yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama formu olarak anket, Google Formlarda hazırlanmış ve anket linki kişisel mesajlaşma servisleri ile öğrencilere iletilmiştir. Anket formu bir hafta ulaşılabilir kılınmış, bir defa kişisel mesajlaşma servisleri ile hatırlatma yapılmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup gönüllü olarak çevrim içi anketi yanıtlayan her katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. **Tablo 1**'de sınıflardaki öğrenci sayısına göre araştırmaya katılanların oranları gösterilmiştir.

Anket araştırmacılar tarafından literatür tarandıktan sonra oluşturulmuş olup 4 bölüm/40 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara sosyodemografik özellikler ile ilgili (Cinsiyet, yaş, medeni durum, kaçıncı sınıfta oldukları, nerede ve kimlerle birlikte yaşadıkları, birlikte yaşadıkları kişiler arasında çocuk olup olmadığı, anne ve babanın eğitim durumu), ikinci bölümde sağlık durumları ve COVID-19 ile ilgili (Sahip oldukları COVID-19 risk faktörleri, COVID-19 geçirip geçirmedikleri, birlikte yaşadıkları kişilerin sahip oldukları COVID-19 risk faktörleri, birlikte yaşadıkları kişilerin COVID-19 geçirip geçirmediği, geçiren varsa bu kişilerden hayatını kaybeden olup olmadığı, birlikte derslere katıldıkları sınıf arkadaşlarından veya birlikte çalıştıkları staj grubundaki arkadaşlarından COVID-19 geçiren olup olmadığı, çalıştıkları birimde COVID-19 olduğundan şüphelenilen ve sonrasında kesinleşen hasta olup olmadığı, çalıştıkları birimde COVID-19 olduğu kesinleşmiş olan hasta değerlendirme ve müdahale durumları, temaslı durumunda olup karantinada kalıp kalmadıkları, derslerde ya da çalıştıkları birimlerde genellikle kullandıkları maskenin türü, ülkemizde COVID-19'a yönelik uygulanan aşılardan herhangi birini yaptırıp yaptırmadıkları, yaptırmış olanlar için

hangi aşıyı kaç doz yaptırdıkları, Sağlık Bakanlığı tarafınca yayımlanan test, vaka, vefat, iyileşen ve aşı uygulananların sayısını gösteren günlük COVID-19 tablosunu takip edip etmedikleri) sorular yöneltilmiştir.

Üçüncü bölümde COVID-19 risk algısı ile ilgili sorular ve dördüncü bölümde ise katılımcılara pandemi döneminde hasta veya hasta yakınları ile iletişim hakkında (pandemi döneminde hasta veya hasta yakınları ile iletişim konusundaki tutumları, iletişim esnasında hasta veya hasta yakınlarının maske kullanımına dikkat edip etmedikleri, dikkat edenler için hasta veya hasta yakınının maskesi yok veya uygun bir şekilde takılı değilse ne yapacakları, kişisel koruyucu ekipman kullanmanın iletişimlerini etkileyip etkilediğine yönelik düşünceleri, pandemi döneminde hasta veya hasta yakınları ile iletişim sırasında olumsuz bir durum yaşayıp yaşamadıkları, yaşamış olanlar için nasıl bir durum yaşadıkları) sorular yöneltilmiştir. Üçüncü bölümde COVID-19 risk algısının incelenmesi ve değerlendirilmesine yönelik 12 soru bulunmaktadır. Üçlü Likert tipinde ("Katılıyorum=2", "Kararsızım=1", "Katılmıyorum=0") değerlendirilen soruların hepsi düz puanlanmakta olup alınabilecek puan 0-24 arasındadır. Ancak analizlerde toplam puan 100 üzerinden olacak şekilde puanlar 100'lük sisteme dönüştürülmüştür. Kesme değeri belirlenmemiş olup her bir katılımcı için elde edilen puan ne kadar yüksek ise COVID-19'a yönelik risk algısı o kadar yüksektir şeklinde değerlendirilmiştir.

İstatistiksel analizlerde SPSS (Statistical Package for the Social Science) 23.0 kullanılmıştır. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama (mean) ve standart sapma değerleri verilmiştir. Normal dağılımı test etmek için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan ölçümsel değişkenlerin analizinde karşılaştırılan grup sayısı iki ise Mann Whitney U Testi, üç ve daha fazla olanlarda ise Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır. Tüm istatistik analizlerinde önemlilik değeri $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Tablo 1. Sınıflardaki Öğrenci Sayısına Göre Araştırmaya Katılanların Oranları

Sınıflar ve sınıflardaki toplam öğrenci sayısı		**Araştırmaya katılanlar**	
		n	**%**
Hazırlık	105	61	58,1
1. Sınıf	225	121	53,8
2. Sınıf	266	123	46,2
3. Sınıf	283	163	57,6
4. Sınıf	217	140	64,5
5. Sınıf	259	153	59,1
6. Sınıf	220	142	64,5

Çalışmaya katılan 903 öğrencinin %58,0'ı (n=524) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 21,6±2,6 yıl (17-35) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %17,9'u (n=162) COVID-19 geçirmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılması uygun görülen COVID-19'a yönelik aşılardan yaptıranların oranı %98,8 (n=892) olarak belirlenmiştir. Katılımcılara ait bazı sosyo-demografik özellikler, COVID-19 ile ilgili sağlık durumları ve özellikleri **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

Birlikte yaşadıkları kişiler arasında COVID-19 geçiren birey olanların oranı %33,0 (n=298), aynı sınıfta/staj grubundaki arkadaşlar arasında COVID-19 geçiren birey olanların oranı ise %32,0 (n=289) olarak belirlenmiştir. **Tablo 3**'te katılımcıların çevrelerinde bulunan kişilerin COVID-19 ile ilgili sağlık durumları ve özellikleri sunulmuştur.

Katılımcıların %17,8'i (n=161) staj gördükleri birimlerde COVID-19 olduğundan şüphelenilen ve kesinleşen hasta ile karşılaşmış, karşılaşanların %56,5'i (n=91) böyle bir hastayı değerlendirdiğini (anamnez/fizik muayene), %26,7'si (n=43) ise böyle bir hastaya yoğun temas oluşturabilecek işlem uyguladığını belirtmiştir.

Katılımcıların toplam COVID-19 risk algı puanı ortalaması 100 puan üzerinden 65,1±22,5 olarak belirlenmiştir. Cinsiyete göre yapılan karşılaştırma sonucunda kadınların COVID-19 risk algı puanı ortalaması (68,0±20,5) erkeklere göre (61,2±24,4) istatistiksel olarak önemli bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Sınıfa göre yapılan karşılaştırma sonucunda pre-klinik dönem (hazırlık, 1,2 ve 3. Sınıf) ile klinik dönem (4,5 ve 6. Sınıf) arasında COVID-19 risk algı puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir ($p=0,179$). **Tablo 4**'te katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre COVID-19 risk algı puanı ortalamaları ve karşılaştırma sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 5'te katılımcıların COVID-19 ile ilgili sağlık durumları ve özelliklerine göre COVID-19 risk algı puan ortalamaları ve karşılaştırma sonuçları sunulmuştur. Katılımcıların arasında solunum sistemi ile ilgili hastalık/risk faktörüne sahip olanların COVID-19 risk algı puanı ortalaması (74,9±17,5) sahip olmayanlara göre (64,7±22,6) istatistiksel olarak önemli bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,009$). Benzer şekilde COVID-19 geçirmeyenlerin COVID-19 risk algı puanı ortalaması (65,8±22,5) geçirenlere göre (62,1±22,3) istatistiksel olarak önemli bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,041$). COVID-19'a yönelik aşı olanlar ile olmayanlar arasında ise istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir ($p=0,226$).

Katılımcılardan birlikte yaşadıkları kişiler arasında COVID-19 risk faktörüne sahip birey olanlar ile olmayanlar, birlikte yaşadıkları kişiler arasında COVID-19 geçiren birey olanlar ile olmayanlar, birlikte yaşadıkları kişiler arasında COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden birey olanlar ile olmayanlar COVID-19 risk algı puanları açısından karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir. Benzer şekilde aynı sınıf/staj grubundaki arkadaşlar arasında COVID-19 geçiren birey olanlar ile olmayanlar karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir. Katılımcılar arasında "pandemi döneminde hasta veya hasta yakınları ile mümkün olduğunca kısa ve yüzeysel iletişim kurarım" diyenlerin COVID-19 risk algı puanı ortalaması

(70,5±21,0) demeyenlere göre (62,5±22,7) istatistiksel olarak önemli bir şekilde yüksek (p<0,001), "pandemi döneminde hasta veya hasta yakınları maske kullanımına ve fiziksel mesafe kurallarına uydukları takdirde her koşulda iletişim kurarım" diyenlerin COVID-19 risk algı puanı ortalaması (63,9±22,1) demeyenlere göre (67,7±23,1) istatistiksel olarak önemli bir şekilde düşük bulunmuştur (p=0,013). **Tablo 6**'da katılımcıların sağlık iletişimi hakkındaki tutumlarına göre COVID-19 risk algı puan ortalamaları ve karşılaştırma sonuçları gösterilmiştir.

Öğrencilere kişisel koruyucu ekipman kullanımının iletişim üzerine etkisi hakkındaki düşünceleri sorulmuştur. Öğrencilerin %57,0'ı (n=515) "Maske konuşmamın anlaşılmasında güçlüğe neden olur." şeklinde yanıt vermiştir. Öğrencilere ayrıca pandemi döneminde hasta/hasta yakınları ile iletişim problemi yaşayıp yaşamadıkları da sorulmuş, %13,4'ü (n=121) sorun yaşadığını, sorun yaşayanların %57,0'ı (n=69) sözel tartışma yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri, COVID-19 ile İlgili Sağlık Durumları ve Özellikleri (N=903)

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	379	42,0
Erkek	524	58,0
Yaş (yıl)		
Ortalama±SS (min-maks)	21,6±2,6 (17-35)	
Birlikte yaşadıkları kişiler		
Yalnız yaşayanlar	271	30,0
Aile/akraba/arkadaş ile yaşayanlar	632	70,0
Birlikte yaşadıkları kişiler arasında çocuk yaş grubunda birey		
Olanlar	344	38,1
Olmayanlar	559	61,9
COVID-19 risk faktörü/faktörleri		
Olanlar	186	20,6
Olmayanlar	717	79,4
Solunum Sistemi ile ilgili hastalık/risk faktörü		
Olanlar	37	4,1
Olmayanlar	866	95,9
COVID-19		
Geçirenler	162	17,9
Geçirmeyenler	741	82,1
Temaslı durumunda olup karantina		
Uygulananlar	216	23,9
Uygulanmayanlar	687	76,1
Genellikle kullandıkları maske türü		
N95- 99 / FFP2-3	70	7,8
Kumaş	71	7,9
Cerrahi	762	84,4
COVID-19'a yönelik aşı		
Olmayanlar	11	1,2
Olanlar	892	98,8
COVID-19'a yönelik (n=892)		
Sinovac aşısı olanlar	85	9,5
Biontech aşısı olanlar	505	56,6
Her ikisini de olanlar	302	33,9
Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan günlük COVID-19 tablosunu		
Takip edenler	318	35,2
Takip etmeyenler	585	64,8

Tablo 3. Katılımcıların Çevrelerinde Bulunan Kişilerin COVID-19 ile İlgili Sağlık Durumları ve Özellikleri (N=903)		
	n	**%**
Birlikte yaşadıkları kişiler arasında COVID-19 risk faktörü/faktörlerine sahip birey		
Olanlar	427	47,3
Olmayanlar (risk faktörü yok veya yalnız yaşıyor)	476	52,7
Birlikte yaşadıkları kişiler arasında COVID-19 geçiren birey		
Olanlar	298	33,0
Olmayanlar	605	67,0
Birlikte yaşadıkları kişiler arasında COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden birey (n=298)		
Olanlar	12	4,0
Olmayanlar	286	96,0
Sınıf/staj grubundaki arkadaşlar arasında COVID-19 geçiren birey		
Olanlar	289	32,0
Olmayanlar	269	29,8
Bilgisi olmayanlar	345	38,2

Tablo 4. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre COVID-19 Risk Algı Puanları		
Toplam COVID-19 Risk Algı Puanı		
Ortalama±SS (min-maks)	65,1±22,5 (0-100)	
	Puan (Ortalama±SS) ∞	**p▪**
Cinsiyet		
Kadın	68,0±20,5	**<0,001**
Erkek	61,2±24,4	
Sınıf		
Pre-klinik dönem	64,1±22,7	0,179
Klinik dönem	66,3±22,1	
Birlikte yaşadıkları kişiler		
Aile/akraba/arkadaş ile yaşayanlar	65,0±22,0	0,567°
Yalnız yaşayanlar	65,5±23,5	
Birlikte yaşadıkları kişiler arasında çocuk yaş grubundan birey		
Olanlar	64,8±22,8	0,680
Olmayanlar	65,3±22,3	
▪ Mann Whitney U Testi, ° Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır.		
∞ Bilgi puanı 100 puan üzerinden hesaplanmıştır.		

Tablo 5. Katılımcıların COVID-19 ile İlgili Sağlık Durumları ve Özelliklerine Göre COVID-19 Risk Algı Puanları		
	Puan (Ortalama±SS) ∞	**p▪**
COVID-19 risk faktörü/faktörleri		
Olanlar	66,8±23,1	0,321
Olmayanlar	64,7±22,3	
Solunum Sistemi ile ilgili hastalık/risk faktörü		
Olanlar	74,9±17,5	**0,009**
Olmayanlar	64,7±22,6	
COVID-19		
Geçirenler	62,1±22,3	**0,041**
Geçirmeyenler	65,8±22,5	
Temaslı durumunda olup karantina		
Uygulananlar	64,5±21,1	0,367
Uygulanmayanlar	65,4±22,9	
Genellikle kullandıkları maske türü		
N95- 99 / FFP2-3	70,0±22,2	0,132°
Cerrahi	64,9±22,4	
Kumaş	63,3±23,3	
COVID-19'a yönelik aşı		
Olanlar	65,2±22,5	0,226
Olmayanlar	59,9±17,5	
COVID-19'a yönelik		
Sinovac aşısı olanlar	60,7±23,5	0,115°
Biontech aşısı olanlar	65,2±22,2	
Her ikisini de olanlar	66,4±22,7	
Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan günlük COVID-19 tablosunu		
Takip edenler	70,5±21,2	**<0,001**
Takip etmeyenler	62,2±22,6	
▪ Mann Whitney U Testi, ° Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır.		
∞ Bilgi puanı 100 puan üzerinden hesaplanmıştır.		

Hasta-hekim iletişimi konusunda literatüre bakıldığında birçok çalışma yapılmış olup, çok büyük bir kısmı konuyu hasta bakış açısıyla değerlendirmiştir. Çalışmamızın en önemli ayrıcalığı bu konuyu içinde bulunduğumuz COVID-19 pandemisi ile bağlantılı olarak, hem hastalıkların tanısında ve tedavisinde gerekli olan iş birliğini sağlayan hem de toplulukları içinde potansiyel bir sağlık bilgisi kaynağı olan tıp fakültesi öğrencilerinin bakış açısıyla değerlendirmesidir. Çalışmamız literatürde hazırlık sınıfından 6. sınıfa kadar tüm dönemlerdeki tıp fakültesi öğrencilerinin COVID-19 risk algısını ve pandemi döneminde sağlık iletişimi hakkındaki tutumlarının incelendiği ilk çalışmadır. Ancak bu çalışmada öğrencilerin risk algısını etkileyebilecek COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyleri incelenmemiş olup çalışmanın sonuçları kullanılan veri toplama aracı ile sınırlıdır.

Yapılan bu çalışmada öğrencilerin COVID-19 risk algıları ve bu algılarının sağlık iletişimine yönelik tutumlarını yönlendirebildiği ortaya konmuştur. Bu bağlamda otoriteler ve eğitimciler, pandemi ile ilgili tıp eğitimi sürecine daha fazla dahil edilmeli, öğrenciler risk yönetimi ve doğru iletişimin önemi hakkında bilgilendirilmelidir. Ayrıca savunmasız bir grup olduklarından bu konuda yakın izlenmeli, risk yönetiminin teknolojik ve idari özelliklerinin sosyo-psikolojik düşünceler ve önlemlerle zenginleştirilmesi amacına yönelik öğrencilere uygun psikolojik destek sunulmalıdır.

Institute of Medicine (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press.

Kaynakça

1. Davis Boykins, A. (2014). Core communication competencies in patient-centered care. ABNF Journal, 25(2).
2. Hoşgör D. G. (2014). İletişim ve Sağlık İletişimi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Beykent Üniversitesi.
3. Okay A. (2014). Sağlık iletişimi. 2. Basım. Derin Yayınları-İstanbul.
4. Tabak R. S. (2006). Sağlık İletişimi. 3. Basım. Literatür Yayınları-Ankara.
5. Cegala, D. J., Coleman, M. T., & Turner, J. W. (1998). The development and partial assessment of the medical communication competence scale. Health communication, 10(3), 261-288.
6. Cegala, D. J., McGee, D. S., & McNeilis, K. S. (1996). Components of patients' and doctors' perceptions of communication competence during a primary care medical interview. Health Communication, 8(1), 1-27.
7. Lee, C. K., Song, H. J., Bendle, L. J., Kim, M. J., & Han, H. (2012). The impact of non-pharmaceutical interventions for 2009 H1N1 influenza on travel intentions: A model of goal-directed behavior. Tourism management, 33(1), 89-99.
8. Leppin, A., & Aro, A. R. (2009). Risk perceptions related to SARS and avian influenza: theoretical foundations of current empirical research. International journal of behavioral medicine, 16(1), 7-29.
9. Van der Weerd, W., Timmermans, D. R., Beaujean, D. J., Oudhoff, J., & Van Steenbergen, J. E. (2011). Monitoring the level of government trust, risk perception and intention of the general public to adopt protective measures during the influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands. BMC public health, 11(1), 1-12.
10. https://www.toraks.org.tr/site/community/news/10018#:~:text (Erişim tarihi: 14.11.2021)

11. Alsoghair, M., Almazyad, M., Alburaykan, T., Alsultan, A., Alnughaymishi, A., Almazyad, S., ... & Alsuhaibani, M. (2021).

12. Medical Students and COVID-19: Knowledge, Preventive Behaviors, and Risk Perception. International journal of environmental research and public health, 18(2), 842.

13. Çalışkan, F., Mıdık, Ö., Baykan, Z., Şenol, Y., Tanrıverdi, E. Ç., Tengiz, F. İ., & Gayef, A. (2020). The knowledge level and perceptions toward COVID-19 among Turkish final year medical students. Postgraduate Medicine, 132(8), 764-772.

14. Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L., Recchia, G., Van Der Bles, A. M., ... & Van Der Linden, S. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. Journal of Risk Research, 23(7-8), 994-1006.

15. Marra, A., Buonanno, P., Vargas, M., Iacovazzo, C., Ely, E. W., & Servillo, G. (2020). How COVID-19 pandemic changed our communication with families: losing nonverbal cues.

16. Rubinelli, S., Myers, K., Rosenbaum, M., & Davis, D. (2020). Implications of the current COVID-19 pandemic for communication in healthcare. Patient education and counseling, 103(6), 1067.

17. Gold, J. A. (2020). Covid-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers.

18. Uzun, S. U., Çelikyürek, N. A., & Ergin, A. (2021). Risk perception and preventive behaviors among Turkish medical students during early period of the COVID-19 pandemic. Cukurova Medical Journal, 46(2), 460-472.

19. Cihan, E., Pirinççi, C. Ş., Gerçek, H., Ünüvar, B. S., & Demirdel, E. The Knowledge Levels, Preventive Behavior And Risk Perception On COVID-19 Of The Healthcare Students In Turkey Türkiye'de Sağlık Öğrencilerinin COVID-19 Üzerine Bilgi Düzeyleri, Koruyucu Davranışları ve Risk Algıları.

20. GUNER, N. G., Yurumez, Y., GÜNEYSU, F., Ercan, B., & ÜLKER, V. COVID-19 Risk Perception, Knowledge, Precautions and Information Sources between Healthcare Professionals. Phoenix Medical Journal, 3(1), 20-25.

COVID-19 PANDEMİSİNDE TÜRKİYE'DEKİ HASTA VE ÖLÜM SAYILARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE İNCELENMESİ: TURCOVID19 UYGULAMASI

SONGÜL ÖREN[1], *Abdullah UÇAR*[2], *Şeyma ARSLAN*[3]
[1]*İstanbul Tıp Fakültesi*
[2]*Sağlık Bakanlığı*
[3]*İstanbul Arnavutköy İlçe Sağlık Müdürlüğü*
songul.oren65ela@gmail.com

31 Aralık 2019 tarihinde Wuhan kentinde görülen tanımlanamayan pnömoni vakalarının Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) bildirilmesinin ardından 11 Mart 2020 tarihinde COVID-19 pandemisi ilan edilmiştir.

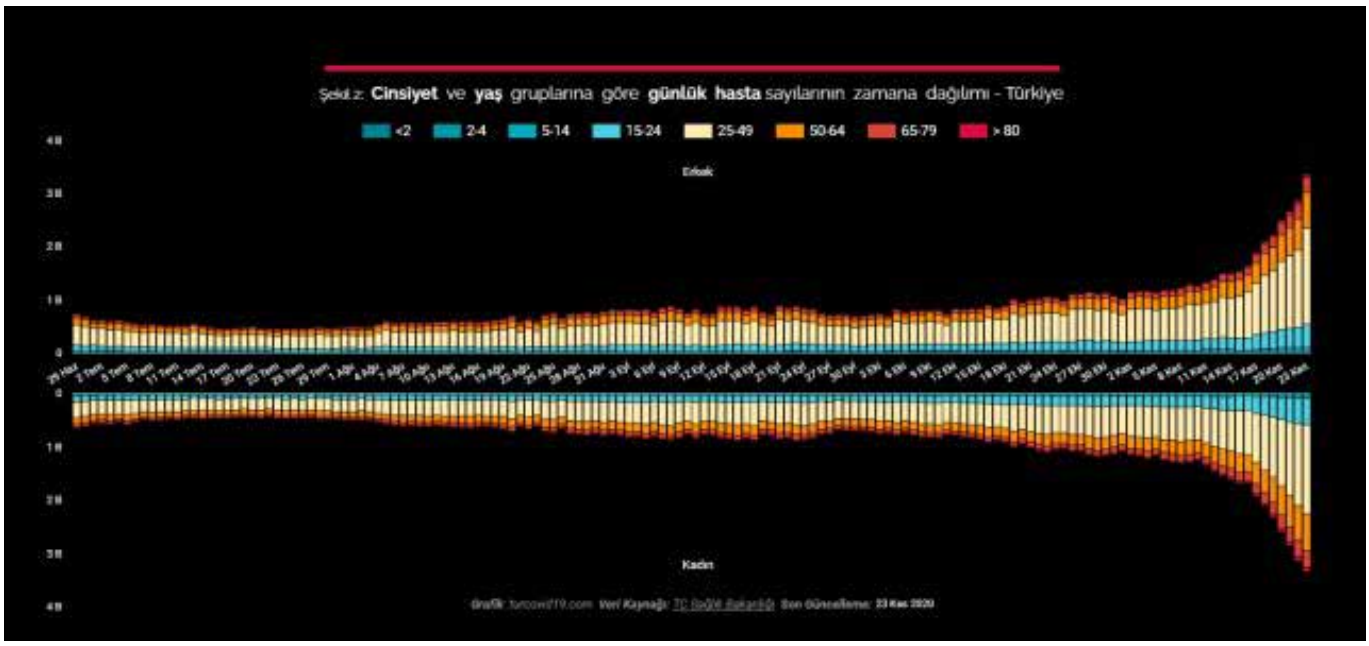
Salgınlarda vaka ve ölüm sayılarının demografik özelliklere göre dağılımının monitorize edilmesi risk faktörlerinin tanımlanması açısından stratejik öneme sahiptir. Yaşa ve cinsiyete göre riskli grupların tespiti, önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin planlanması için kritik önemdedir. COVID-19 pandemisinde Türkiye'de yaşa ve cinsiyete özgü hasta ve ölüm sayılarına ait veriler Sağlık Bakanlığı tarafından 28 Haziran - 23 Kasım 2020 tarihleri arasında günlük ve haftalık raporlar şeklinde yayınlanmıştır. Bu veriler TURCOVID19 projesi kapsamında yapılandırılmış dinamik bir veri tabanında toplanmış, veritabanı açık veri olarak kamuya sunulmuştur. Bu çalışmanın amacı TURCOVID19 projesinde toplanan Türkiye'ye özgü COVID-19 hasta ve ölüm verilerini demografik özelliklerine göre incelemektir.

Kesitsel tipteki çalışmamızda 28 Haziran - 23 Kasım 2020 tarih aralığında yayınlanmış raporlardaki yapılandırılmamış veriler kullanılmıştır. Türkiye'de COVID19'a bağlı hasta ve ölüm sayılarını farklı demografik kırılımlarla sunan raporlardaki veriler akran denetimiyle manuel olarak veri girişi yapılan dinamik bir veri tabanında toplanmıştır. Dinamik veri tabanı kullanılarak otomatik güncellenen kamuya açık interaktif bir izlem ekranı oluşturulmuştur. Bu veri seti kullanılarak hasta ve ölüm sayılarının cinsiyete ve yaşa göre dağılımları incelenmiştir. İstatistiksel analizde cinsiyetler arası karşılaştırma için Ki-kare Analizi, yaş artışı ve ölüm oranları arasındaki ilişkiyi değerlendirmede Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi için $p<0,05$ kabul edilmiştir.

8 farklı yaş grubunda cinsiyete göre ölüm oranları karşılaştırıldığında 25 yaş ve üzerindeki yaş gruplarında ölüm oranları erkeklerde kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($p<0,001$). Yaş artışı ile hastalar içindeki ölüm oranı karşılaştırıldığında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. ($r_{Pearson} = 0,781$, $p=0,022$). En yüksek ölüm oranları 80 yaş ve üzerinde görülmektedir. Bu yaş grubunda ölüm oranları erkeklerde %38,17 ve kadınlarda %25,5'tir (Şekil 1a-Şekil 1b). Erkeklerde ölümlerin %93'ü ve kadınlarda ölümlerinin %95'i 50 yaş ve üzerinde gerçekleşmektedir.



Raporların yayınlandığı dönem aralığında 50 yaş üzerindeki yaş gruplarında hasta insidansı istatistik olarak anlamlı düzeyde kadınlarda erkeklerden daha fazladır (p<0,05). (Şekil 2).



Çalışmamıza göre kadınların COVID-19'u erkeklerden daha hafif atlattıkları, genç yaş gruplarında ölüm oranının daha az olduğu ancak özellikle yaşlı erkeklerin yüksek risk altında olduğu gösterilmiştir.

Pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinin hızlı ve etkin planlanması için risk gruplarında salgın yayılımının monitörize edilmesi gerekmektedir. Çevrimiçi interaktif uygulamalar birçok parametrenin eşzamanlı ve hızlı değerlendirilmesinde önemli fırsatlar sağlamakta, gerçek zamanlı güncellenen monitörizasyon imkanı sunmaktadır.

Günlük Raporlar: https://bit.ly/307GVkm

Haftalık Raporlar: https://bit.ly/32ctrXj

COVID-19 PANDEMİSİNDE YAŞLILARIN GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASINA YÖNELİK YAKLAŞIMLAR

Burak ELİK[1], *Havva KARADENİZ*[2]
[1]*Gümüşhane Üniversitesi*
[2]*Karadeniz Teknik Üniversitesi*
elikburak5858@gmail.com

Dünya genelinde insanlar arasında kolaylıkla yayılan ve tehlikeli sonuçlara yol açan hastalıklar pandemi olarak tanımlanmaktadır (Wikipedia, 2020a). 2019 yılının son günlerinde Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkıp bütün dünyaya yayılan, 2020 yılında pandemi haline gelen (WHO, 2020a) ve önemli sağlık, sosyal ve ekonomik problemlere yol açan Covid-19 pandemisi ile mücadele edilmektedir (WHO, 2020b). Pandeminin merkez üssü Wuhan'dan ve İtalya'dan gelen raporlara göre, tüm Covid-19 vakalarının yarısının 60 yaş ve üstü bireylerde olduğu, ölüm oranlarının yaş ile anlamlı derecede ilişkili olduğu, 85 yaş ve üzerindeki kişilerin en yüksek risk altındaki kişiler olduğu belirtilmektedir (Li ve ark., 2020; Onder ve ark., 2020). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) Covid-19 pandemisini kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve diğer eşlik eden hastalıklara sahip olanları olumsuz sonuçlar için yüksek riskli olarak belirtmektedir. Covid-19, hipertansiyon, diyabet, KOAH, kardiyovasküler hastalıklar gibi altta ek hastalığa sahip olan yaşlılarda hızlı bir şekilde akut solunum sıkıntısı sendromu, septik şok, metabolik asidoz ve pıhtılaşma faktörlerinde bozukluklara sebep olabilmektedir (Huang ve ark., 2020). Yaşlılar ve altta yatan hastalığa sahip olup başkalarının yardımına ihtiyacı olanlar, Covid-19 dâhil olmak üzere önemli enfeksiyonlara duyarlı hale gelmektedir. DSÖ ölümlerin en az %95'inin 60 yaşından daha büyüklerde, tüm ölümlerin yarısından fazlasının 80 yaş ve üstü bireylerde olduğunu bildirmektedir (WHO, 2020c). Bu bilgiler tüm dünyada yaşlı yetişkinlerin Covid-19 pandemisi sırasında yüksek risk grubunda olduğunu doğrulamaktadır. Pandemide diğer yaş gruplarına kıyasla en çok etkilenecek ve/veya etkilenen kişiler yaşlı bireylerdir. Bu nedenle yaşlı bireylere bulaşın önlenmesi amacıyla, sosyal mesafe ve sosyal izolasyon konusunda daha sert tedbirlerle karşılaşmışlardır (Howell ve ark., 2020). Ulusal Yaşlanma Enstitüsü (National Institute on Aging-2020) sosyal izolasyonun, yaşlılarda yalnızlık, ilerleyen depresyon ve anksiyete semptomları ile obezite, hipertansiyon, alzheimer, kalp hastalıkları ve ölüm gibi olumsuz fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçlarına yol açabileceğini bildirmektedir.

Özet

2019 yılının son günlerinde Covid-19 vakaları ortaya çıkmış ve pandemiye neden olmuştur. Ülkemizde de pandemi nedeniyle birçok önlemler alınmış ve sosyal yaşam değişmiştir. Bu önlemlerden en çok etkilenen gruplardan birisi de yaşlı bireyler olmuştur. Yaşlı bireyler yaşları ve sahip oldukları kronik hastalıklar nedeniyle bu hastalığa en duyarlı bireylerdir. Ölümlerin çoğunu oluşturan yaş grubu oldukları için en çok bakım gereksinimi olan gruplar arasında yaşlı bireyler yer almaktadır. Pandemi

sürecinde yaşlı bireylerin fiziksel ve psikososyal sağlıklarının korunması ve sürdürülmesi için evde bakım gereksinimleri artmıştır. Bu makalede pandemi sürecinin neden olduğu değişikliklerin yaşlı bireylerin evde bakımlarındaki etkisi tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19 pandemisi, Yaşlılar, Evde bakım.

Approaches to Meet the Needs of the Elderly in the Covid-19 Pandemic

Abstract:

In the last days of 2019, Covit-19 cases emerged and caused a pandemic. Due to the pandemic, many measures have been taken in our country and social life has changed. One of the groups most affected by these measures has been the elderly. Elderly individuals are the most susceptible to this disease due to their age and chronic diseases. As they are the age group that makes up the majority of deaths, elderly individuals are among the groups that need the most care. During the pandemic process, home care needs have increased in order to protect and maintain the physical and psychosocial health of elderly individuals. In this article, the effect of the changes caused by the pandemic process on the home care of elderly individuals will be discussed.

Keywords: Covid-19 pandemic, Elderly, Home care.

Giriş

Dünya genelinde insanlar arasında kolaylıkla yayılan ve tehlikeli sonuçlara yol açan hastalıklar pandemi olarak tanımlanmaktadır (Wikipedia, 2020a). 2019 yılının son günlerinde Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkıp bütün dünyaya yayılan, 2020 yılında pandemi haline gelen (WHO, 2020a) ve önemli sağlık, sosyal ve ekonomik problemlere yol açan Covid-19 pandemisi ile mücadele edilmektedir (WHO, 2020b). Pandeminin merkez üssü Wuhan'dan ve İtalya'dan gelen raporlara göre, tüm Covid-19 vakalarının yarısının 60 yaş ve üstü bireylerde olduğu, ölüm oranlarının yaş ile anlamlı derecede ilişkili olduğu, 85 yaş ve üzerindeki kişilerin en yüksek risk altındaki kişiler olduğu belirtilmektedir (Li ve ark., 2020; Onder ve ark., 2020).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) Covid-19 pandemisini kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve diğer eşlik eden hastalıklara sahip olanları olumsuz sonuçlar için yüksek riskli olarak belirtmektedir. Covid-19, hipertansiyon, diyabet, KOAH, kardiyovasküler hastalıklar gibi altta ek hastalığa sahip olan yaşlılarda hızlı bir şekilde akut solunum sıkıntısı sendromu, septik şok, metabolik asidoz ve pıhtılaşma faktörlerinde bozukluklara sebep olabilmektedir (Huang ve ark., 2020). Yaşlılar ve altta yatan hastalığa sahip olup başkalarının yardımına ihtiyacı olanlar, Covid-19 dâhil olmak üzere önemli enfeksiyonlara duyarlı hale gelmektedir. DSÖ ölümlerin en az %95'inin 60 yaşından daha büyüklerde, tüm ölümlerin yarısından fazlasının 80 yaş ve üstü bireylerde olduğunu bildirmektedir (WHO, 2020c). Bu bilgiler tüm dünyada yaşlı yetişkinlerin Covid-19 pandemisi sırasında yüksek risk grubunda olduğunu doğrulamaktadır. Pandemide diğer yaş gruplarına kıyasla en çok etkilenecek ve/veya etkilenen kişiler yaşlı bireylerdir. Bu nedenle

yaşlı bireylere bulaşın önlenmesi amacıyla, sosyal mesafe ve sosyal izolasyon konusunda daha sert tedbirlerle karşılaşmışlardır (Howell ve ark., 2020). Ulusal Yaşlanma Enstitüsü (National Institute on Aging-2020) sosyal izolasyonun, yaşlılarda yalnızlık, ilerleyen depresyon ve anksiyete semptomları ile obezite, hipertansiyon, alzheimer, kalp hastalıkları ve ölüm gibi olumsuz fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçlarına yol açabileceğini bildirmektedir.

Covid-19 ve Yaşlılar

Dünya nüfusu hızlı bir şekilde yaşlanmaktadır ve bazı güçlükleri de beraberinde getirmektedir. 2050 yılına gelindiğinde 60 yaş üzerindeki nüfusun %22'ye yükseleceği, aynı yılda yaşlı bireylerin beş kişisinden dördünün düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2020b). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye'de 65 yaş ve üzeri kişi sayısı %21.9 yükselerek (son 5 yılda), aynı yıl 7.5 milyonu geçmiştir (TÜİK, 2019a). Yaşlı nüfus oranı 2019 yılı için %9.1 olarak hesaplanmışken, 2030 yılında yaklaşık %13(12.9)'e yükseleceği ve 2080'e ulaşıldığında ülke nüfusunun yaklaşık %25'inin yaşlı olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2019a). Covid-19, bütün yaş gruplarında ve toplumun tamamında durdurulması gereken bulaşıcı bir hastalıktır. Yaşlı bireyler için ise daha fazla risk taşımaktadır (HASUDER, 2020). CDC verilerine göre 65 yaş ve üzeri bireyler, bu grupta olup huzurevinde yaşamını devam ettirenler, orta-şiddetli astımı veya kronik akciğer hastalığına sahip olan bireyler Covid-19 nedenli 'ciddi hastalık riski yüksek grupta' yer almaktadır. Ayrıca çeşitli nedenlerle bağışıklığı baskılanmış bireyler, beden kitle indeksi 30 ve daha yüksek olan bireyler, 'karaciğer, diyabet ve kronik böbrek hastaları risk grubunda' değerlendirilmektedir (CDC, 2020a).

Covid-19'un yaşlı bireylerde ciddi hastalık tablosu oluşturma ihtimali yüksektir. Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi›nin hazırladığı rapora göre, Covid-19'un neden olduğu ölümlerin 80 yaş üzerinde arttığı bildirilmiştir (Wu ve McGoogan, 2020). Ölümlerin %80'inin kronik ve bulaşıcı olmayan en az 1 hastalığa (hipertansiyon ve diyabet gibi) sahip yaşlılarda, %95'inden fazlasının ise 60 yaş üzeri bireylerde olduğu bildirilmektedir (WHO, 2020b).

ABD'nin Washington eyaletindeki birçok bakım tesisinde Covid-19'dan etkilenen bireylerin (n=101) yaşlarının ortalama 83 olduğu ve büyük çoğunluğunun (%94'ünün) kronik hastalığa sahip olduğu ve bu bireylerde ölüm oranının %34, hastaneye yatış oranının %55 olduğu bildirilmiştir (McMichael ve ark., 2020).

Yaşlıların pandemi sırasında hastalanmaları durumunda ne yapmaları gerektiği konusunda açık ve anlaşılır bilgilere sahip olmaları ve aynı zamanda fiziksel ve zihinsel olarak sağlıklı olarak hayatlarını sürdürebilmeleri için doğru bilgilerin yayılması kritik öneme sahiptir. Bu nedenle sağlık ve sosyal bakım çalışanları yaşlı bireylere uzun süreli bakım konusunda kritik öneme sahiptirler (WHO, 2020b

Pandemide Yaşlılara Verilen Hizmetler

Evde bakım ev hospitalizasyonu, ev hastanesi, evde tıbbi bakım veya duvarsız hastane olarak farklı terimler ile belirtilen, hastaya evinde sağlanan tıbbi hizmet olarak bilinmektedir. Evde bakım

hizmetleri genel olarak bireylerin sağlığını, işlevlerini ve rahatını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve toplumsal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Evde bakım hizmetleri genel olarak kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir (Groot ve ark., 2013).

TUİK'in verilerine göre yaşlı bireylerin mutluluk kaynağının büyük bir kısmını aileleri oluşturmaktadır (TÜİK, 2019b). Bu sonuçlara göre yaşlı bireyler en çok sosyal desteği çocuklarından, torunlarından ve ailelerinden almaktadır. Ülkelerin pandemide ailelere verdikleri bakımın en önemli parçaları olarak yaşlı bireylerin aile ve bakım sağlayıcılarına verdiği destekler olarak görülmektedir. Karantina veya izolasyon sürecinde yaşlı bireylerin sosyal ve fiziksel sağlıklarının devamı için paraya, temel gıdaya ve güvene, ilaca güvenli erişim sağlama gereksinimleri bulunmaktadır (WHO, 2020b). Yaşlı bireyler, altta yatan hastalık ve yaşları nedeniyle önemli Covid-19 sonuçlarına duyarlıdırlar. Covid-19'dan toplam ölümlerin yarıya yakını ve daha fazlasının uzun süreli bakım evlerinde olduğu raporlarda bildirilmiştir (Comas-Herrera ve ark., 2020). Yaşlı bireylerin genelde yaşamlarını sürdürdüğü uzun süreli bakım evlerinde Covid-19 görülme ve ölüm oranları sağlık hizmeti yetkililerini ve karar vericileri endişelendirmiştir. Bununla birlikte, uluslararası raporlar ve sonuçlar, Covid-19 enfeksiyonunun bu birimlerde görülmesinin kaçınılmaz olduğunu, çeşitli önlemlerle bu oranların azaltılabileceği bildirilmektedir (Kim, 2020; Wang ve ark., 2020). Türkiye'de sokağa çıkma kısıtlaması ile sosyal ortamlardan ayrılan grupların başında 65 yaş ve üzeri bireyler ile kronik hastalığa sahip bireyler olmuştur (65 Yaş ve Üstü ile Kronik Rahatsızlığı Olanlara Sokağa Çıkma Yasağı Genelgesi, 2020). Yayınlanan genelge ile belirli yaş grubu bireyler Covid-19'dan korunmak amacıyla sokağa çıkma kısıtlamasına tabii olmuştur. Bununla birlikte pandemi sürecinde fiziksel ve sosyal olarak en çok etkilenen grup yaşlı bireylerdir (Torun, 2020). Pandemi sürecinde sokağa çıkma kısıtlamasındaki bireylerin ihtiyaçları oluşturulan destek hatlarının telefon ile aranarak iletişim kurulmasıyla karşılanmaya çalışılmıştır. Ekonomik gereksinimlerin olması durumunda da farklı bir iletişim hattı sağlanmıştır. Bireylerin talepleri halinde maaşları evlerine kadar ulaştırılmıştır. Yaşlı bireylerin bilgilendirilmesi amacıyla rehberler hazırlanmıştır. Sağlık için danışma hattı olarak telefon kullanılmıştır. Aile hekimlerinden raporlu ilaçları yazdırma işlemleri telefon ile sağlanmış, raporlu ilaçlar için ise reçete zorunluluğu aranmamıştır (AÇSHB, 2020a). Yaşlılar için psikolojik danışma ve psikolojik krize müdahale sisteminin ve mekanizmasının daha da geliştirilmesi gerekmektedir ve medyada psikolojik sağlık eğitimi eğlenceli/çarpıcı yöntemler kullanılarak daha etkili hale getirilmelidir. Duygusal yanıt ciddi ise, psikolojik yardım hattının, çevrimiçi danışmanın aranması veya profesyonel bir kurumu ziyaret edilmesi önerilmektedir (UNSDG, 2020)

Toplumun önemli bir kesimini oluşturan yaşlı bireylerin sağlığının korunması ve yaşam kalitesinin arttırılması sağlık hizmeti sunan profesyonellerin görevidir. Bireyler sağlıklı olduklarında ise kendi gereksinimlerini (sıvı alımı, besin alımı, boşaltım, yeterli hava alımı vb.) kendileri karşılayabilirler. Bireylerin ihtiyaçları karşılanmadığında ise hastalıklar ve yeni ihtiyaçlar ortaya çıkabilmektedir (Orem ve ark., 2001).

Yaşlılara Yönelik Koruyucu Yaklaşımlar

Yaşlı bireylere bakım stratejisi (pandemi sonrası için) koruyucu bakım yaklaşımları olarak 3 başlık altında toplanabilir. Bunlar birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemleridir (SB, 2011). Birincil korunma önlemleri: Bulaşıcı hastalıklardan korunma, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sosyal aktiviteleri sürdürme, ilaçların doğru şekilde kullanımı konularında eğitim ve danışmanlık gibi çalışmalardan oluşmaktadır. Pandemi hakkında yaşlı bireylerin eğitilmesi, bağışıklama çalışmaları, yaşlı bireylerin evlerinde ve ev dışında alması gerekli önlemlerin öğretilmesi, ruh sağlığı hizmetleri ve psiko-sosyal destekler birincil korumada yapılabilecek uygulamalardır. (Ekici, 2020).

İkincil koruma önlemleri: Erken tanı ve tedaviyi içermektedir. Özellikle yaşlılarda sık görülen hastalıklar ve kanserler üzerine yapılmaktadır (Ekici, 2020).

Üçüncül koruma önlemleri: Risk grubundaki yaşlı bireylere sunulacak olan sosyal, fiziksel, çevresel ve ekonomik olarak verilecek bütün faaliyetleri kapsamaktadır. Bu durumda Covid-19 ile enfekte olan yaşlıların rehabilitasyonu sağlanabilir (Ekici, 2020).

Evde Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle komplikasyon yaşayabilecek önemli kronik hastalıkları (akciğer hastalıkları, kalp hastalıkları, diyabet) olan ev halkı üyeleri bulunabilmektedir. Sağlık bakımıyla ilgilenen profesyoneller enfeksiyonun yayılımının önlenmesi amacıyla alınabilecek önlemler konusunda hasta, bakım verici ve evdeki bireylere rehberlik yapmalıdır. Evde sağlanan ortamın evde bakım için uygun olup olmadığı bazı hususlara dikkate edilerek değerlendirilmelidir (CDC,2020):

- Hasta bireyin evde bakım almak için kararlı ve evde bakım almaya uygun olması
- Evde bakım vermek için uygun bireylerin olması
- Hasta bireyin kendisine özel ve uygun olan yatak odasının bulunması
- Gelir düzeyinin yiyecek ve diğer gereksinimlerini karşılayacak düzeyde olması

Hasta birey ve diğer ev halkı üyelerinin, kullanması gereken kişisel koruyucu ekipmanlara (en azından eldiven ve yüz maskesi vb.) ulaşabilmesi ve izolasyonun veya evde bakımın gerektirdiği kurallara uyması (solunum hijyeni, öksürük kuralları, el hijyeni vb.). Evde bakımda enfeksiyon bulgusu dikkat edilmesi gereken önemli bir sağlık problemidir. Evde bakım ve sağlık hizmetlerinde amaç, bireyin normal yaşam şartlarına en az etki ederek, hastalığın etkilerini azaltmak ve en doğru tedavi planına ulaşmak ile hastalığın etkilerini en aza indirmek ve yaşam kalitesini yükseltmektir (Esen, 2013). Evde sağlık hizmetlerinin en önemli yararları, kişinin kendi yaşam ortamında (evinde) bakım alması ve sağlık hizmetlerine ulaşımı ve sağlık hizmetlerine yapılan harcamalarda düşüş sağlanmasıdır. Bunlara ek olarak bireye özgü bakım; iyileşme zamanında kısalma, sürekli kaliteli ve standart hizmet alımı, hasta bireyin yakınlarının eğitimi, yaşam kalitesini arttırma, zaman kaybının önlenmesi, terminal dönemdeki hastaların kaliteli bakım alabilmelerini sağlamaktadır (Yılmaz ve ark., 2010).

Sonuç

Pandemi sürecinde yaşlı bireylerin hastalanma oranlarının yüksek, iyileşme oranlarının düşük olması nedeniyle hastane dışında bakım gereksinimleri önem kazanmaktadır. Pandemi sürecinde evde kalan yaşlıların gereksinimlerinin karşılanması Covid-19 bulaşını önlemekte, yaşlılar arasında morbidite ve mortaliteyi azaltabilmekte, hastanelerin yükü hafiflemektedir. Bunlara ek olarak pandemide yaşlıların yaşadıkları ortamda bakım almaları fizyolojik, pikolojik ve sosyal iyilik haline de önemli katkılar sağlamaktadır.

Kaynakça

1. AÇSHB, (2020). DSÖ: Türkiye huzurevleri ve bakım kuruluşlarında alınan önlemlerle dünyaya örnek oluyor. https://ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/dso-turkiye-huzurevleri-ve-bakim-kuruluslarinda-alinanonlemlerle-dunyaya-ornek-oluyor/ Erişim Tarihi: 10.10.2020.
2. CDC, (2020).Interim guidance for ımplementing home care of people not requiring hospitalization for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Updated February 12, 2020. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/guidance-home-care.pdf Erişim tarihi: 20.10.2020.
3. Comas-Herrera A, Zalakain J, Litwin C, Hsu A, Lane N, F. J.-L. (2020). Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. https://alzheimeriberoamerica.org/wp-content/uploads/2020/04/Mortality-associated-with-COVID-12-April-3.pdf Erişim tarihi: 20.12.2020.
4. Ekici, E.(2020). Covid-19 pandemisi sürecinde yaşlı bireylerin bakım yönetimi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(3), 145-152.
5. Esen A. Evde bakımda enfeksiyon kontrolü. Evde Sağlık ve Bakım. Edit. Fadıloğlu Ç, Ertem G, Aykar FŞ. Göktuğ Basın Yayın ve Dağıtım. 1. Baskı. 2013, s:325 Fadıloğlu, Ç. (2013). Evde sağlık ve bakım. Amasya: Göktuğ Yayıncılık.
6. Groot RJ, Baker SC, Baric RS, Brown CS, Drostren C, Enjuanes L et al. (2013). Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): announcement of the Coronavirus Study Group. J Virol, 87, 7790-2.
7. Gürsu, O. ve Ay, Y. (2018). Din, manevi iyi oluş ve yaşlılık. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 11(61), 1176-1190. http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2018. 3007.
8. HASUDER, (2020). Yeni Koronavirüs (COVID-19) hastalığı için yaşlılık riskli bir dönem! - yeni koronavirüs hastalığı 2019. https://korona.hasuder.org.tr/yeni-koronavirus-covid-19-hastaligi-icin-yaslilik-riskli-bir-donem/ Erişim tarihi: 21.12.2020. https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1759758
9. Huang C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X. et al.(2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet, 395(10223), 497-506.
10. Interim guidance for implementing home care of people not requiring hospitalization for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Updated February 12, 2020. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/guidance-home-care.pdf Erişim tarihi: 19.05.2020. in relation to COVID-19 in Italy. Jama.323 (18), 1775-1776. https://doi.org/10.1001 / jama.2020.4683 Journal of Medicine. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316

11. Kim H. (2020). The impact of COVID-19 on long-term care in South Korea and measures to address it. https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-Long-Term-Care-COVID19-situation-in-South-Korea-7-May-2020.pdf

12. Klavuz, M. A. ve Klavuz, E. (2016). Yaşlanma döneminde kayıplarla başa çıkmada manevi danışmanlık hizmetlerinin önemi. Manevi Danışmanlık ve Rehberlik içinde (Ed. A. Ayten, M. Koç, ve N. Tınaz), Dem Yayınları, 17-38.

13. Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y. ve ark. (2020). Early transmission Mash B. Primary care management of the coronavirus (COVID-19). S Afr Fam Pract. 62(1).

14. McMichael, T.M., Clark, S., Pogosjans, S., Kay, M., Lewis, J., Baer, A. et al. (2020). COVID-19 in a long-term care facility—King County, Washington, February 27–March 9, 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report, 69(12), 339-342.

15. Morrow-Howell, N., Galucia, N. ve Swinford, E. (2020). Recovering from the COVID-19 pandemic: a focus on older adults. Journal of aging & social policy, 32(4-5), 526-535.

16. Onder, G., Rezza, G. ve Brusaferro, S. (2020). Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. JAMA, 323(18), 1775-1776.

17. Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Older Persons. [Internet]. Available from: https://

18. Sokağa Çıkma Yasağı Genelgesi. (2020)//www.icisleri.gov.tr/65-yas-ve-ustu-ile-kronik-rahatsizligi-olanlara-sokaga-cikma-yasagigenelgesi Erişim tarihi: 10.11.2020.

19. Şensoy, N. ve Karabekir, H. S. (2011). Evde bakım: Olgu serisi. Journal of Geriatrics and Geriatric Neuropsychiatry, 2, 21-27.

20. Torun, F. (2020). Covid-19 pandemisinin ruh sağlığı üzerine etkisi ve öneriler. https://t24.com.tr/yazarlar/fuat-torun/covid-19-pandemisinin-ruh-sagligi-uzerine-etkisi-veoneriler,26113. Erişim tarihi: 10 Ekim 2020.

21. TÜİK, (2019a). TÜİK, Genel Nüfus Sayımları, 1935-2000 TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2008-2019 TÜİK, Nüfus Projeksiyonları, 2023-2080.

22. TÜİK, (2019b). "İstatistiklerle Yaşlılar-2019". 33712 Sayılı Haber Bülteni. http://www.tuik.gov.tr/ Erişim tarihi: 20.12.2020.

23. UNSDG, (2020). unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05 Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on Older-Persons.pdf. Erişim:20.08.2020

24. Wang, H., Li, T., Barbarino, P., Gauthier, S., Brodaty, H., Molinuevo, J. L., Xie, H. ve ark. (2020). Dementia care during COVID-19. Lancet, 395(10231), 1190–1191. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30755-8

25. WHO, (2020a). WHO | Ageing and Life Course. WHO,https://www.who.int/ageing/en/ Erişim tarihi: 20.12.2020.

26. WHO, (2020b). http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/ news/2020/4/supporting-older-people-during-the-covid-19-pandemic-is-everyones-business. Erişim tarihi:05.01.202.

27. WHO, (2020c). Strengthening the health system response to COVID-19: Preventing and managing the COVID-19 pandemic across long-term care services in the WHO European Region (May 29, 2020). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/443605/Tech-guidance-6-COVID19-eng.pdf?ua=1

28. WHO, Pandemi (2020a). https://tr.wikipedia.org/wiki/Pandemi. Erişim Tarihi: 20.12.2020. Dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia. New England.

29. Wikipedia, (2020). https://tr.wikipedia.org/wiki/201920_koronavir%C3%BCs_pandemisi#cite_note-28

30. Wu, Z., McGoogan, J.M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA, 323(13), 1239-1242.

31. Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S. ve ark. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Dergisi, 11, 125-32.

COVID-19 TANILI OLGUDA TEK SEANSLIK SENKRON TELEREHABİLİTASYON PROGRAMININ DİSPNE VE OKSİJEN GEREKSİNİMİNE ETKİSİ

Talha KILIÇ, *Eren TİMURTAŞ, Semra OĞUZ*
Marmara Üniversitesi
fzt.talhakilic@gmail.com

Giriş - Amaç

COVID-19 dünya çapında pandemik etkiye yol açan kritik bir viral enfeksiyondur. Özellikle geriatrik popülasyonda, kronik hastalığı bulunan bireylerde ve immünsupresif ilaçlar kullanan bireylerde ölüm riskinin yüksek olduğu raporlanmıştır (1,2). COVID-19'un yaygın semptomları arasında akciğer tutulumu, eklem ağrıları, santral ve periferal nöral tutulum bulguları bulunmaktadır (3).

COVID-19 enfeksiyonu, bulaş riski yüksek bir enfeksiyondur (4). Bu nedenle hasta ile temas izolasyonu kurulması, hastalığın yayılmasında önemli rol oynamaktadır. Aynı zamanda hava yolu ve damlacıklar ile de bulaşabildiği için maske ve damlacık izolasyonu, hasta ile etkileşimde alınması gereken önlemlerdendir (5). Hastalığın yüksek kontaminasyon riski barındırması nedeniyle, uygun olgularda uzaktan takip ve bilgilendirmeler önemli koruyucu rol oynamaktadır. Telesağlık, telemedicine ve telerehabilitasyon kavramları ile nitelendirilen sağlık ile ilgili uzaktan takip ve uygulama sistemleri, özellikle COVID-19 pandemisi içerisinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (6-10).

Telerehabilitasyon kavramı, bir fizyoterapistin uzaktan anlatımı ile hastaların kendi kendilerine uygulayabileceği fizyoterapi kavramını ifade etmektedir (10). COVID-19 enfeksiyonunda fizyoterapi uygulamalarının solunum iş yükünü azaltma, akciğer hijyenini sağlama ve kas-iskelet sistemi işlevselliğini koruma gibi temel fonksiyonlarda önemli rol oynadığı bilinmektedir (11,12). Fizyoterapi uygulamalarında hasta ile yakın temas kurulması bulaş riskini arttırıp, fizyoterapistin enfeksiyona yakalanma veya enfeksiyonu yayma ihtimalinde ciddi bir artışa neden olabilmektedir. Online platform kullanımı bulaş riski olmaksızın fizyoterapi hizmeti sunumu için en güvenli seçeneklerden biridir. Telerehabilitasyon uygulamaları son dönemde bu konuda öne çıkmakta ve etkin sonuçlar alınmaktadır (13 -15). Telerehabilitasyon uygulamaları senkron, asenkron ve mix tip olmak üzere üç alt başlıkta yapılabilmektedir (16). Bu uygulamalardan Senkron tip telerehabilitasyon programı, hasta ile gerçek zamanlı videokonferans şeklinde uygulanan bir programdır. Avantajları, hastaya uygulama anlık anlatılır ve olası hatalar minimalize edilmesidir. Aynı zamanda hasta ile doğrudan temas kurulduğu için programı uygulama ve terapiye katılım tam olarak sağlanmış olur. Fizyoterapist açısından hasta değerlendirmesi ve terapi sırasında gerçekleşebilecek olumsuz tablolar anlık olarak değerlendirilebilir ve terapi programında gerekli düzenlemeler hızlı bir şekilde gerçekleştirilebilir. Senkron tip telerehabilitasyon uygulamasının handikabı, terapi programının uzun sürmesi ve vakit alması, yüksek düzeyde internet teminin gerekmesi ve teknolojik alt yapının anlık olarak hazır olması gerekliliğidir.

Literatürdegünümüzpandemikoşullarındatelerehabilitasyonuygulamasınınönemivurgulanmaktadır. COVID-19 enfeksiyonuna sahip hastalarda, kas iskelet sistemi (10), pulmoner rehabilitasyon (17,18) ve kardiyak rehabilitasyon (19) programları kapsamında farklı telerehabilitasyon uygulamaları yapılmış; telerehabilitasyonun önemi ve halen bu alandaki sonuçların yetersizliğine değinilmektedir. Hastane içi telerehabilitasyon uygulamalarının etkinliğine ilişkin sonuçlar da net değildir. Bu çalışmada COVID-19 tanısı almış hospitalize hastalarda senkron telerehabilitasyon programının, solunum destek ihtiyacı, dispne ve yorgunluk üzerindeki etkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç - Yöntem

Katılımcılar

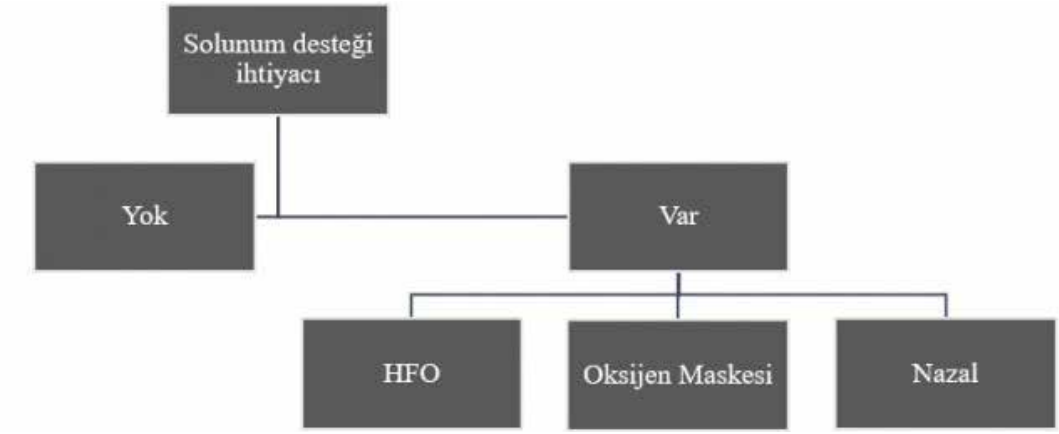
Araştırmamıza son bir hafta içinde COVID-19 tanısı ile interne edilmiş olup programa katılım için takip eden hekim onayı ile başvuran klinik olarak stabil erişkin bireyler dahil edildi. Kognitif fonksiyon bozukluğu olan, görme ve işitme fonksiyon kaybı bulunan, dil uyumsuzluğu (Türkçe veya İngilizce konuşamama), internet erişimi ve yeterli teknolojik ekipmana sahip olmayan olgular çalışmadan dışlandı. Ayrıca solunum hızı >30/dk, SpO2'nin oksijen tedavisine rağmen <%90 olan, non invazif ventilatörde FiO2>%50 ve kardiyak aritmisi olan olgular programa alınmadı.

Telerehabilitasyon programı

Telerehabilitasyon programı senkron eğitim olarak planlandı ve her seansta 45 dakikalık eğitim WhatsApp üzerinden video konferans ile verildi. Senkron eğitimin yapıldığı günler dışındaki zamanlarda hastaların egzersizlere devam etmeleri istendi. Program içeriği hastaların bireysel kapasiteleri doğrultusunda düzenlendi. Olguların hemodinamik parametrelerinin servis hemşiresi tarafından egzersiz öncesi ve sonrası kontrol edilmesi sağlandı.

Program İçeriği

Telerehabilitasyon programı, hastaların solunumsal etkilenim boyutu, solunum desteği tipi (Şekil 1), fonksiyonel kapasitesi ve vital parametrelerine [kan basıncı (KB), dakikadaki kalp atım sayısı (KH), kandaki oksijen saturasyonu değeri (SpO2), dakikadaki soluk sayısı (SS)] göre bireysel olarak planlandı.



Şekil 1. Olguların solunum desteği ihtiyacı.

Telerehabilitasyon kapsamında uygulanan fizyoterapi yöntemleri, hastanın ihtiyacına göre belirlendi ve eğitimlerde öncelik; solunum fizyoterapisi, kuvvetlendirme egzersizleri, enduransa yönelik egzersizlere verildi.

Solunum fizyoterapisinde solunum desteği ihtiyacı olan hastalarda solunum kontrolünü, hava yolu açıklığını ve akciğerlerde kompliansı arttırmak amaçlandı. Solunum fizyoterapisi uygulamaları; solunum kontrolü, postüral drenaj, triflow kullanımı, aktif solunum teknikleri döngüsü, kosta elevasyon eğitimi ve yatak içi pozisyonlama tekniklerinden oluştu.

Kuvvetlendirme egzersizleri ile alt ve üst ekstremitelerde kuvveti arttırmak ve dengeyi geliştirmek hedeflendi. Kuvvetlendirme egzersizleri; alt ekstremite yer çekimine karşı normal eklem hareket açıklığı egzersizleri, yatak içi köprü kurma, yatak kenarında otur-kalk egzersizleri ve oda içinde destekli kısa süreli (5dk/gün) yürüme egzersizlerinden oluştu.

Enduransa yönelik egzersizlerde ise bağımsız bir şekilde günlük yaşam aktivitesine dönüşü sağlamak amaçlandı. Enduransa yönelik egzersizler; merdiven çıkma ve üzün süreli (30 dk/gün) oda içerisinde yürüme egzersizlerini içerdi.

Değerlendirme parametreleri

Program öncesinde olguların demografik bilgileri, oksijen desteği, tipi ve destek miktarı (lt/dk). kaydedildi. Dispne ve yorgunluk değerlendirmeleri için modifiye BORG skalası kullanıldı. Değerlendirmeler eğitimden önce ve eğitimden hemen sonra tekrarlandı.

BORG dispne skalası: Fiziksel aktivite ve performans sırasında harcanan çabanın ölçülmesinde kullanılmaktadır. Literatüre göre bu skala istirahat ve efor dispne şiddetinin belirlenmesinde güvenilir olup solunum sayısı ve solunum fonksiyon testleri ile ilişkilidir. Araştırmada 10 maddelik Modifiye Borg Skalası kullanılmıştır (20,21). BORG Yorgunluk Skalası: Borg tarafından geliştirilen bu skala fiziksel aktivite ve performans sırasında harcanan çabanın ölçülmesinde kullanıldı. Hissedilen yorgunluk düzeyi 0 ile 10 puan arasında puanlandı (22).

İstatistik

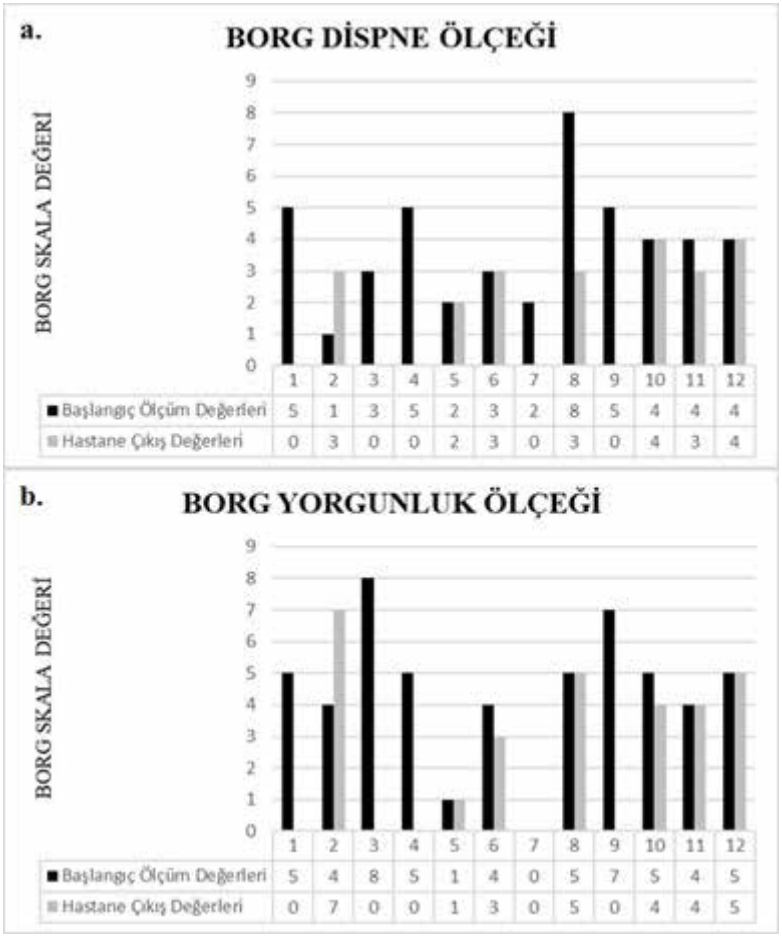
İstatistiksel değerlendirmeler için IBM SPSS Statistics V22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanılmıştır. BORG yorgunluk ve dispne skalalarının kendi içlerindeki ölçümler ile birlikte oksijen desteği miktarındaki değişimlerin istatistiksel analizi için Wilcoxon sıralı işaret testi uygulanmıştır. Farklı ölçümlerin arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya COVID-19 tanısı nedeniyle hastanede tedavisi devam eden toplam 12 (7K/5E) vaka dahil edildi. Vakaların yaş ortalaması 57.75 ± 19.45 yıl olarak bulundu. Katılımcıların programın başlangıcından itibaren olan hastane yatış süresi 4.75 ± 2.13 gün olarak belirlendi. BORG dispne ve

yorgunluk skalası değerleri, oksijen desteği ve desteğin miktarı (lt/dk) parametreleri değerlendirildi.

Program başlangıcında ortalama 3.83 ± 1.85 olan BORG dispne şiddeti program bitiminde 1.83 ± 1.69 seviyesine geriledi. Dispne skalası değerlerindeki bu azalmanın anlamlı olduğu tespit edildi (p = 0.028). BORG yorgunluk skalası değerleri program başlangıcında ortalama 4.41 ± 2.19 olarak bulunurken, program sonunda 2.14 ± 2.53 olarak tespit edildi. Yorgunluk düzeyinde elde edilen düzelme şiddeti istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p = 0.062). Programa katılan 12 hastanın tedavi öncesi ve sonrası dispne ve yorgunluk seviyeleri Şekil 2 a ve b'de ayrıntılı olarak gösterildi.



Şekil 2. Hasta bazında Borg (a) dispne ve (b)yorgunluk ölçeklerinin nümerik dağılımı

Hastaların tedavi öncesi ve sonrası oksijen desteği ihtiyacı ve destek tipi (maske, nazal, rezervuar ve desteksiz) ile oksijen desteği miktarı (lt/dk) Tablo 1'de gösterildi. Oksijen desteği ihtiyacının program bitiminde anlamlı olarak azaldığı tespit edildi (p=0.003, Tablo 1).

	Solunum Desteği Tipi	Oksijen desteği miktarı (lt/dk) Başlangıç	Bitiş	p
1	Nazal	9	0	
2	Desteksiz	0	0	
3	Nazal	9	0	
4	Nazal	3	0	
5	Nazal	3	2 (Maske)	
6	Maske	8	4 (Maske)	
7	Nazal	3	0	0.003
8	Nazal	2	0	
9	Nazal	13	0	
10	Nazal	6	3 (Maske)	
11	Nazal	8	0	
12	Rezervuar	16	5 (Nazal)	
	Ortalama ± SD	6.66 ± 4.75	1.16 ± 1.85	

Tablo 1. Hastaların solunum desteği tipi, oksijen desteği miktarlarının değişimi.

BORG dispne skalası ile hastaların oksijen desteği miktarları arasındaki anlamlı ilişki bulunmadı (p = 0.24). Ancak BORG yorgunluk skalası ölçümleri ile oksijen desteği miktarları arasındaki pozitif yönlü orta şiddette ilişki saptandı (r = 0.615; p = 0.033). Program sonrası hastanede kalış süresi ile BORG dispne, BORG yorgunluk ölçümleri ve oksijen desteği miktarları arasında ilişki saptanmadı (sırasıyla p = 0.8; p = 0.5 ve p = 0.088). BORG dispne ve yorgunluk skalaları arasında orta şiddette pozitif yönlü anlamlı korelasyon görüldü (r = 0.6; p = 0.039). Hastaların yaşı ile çalışmada ölçülen parametreler arasında da anlamlı bir ilişki bulunmadı (bütün değerler için p>0.05).

Sonuç

Bu çalışmada COVİD 19 nedeniyle interne edilmiş klinik durumu stabil olgularda tek seanslık senkron telerehabilitasyon programının etkinliğini araştırdık. Video konferans yöntemiyle verilen bireysel senkron egzersiz eğitimi sonrası katılımcıların dispne şiddeti ve oksijen destek ihtiyacında belirgin azalma olduğu saptandı.

Akut enfektif olgularda solunum fizyoterapi ve rehabilitasyonuna ilişkin kanıtlar kısıtlıdır. Özellikle bronşiyal hijyen teknikleri aerosol oluşumu nedeniyle ciddi bulaş riskini ifade etmektedir. Bu bağlamda bilinci açık ve ventilatör desteği almayan hastalarda solunum fizyoterapi ve rehabilitasyon tekniklerini içeren pulmoner rehabilitasyon uygulamalarının tek seanslık eğitim şeklinde, hastaya görsel materyaller verilmesi ya da video üzerinden yapılabileceği bildirilmiştir (23,24). Biz de çalışmamızda interne edilmiş COVID'li olgularda tek seanslık telerehabilitasyon programının etkilerini irdelenmeyi hedefledik. Telerehabilitasyon uygulamaları senkron, asenkron ve mix tip olarak uygulanabilmektedir. Senkron programda gerçek zamanlı olarak video konferans yöntemi kullanılırken asenkron tip telerehabilitasyon programı, hastanın gerekli görsel ve işitsel dökümanı

temin etmesi ve gerekli bilgiyi bu dökümandan alması ile gerçekleştirilir. Mix tip telerehabilitasyon programında ise, senkron tip uygulanıp takip edilirken, iki senkron uygulama arasında, asenkron tipteki gibi verilen eğitim dökümanının takibi istenir. Asenkron programda fizyoterapistin terapi sırasında hastanın verdiği reaksiyonu görememesi; hastayı anlık olarak değerlendirememesi; hastanın uygulamaları doğru yapıp yapmadığı veya uygulamayı yapıp yapmadığı hakkında bilgi edinememesi; hasta takibinin yetersiz oluşu ve hastanın güncel durumuna uygun düzenlemelerin yapılamayışı nedeniyle senkron eğitim programını uyguladık. Böylece gerçek zamanlı yapılan eğitimlerde olguların takibi yeterli düzeyde tutularak akut komplikasyon gelişimini de önlenmiş oldu.

COVİD 19 akut dönemlerinde, ciddi pnömoni ve kuru öksürük varlığında göğüs duvarında paradoksal ve asenkron hareketlere neden olabilecek solunum teknikleri ve kas eğitiminin dispne ve solunum yükünü arttırarak ciddi komplikasyonlara neden olabileceği bildirilmektedir (25). Telerehabilitasyon programımızı oluştururken bu noktayı göz önüne aldık ve program içeriğinde solunum kontrolüne ağırlık veren düşük yoğunluklu uygulamalara öncelik verdik. Program sürecinde hiçbir hastamızda komplikasyon gelişimi olmadı.

Pulmoner sistem problemlerinde en sık karşılaşılan problemler mobilite kaybı, dispne ve yorgunluk semptom şiddetindeki artış olarak sıralanabilir. Dispne "hoş olmayan veya konforsuz soluk alma hissi veya farklı duyular tarafından belirlenen, yoğunluğu değişebilen solunum sıkıntısı" olarak tanımlanır. Solunum hastalıklarında dispne panik, solunum iş yükü artışı ve solunum sıkıntısına sebep olarak bireyin fonksiyonelliği ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler (26,27).

Dispne ve yorgunluk mobilite, fiziksel aktivite ve egzersizi kısıtlayan kardinal semptomlardır. COVID-19'a bağlı gelişen hipoksi aktivite ve egzersizde aşırı ventilasyona katkıda bulunur ve daha erken ventilatuar kısıtlanmaya neden olur. COVID-19'da akut faz sonrası desatüre olan ve dispnesi devam eden olguların uzun dönem sekel gelişim riskinin yüksek olduğu ileri sürülmüştür (28). Solunum kontrolü, egzersiz eğitimi ve oksijen tedavisi, pulmoner fonksiyon ve ventilatuar kapasitede değişiklik olmaksızın, egzersizde ventilatuar nedenlere bağlı kısıtlanmayı geciktirebilir. Bu bağlamda dispnenin kontrol altına alınması oksijen dengesinin sağlanması hastaların uzun dönem salahına olumlu etkisi kesindir.

Telerehabilitasyon programı kapsamında bireysel yapılandırılan rehabilitasyon programı sonrasında başlangıç değerlerine göre dispne şiddetinde anlamlı gerileme meydana geldiği görülmüştür ($p = 0.028$). Öngörülen bu değişim, önceki çalışmalar ile örtüşmektedir (29, 30). Dispnede meydana gelen bu azalma, şiddetli geçirilen COVID-19 enfeksiyonu sonucundaki yaygın dispne artışında (31), senkronize telerehabilitasyon uygulamasının fizyoterapi seçeneklerinden biri olabileceğini göstermiştir. Ayrıca, telerehabilitasyon uygulamaları hastaların fizyoterapi programına devam etmeleri konusunda da teşvik edici unsur olmaktadır. Zanaboni ve ark.'nın 2016 yılında yaptıkları KOAH'lı hastalarda uzun dönem telerehabilitasyon takibinde hastaların telerehabilitasyon almayan gruba göre anlamlı derecede fizyoterapi programını düzenli takip ettiğini göstermiştir (32).

Henshall ve ark.'nın 2019 yılında yaptıkları çalışmada, solunum desteği alan akciğer kanserli

vakalarda yorgunluk ve dispne arasında güçlü bir korelasyon tespit edilmiştir (33). Çalışmamızda telerehabilitasyon programı ile olguların solunum kontrolü sağlanmış ve oksijen desteği azaltılmıştır. Yorgunluk ve oksijen desteği ($r = 0.615$, $p = 0.033$) ile dispne ve yorgunluk ($r = 0.6$, $p = 0.039$) arasında orta şiddette pozitif ilişki bulunmuştur. Bu sonuç solunum kontrolü ile dokulardaki oksijen ihtiyacının karşılanmasına bağlı hissedilen yorgunluk hissinin azalmasına bağlanabilir (34). Bununla birlikte yorgunluk şiddetindeki düzelme anlamlılık seviyesine ulaşmamıştır. Yorgunluk seviyesinde beklenen anlamlı seviyeye ulaşamama nedenimiz olgu sayımızın düşük oluşu ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada dispne ölçümlerindeki değişim ile verilen oksijen desteği miktarlarındaki değişim arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p = 0.24$). Ancak COVID-19 hastalığına sahip bireylerde sübjektif dispne değerlendirmesi ile hipoksemi tespiti için objektif yapılan ölçümlerin arasında anlamlı ilişki bulunmadığı da yapılan çalışmalarda görülmüştür (35). Dispne değerlendirmesi ve oksijen desteği arasındaki anlamsız ilişki sonucu, önceki çalışmaların ölçüm sonuçları ile örtüşmektedir. Bu durumun altında yatan mekanizmanın, COVID-19 virüsünün kan beyin bariyerini geçerek santral solunum merkezini etkilediği ve kan kapillerlerini etkileyerek doku hipoksisini ortaya çıkarmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (36,37).

Fizyoterapi programı başlangıcında ve sonunda değerlendirilen oksijen desteği miktarları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.003$). Daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamalarının önemine değinilmiştir (38-40) ve bazı çalışmalar telerehabilitasyonun önemi ile ilgili bulgular sunmuştur (41,42).

COVID-19 enfeksiyonunun akut, subakut ve kronik dönem tedavilerinde fizyoterapi ve rehabilitasyon yöntemleri önemli rol oynamaktadır. Özellikle solunum fizyoterapisi akciğer sağlığı açısından kritik öneme sahiptir. COVID-19 pandemisi sırasında enfekte hastaların izolasyonu gerekmektedir. Bu izolasyon sürecinde hastalar düzgün iletişim kuramamakta ve ihtiyaç duydukları fizyoterapi ve rehabilitasyon ihtiyacına ulaşamamaktadır. Bu çalışmada senkronize telerehabilitasyon yönteminin tek seans uygulanması durumunda dahi izole COVID-19'lu vakaların fizyoterapi ve rehabilitasyon ihtiyacını, büyük orada karşılayabileceği görülmüştür. Program sonunda hastaların dispne şiddeti, oksijen desteği ihtiyacı ve miktarı anlamlı düzeyde azalmıştır. Yorgunluk şiddeti de azalmış olmasına karşın elde edilen olumlu kazanım anlamlılık seviyesine ulaşamamıştır. Sonuçlarımız tek seanslık uygulamanın da hastalardaki olumlu kazanımları göstermesi bakımından literatüre katkı sağlamaktadır. Yoğun hasta popülasyonunda kısıtlı sayıda sağlık profesyonelinin etkin bakım ve tedavi hizmeti sunumunda ayrıca olgu takibinde senkron telerehabilitasyon yönteminin avantaj sağlayacağını düşünmekteyiz. Araştırmamızdaki limitasyonlardan biri teknolojiyi kullanabilme verimliliğinin düşük oluşudur. Teknik altyapı yetersizliği ve bireysel adaptasyonun düşük oluşu da katılım sağlayabilecek olgu sayısını kısıtlamıştır. Senkron telerehabilitasyon uygulamaları akut dönem interne stabil COVID olguları için yararlı, güvenli uygulamalar olarak kullanılabilir.

Kaynakça

1. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med. 2020;8:475–481. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5.
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395:497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
3. Carda S, Invernizzi M, Bavikatte G, Bensmaïl D, Bianchi F, Deltombe T, Draulans N, Esquenazi A, Francisco GE, Gross R, Jacinto LJ, Moraleda Pérez S, O'dell MW, Reebye R, Verduzco-Gutierrez M, Wissel J, Molteni F. COVID-19 pandemic. What should Physical and Rehabilitation Medicine specialists do? A clinician's perspective. European journal of physical and rehabilitation medicine. 2020;56(4): 515–524. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06317-0.
4. Pascarella G, Strumia A, Piliego C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, Scarlata S, Agrò FE. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. Journal of internal medicine. 2020;288(2): 192–206. https://doi.org/10.1111/joim.13091.
5. Sharma SK, Nuttall C, Kalyani V, Hemlata. Clinical nursing care guidance for management of patient with COVID-19. JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association. 2020;70(Suppl 3)(5): S118–S123. https://doi.org/10.5455/JPMA.29.
6. Jull G, Moore AP. Telehealth and COVID 19. Musculoskelet Sci Pract. 2020;48:102201. doi:10.1016/j.msksp.2020.102201.
7. Wijesooriya NR, Mishra V, Brand PLP, Rubin BK. COVID-19 and telehealth, education, and research adaptations. Paediatr Respir Rev. 2020;35:38-42. doi:10.1016/j.prrv.2020.06.009.
8. Doraiswamy S, Abraham A, Mamtani R, Cheema S. Use of Telehealth During the COVID-19 Pandemic: Scoping Review. J Med Internet Res. 2020;22(12):e24087. Published 2020 Dec 1. doi:10.2196/24087.
9. Bokolo Anthony Jnr. Use of Telemedicine and Virtual Care for Remote Treatment in Response to COVID-19 Pandemic. J Med Syst. 2020;44(7):132. Published 2020 Jun 15. doi:10.1007/s10916-020-01596-5.
10. Turolla A, Rossettini G, Viceconti A, Palese A, Geri T. Musculoskeletal Physical Therapy During the COVID-19 Pandemic: Is Telerehabilitation the Answer?. Phys Ther. 2020;100(8):1260-1264. doi:10.1093/ptj/pzaa093.
11. Liu K, Zhang W, Yang Y, Zhang J, Li Y, Chen Y. Respiratory rehabilitation in elderly patients with COVID-19: A randomized controlled study. Complement Ther Clin Pract. 2020;39:101166. doi:10.1016/j.ctcp.2020.101166.
12. Righetti RF, Onoue MA, Politi FVA, et al. Physiotherapy Care of Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - A Brazilian Experience. Clinics (Sao Paulo). 2020;75:e2017. Published 2020 Jun 22. doi:10.6061/clinics/2020/e2017.
13. Salawu A, Green A, Crooks MG, Brixey N, Ross DH, Sivan M. A Proposal for Multidisciplinary Tele-Rehabilitation in the Assessment and Rehabilitation of COVID-19 Survivors. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(13):4890. Published 2020 Jul 7. doi:10.3390/ijerph17134890.
14. D Leochico CF. Adoption of telerehabilitation in a developing country before and during the COVID-19 pandemic. Ann Phys Rehabil Med. 2020;63(6):563-564. doi:10.1016/j.rehab.2020.06.001.

15. Leochico CFD, Mojica JAP, Rey-Matias RR, Supnet IE, Ignacio SD. Role of Telerehabilitation in the Rehabilitation Medicine Training Program of a COVID-19 Referral Center in a Developing Country. Am J Phys Med Rehabil. 2021;100(6):526-532. doi:10.1097/PHM.0000000000001755.

16. O'Neil J, van Ierssel J, Sveistrup H. Remote supervision of rehabilitation interventions for survivors of moderate or severe traumatic brain injury: A scoping review. J Telemed Telecare. 2020;26(9):520-535. doi:10.1177/1357633X19845466.

17. Abdullahi A. Safety and Efficacy of Chest Physiotherapy in Patients With COVID-19: A Critical Review. Front Med (Lausanne). 2020;7:454. Published 2020 Jul 21. doi:10.3389/fmed.2020.00454.

18. Gonzalez-Gerez JJ, Bernal-Utrera C, Anarte-Lazo E, Garcia-Vidal JA, Botella-Rico JM, Rodriguez-Blanco C. Therapeutic pulmonary telerehabilitation protocol for patients affected by COVID-19, confined to their homes: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2020;21(1):588. Published 2020 Jun 29. doi:10.1186/s13063-020-04494-w.

19. Scherrenberg M, Wilhelm M, Hansen D, et al. The future is now: a call for action for cardiac telerehabilitation in the COVID-19 pandemic from the secondary prevention and rehabilitation section of the European Association of Preventive Cardiology [published online ahead of print, 2020 Jul 2]. Eur J Prev Cardiol. 2020;2047487320939671. doi:10.1177/2047487320939671.

20. Borg GAV. Psychophysical Basis Of Perceived Exertion. Medicine and Science in Sports and Exercise 1982; 14: 377-381.

21. Yürüktümen A, Karcıoğlu Ö, Topacoğlu H, Karbek F. Dispne ile başvuran geriyatrik olgularda yakınma şiddeti İle klinik ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2009; 9: 163-8.

22. Borg, G., Dahlstrom, H. Psychophysical basis of percieved exertion. Medicine And Science İn Sports And Exercise 1982;14: 361-377.

23. Kurtaiş Aytür Y, Köseoğlu BF, Özyemişçi Taşkıran Ö, Ordu Gökkaya NK, Ünsal Delialioğlu S, Sonel Tur B et al. Pulmonary rehabilitation principles in SARS-COV-2 infection (COVID-19): A guideline for the acute and subacute rehabilitation. Turk J Phys Med Rehabil. 2020;66(2):104-120.

24. Zhao HM, Xie YX, Wang C; Chinese Association of Rehabilitation Medicine; Respiratory Rehabilitation Committee of Chinese Association of Rehabilitation Medicine; Cardiopulmonary Rehabilitation Group of Chinese Society of Physical Medicine and Rehabilitation. Recommendations for respiratory rehabilitation in adults with coronavirus disease 2019. Chin Med J (Engl). 2020;133(13):1595-1602.

25. Kurtaiş Aytür Y, Köseoğlu BF, Özyemişçi Taşkıran Ö, Ordu Gökkaya NK, Ünsal Delialioğlu S, Sonel Tur B et al. Pulmonary rehabilitation principles in SARS-COV-2 infection (COVID-19): A guideline for the acute and subacute rehabilitation. Turk J Phys Med Rehabil. 2020;66(2):104-120.

26. ATS Statement. Dyspnea. Mechanisms, assessment and management: A consensus statement. Am J Respir Crit Care Med 1999;159:321-40.

27. O'Donnell DE, Webb KA. Mechanisms of dyspnea. In: Mahler DA, O'Donnell DE (eds). Dyspnea. 2nd Ed. Lung Biology in Health and Disease. Taylor & Francis, Boca Raton 2005;208:29-58.

28. Carda S, Invernizzi M, Bianchi F, Deltombe T, Draulans N, Francisco GE, et al. COVID-19 pandemic. What should PRM specialists do? A clinician's perspective. Eur J Phys Rehabil Med 2020 May 19. doi: 10.23736/S1973-9087.20.06317-0.

29. Polastri M, Nava S, Clini E, Vitacca M, Gosselink R. COVID-19 and pulmonary rehabilitation: preparing for phase three. Eur Respir J. 2020;55(6):2001822. Published 2020 Jun 25. doi:10.1183/13993003.01822-2020.

30. Wang TJ, Chau B, Lui M, Lam GT, Lin N, Humbert S. Physical Medicine and Rehabilitation and Pulmonary Rehabilitation for COVID-19. Am J Phys Med Rehabil. 2020;99(9):769-774. doi:10.1097/PHM.0000000000001505.

31. Cortés-Telles A, López-Romero S, Figueroa-Hurtado E, et al. Pulmonary function and functional capacity in COVID-19 survivors with persistent dyspnoea. Respir Physiol Neurobiol. 2021;288:103644. doi:10.1016/j.resp.2021.103644.

32. Zanaboni P, Dinesen B, Hjalmarsen A, et al. Long-term integrated telerehabilitation of COPD Patients: a multicentre randomised controlled trial (iTrain). BMC Pulm Med. 2016;16(1):126. Published 2016 Aug 22. doi:10.1186/s12890-016-0288-z.

33. Henshall CL, Allin L, Aveyard H. A Systematic Review and Narrative Synthesis to Explore the Effectiveness of Exercise-Based Interventions in Improving Fatigue, Dyspnea, and Depression in Lung Cancer Survivors. Cancer Nurs. 2019;42(4):295-306. doi:10.1097/NCC.0000000000000605.

34. Drouin PJ, Kohoko ZIN, Mew OK, Lynn MJT, Fenuta AM, Tschakovsky ME. Fatigue-independent alterations in muscle activation and effort perception during forearm exercise: role of local oxygen delivery. J Appl Physiol (1985). 2019;127(1):111-121. doi:10.1152/japplphysiol.00122.2019.

35. Berezin L, Zhabokritsky A, Andany N, et al. Diagnostic accuracy of subjective dyspnoea in detecting hypoxaemia among outpatients with COVID-19: a retrospective cohort study. BMJ Open. 2021;11(3):e046282. Published 2021 Mar 8. doi:10.1136/bmjopen-2020-046282.

36. Tan BH, Liu JM, Gui Y, Wu S, Suo JL, Li YC. Neurological involvement in the respiratory manifestations of COVID-19 patients. Aging (Albany NY). 2021;13(3):4713-4730. doi:10.18632/aging.202665.

37. Østergaard L. SARS CoV-2 related microvascular damage and symptoms during and after COVID-19: Consequences of capillary transit-time changes, tissue hypoxia and inflammation. Physiol Rep. 2021;9(3):e14726. doi:10.14814/phy2.14726.

38. Li L, Yu P, Yang M, et al. Physical Therapist Management of COVID-19 in the Intensive Care Unit: The West China Hospital Experience. Phys Ther. 2021;101(1):pzaa198. doi:10.1093/ptj/pzaa198.

39. Kiekens C, Boldrini P, Andreoli A, et al. Rehabilitation and respiratory management in the acute and early post-acute phase. "Instant paper from the field" on rehabilitation answers to the COVID-19 emergency. Eur J Phys Rehabil Med. 2020;56(3):323-326. doi:10.23736/S1973-9087.20.06305-4.

40. Curci C, Pisano F, Bonacci E, et al. Early rehabilitation in post-acute COVID-19 patients: data from an Italian COVID-19 Rehabilitation Unit and proposal of a treatment protocol. Eur J Phys Rehabil Med. 2020;56(5):633-641. doi:10.23736/S1973-9087.20.06339-X.

41. Siddiq MAB, Rathore FA, Clegg D, Rasker JJ. Pulmonary Rehabilitation in COVID-19 patients: A scoping review of current practice and its application during the pandemic. Turk J Phys Med Rehabil. 2020;66(4):480-494. Published 2020 Nov 9. doi:10.5606/tftrd.2020.6889.

42. Bickton FM, Chisati E, Rylance J, Morton B. An Improvised Pulmonary Telerehabilitation Program for Postacute COVID-19 Patients Would Be Feasible and Acceptable in a Low-Resource Setting. Am J Phys Med Rehabil. 2021;100(3):209-212. doi:10.1097/PHM.0000000000001666.

CREATING, PUBLISHING AND SPREADING PROCESSES OF HEALTH-RELATED CONTENTS IN INTERNET NEWS SITES: EVALUATION OF THE OPINIONS OF ACTORS IN HEALTH COMMUNICATION

***Eray ÖNTAŞ*[1]**, *Burcu ŞİMŞEK*[2], *Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ*[3]
[1]*Devrek District Health Directorate*
[2]*Hacettepe University, Faculty of Communication, Society and Communication*
[3]*Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Public Health*
erayontas@gmail.com

Access to essential health information is a social determinant of health. With digitalisation, the information gap between those who can and cannot access resources has increased, and health information poverty has emerged. Internet sites which are an essential source in closing the information gap due to their widespread use, do not have an adequate mechanism to evaluate the accuracy of the health information served and its compatibility with the current scientific evidence. The risks that health-related content may pose for public health were assessed as the research's aim, with the opinions of the actors in health communication on the axis of the current situation, problem, and solution.

This mixed-type research has two stages: The quantitative research (n=78) was conducted with academicians, Ministry of Health bureaucrats, internet news professionals, representatives of health professional associations and medical speciality associations. In the second part, in-depth interviews (n=15) were conducted to evaluate detailed opinions. Convenience sampling is used by considering saturation and pragmatic reasons. The participants' sociodemographic characteristics, competencies and experiences in health communication, and their use of digital media are independent variables. Opinions were evaluated as dependent variables, including the impact of news on public health; qualified publication criteria; source and medium control; governance, sanction against health misinformation; the process of creation, publication and missemination of news, and solution. The research was conducted on 23.06.20-14.02.21. After obtaining permission from Hacettepe University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee, volunteers answered 41 questions online. Quantitative data were evaluated with IBM SPSS and Chi-square, Fisher's Exact Test, Mann Whitney-U tests were used (α=0.05). Qualitative data obtained from 6 semi-structured questions were analysed thematically with MAXQDA.

51.3% of the participants were male, and their mean age was 47.6 years (SD±9.1); 32.1% of them received formal training on health communication. 96.2% of the participants stated that health misinformation in internet news poses a risk for public health, and all of the participants stated that specific standards should be satisfied while creating health-related content. 90.9% said that the

main reason for the spread of health misinformation on the internet is the media; as the main reason for this, 67.5% stated that gatekeepers prevented the truth from being revealed for economic and political reasons rather than the public good. While 92.2% of the participants stated that there is no verification mechanism in the newsrooms or that it is insufficient, 93.6% of them said a control mechanism is needed to prevent health misinformation. In this context, internal audit should be prioritised by considering freedom of the press, and the Ministry of Health (69.2%), Turkish Medical Association (51.3%), Medical Specialization Associations (42.3%) should be responsible for the audit in case of need. It was emphasised that the source of misinformation (77.9%) and the publisher (72.7%) should be responsible for sanctions. In the in-depth interviews, it was stated that the primary responsibility should be on the public authority with legal regulations. However, readers, newsrooms (editorial chain) and academia should have a collective responsibility in creating an environment that improves health. It was emphasised that the newsrooms should prioritise public health for the benefit of the public; the structure and discourse of the news should be improved by considering the "competence of source and journalist" as the basic concepts on which reliability, legitimacy and accuracy are based. In addition to the direct impact of health-related content on health, the crisis of trust caused by unethical professional practices threatens trust not only in the media but in the science and values mediated by the media's responsibility as the gatekeeper.

From a public health perspective, tackling misinformation with current legislation can only be a "treatment" for problems that continue to arise but not a cure. The authority should create an environment by considering the balance between the right to health and freedom of the press so that all members of society can fulfil their duties. The officials should define responsibilities with stakeholders in the digital ecosystem and prioritise prevention and development with the principles of internal regulation to be created.

ÇALIŞANLARDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ EĞİTİMİNİN ETKİSİ: BİR DERLEME ÇALIŞMASI

***Derya GİAKOUP**, Şeyma KARAKETİR, Sevgi CANBAZ*
İstanbul University, İstanbul Medical Faculty
derya.giakoup@istanbul.edu.tr

Giriş- Amaç:

Eğitim, birçok farklı sektörde iş sağlığı ve güvenliğinin (İSG) uygulanmasında ve teşvik edilmesinde önemli bir faktördür. İSG alanında eğitim yetersizliği güvensiz durumlara, iş kazalarına ve meslek hastalıklarına zemin oluşturabilir. Çeşitli sektörlerde ve popülasyonlarda eğitimin etkisini ölçen müdahale çalışmaları mevcut olmakla birlikte bu konuda yapılan derleme sayısı sınırlıdır. Bu derlemede amacımız İSG eğitiminin çalışanlar üzerinde yararlı etkisinin olup olmadığını araştırmaktır.

Gereç-Yöntem:

2000-2020 yılları arasında yayınlanan ve veri tabanlarında tam metni mevcut olan randomize deneysel tipteki çalışmalar tarandı. İş kazaları ve yaralanmalarına yönelik işçilere verilen eğitim müdahaleleri ile ilgili olan çalışmalar derlemeye dahil edildi. İlgili çalışmalar kanıta dayalı tıp ilkeleri doğrultusunda değerlendirilerek seçildi. İSG eğitiminin etki ettiği çıktılar bilgi, tutum -inanç, davranış değişimi olarak değerlendirildi. Bulgular: Derlemenin kriterlerine uygun olan 19 çalışma dahil edildi. Değerlendirilen deneysel çalışmalar çeşitli popülasyonları, mesleki grupları ve müdahaleleri (eğitim türlerini) içeriyordu. Eğitimin İSG davranışları üzerindeki etkinliğine dair güçlü kanıtlar bulundu. Bilgi ve tutum- inanç ölçümünde yapılan müdahale, çalışılan popülasyon ve ölçüm yöntemine dair farklılıklar mevcuttu. Bu durum bilgi ve tutum- inanç üzerine eğitimin etkisi ile ilgili kanıtlara dair yorumları sınırlandırmıştır.

Sonuç:

Bu çalışmada İSG eğitiminin çalışanların bilgi, tutum- inanç ve davranışı üzerindeki etkisini incelenmiştir. İSG eğitiminin çalışan uygulamalarını olumlu etkilediği saptanmıştır. Davranış üzerindeki etkinliğine dair kanıtlar doğrultusunda işyerlerinde çalışanlara İSG eğitimi verilmesi önem taşımaktadır. Bu durumun uzun dönemde ölçülebilecek sonuçlar olan işyerindeki yaralanmalar ve hastalıklar gibi sağlık çıktılarını etkilemesi beklenmektedir. Sonuç olarak eğitimin sağlık üzerindeki etkinliğine (yaralanmalar, işle ilişkili semptomlar, meslek hastalığı tanısı vb. gibi) ilişkin ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca eğitimin bilgi ve tutum-inanç çıktılarına etkisini aydınlatmak için niteliksel araştırmalara ihtiyaç vardır.

ÇEVRİMİÇİ ARAMA MOTORU TRANDLERİNİN KORONAVİRÜS VAKA SAYISI İLE İLİŞKİSİ: İNFODEMİYOLOJİ ÇALIŞMASI

*Cansu YANIK[1], **Dilek YAPAR**[2], Nur BARAN AKSAKAL[1]*
[1]Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Muratpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü
drdilekyapar@outlook.com

Dijital çağın son pandemisi COVİD-19 üzerine sayısız epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. İnternetin genel nüfustan gerçek zamanlı olarak büyük miktarda veri toplamasıyla, Google Trends (GT) gibi kamuya açık veritabanları, epidemiyoloji çalışmalarına yardımcı olmak için uygun bir araç olabilir. Bu çalışmanın amacı Türkiye örneğinde COVİD-19 pandemisine infodemiyolojik bir yaklaşım göstererek salgına dair ek epidemiyolojik bilgiler sunmaktır.

Türkiye için 13 Temmuz 2020'den 10 Ekim 2020'ye kadar ve aşılamanın gerçekleştiği 13 Temmuz 2021'den 10 Ekim 2021'e kadar COVİD-19 hastalığının en sık on semptomu (ateş, öksürük, tat kaybı, koku kaybı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, ishal, göğüs ağrısı ve yorgunluk), COVİD, COVİD-19 ve koronavirüs kelimeleri ile ilgili günlük çevrimiçi arama eğilimlerine (popülerliğine) 'Google Trends' uygulaması ile ulaşıldı. Aynı zaman aralıklarına dair Türkiye'nin günlük yeni COVİD-19 vaka, ölüm ve tam doz aşılanmış kişi sayılarına ise ourworldindata.org'tan ulaşıldı. Günlük arama popülerliği ile vaka sayıları, ölüm sayıları ve aşılamanın başladığı dönem için tam doz aşılanan kişi sayısı arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi.

Aşılamanın başlamadığı 13.07.2020-10.10.2020 arası dönem için ateş ($r=0,405$, $p<0,001$), öksürük ($r=0,466$, $p<0,001$), tat kaybı ($r=0,370$, $p<0,001$), koku kaybı ($r=0,363$, $p<0,001$), baş ağrısı ($r=0,256$, $p=0,015$), COVİD ($r=0,488$, $p<0,001$), COVİD-19 ($r=0,391$, $p<0,001$) kelimelerinin günlük arama motorlarına yazılma sıklığı ve günlük yeni vaka sayısı arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Öksürük ($r=0,219$, $p=0,038$), tat kaybı ($r=0,230$, $p=0,029$), koku kaybı ($r=0,335$, $p=0,001$), baş ağrısı ($r=0,274$, $p=0,009$), COVİD-19 ($r=0,290$, $p=0,006$) aramalarıyla günlük yeni ölüm sayısı arasında da anlamlı ilişki gözlenmiştir. Aşılamanın başladığı dönem için Türkiye'de günlük tam doz aşılanan kişi sayısı ile ateş ($r=-0,346$, $p=0,001$), ishal ($r=-0,383$, $p<0,001$), COVİD ($r=-0.264$, $p=0,013$), COVİD-19 ($r=-0.719$, $p<0.001$) ve koronavirüs ($r=-0,578$, $p<0,001$) kelimelerinin günlük arama motorlarına yazılma sıklığı arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir.

Bu tür dijital yaklaşımlar salgınlar hakkında ek epidemiyolojik bilgi sağlamanın bir yolu olabilir ve bu metodolojiden gelecekteki pandemilerde de faydalanarak salgının seyrini farklı bir yönden değerlendirebiliriz.

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DOKTORLARININ DİL VE KONULMA TERAPİSTLERİ HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ VE DENEYİMLERİ

*Mümüne Merve PARLAK[1], **Emrah KARACAOĞLU**[2]*
[1]Hacettepe Üniversitesi, Dil ve Konuşma Terapisi
[2]İstanbul Üniversitesi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi
emrahhkaracaoglu@gmail.com

Giriş-Amaç

Dil ve Konuşma Terapistlerinin (DKT) intersipliner olarak en çok çalıştığı bölümlerden birisi de Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları(ÇSH) bölümüdür. ÇHS bölümünde özellikle çocuk nörolojisi, çocuk psikiyatrisi, çocuk gastroenteroloji ile dil, konuşma, ses ve yutma bozukluklarına yönelik birlikte çalışılmaktadır. Bu yüzden ÇSH bölümündeki doktorlarının DKT hakkındaki düşünce ve deneyimlerini incelemek amaçlanmıştır.

Gereç- Yöntem

Google anket uygulaması 15 soruluk anket oluşturulmuştur. Oluşturulan anket, ÇSH hekimlerine iletilmiştir. Ankete 1 ay içerisinde yaş ortalaması 35.523± 7.04 olan 21 (7erkek, 14 kadın) ÇSH doktoru katılmıştır.

Bulgular

Ankete katılan doktorların 4'ü asistan, 15'i uzman, 2'si profesördü. 4 kişinin kurumunda DKT çalışıyor iken; 10 kişinin kurumunda çalışmıyordu ve 7 kişinin bu konuda hiçbir fikri yoktu. Daha önce sadece 2 kişi DKT ile çalışmıştı. DKT ile çalışan ÇSH doktorları, DKT'ye kekemelik ve gecikmiş konuşma vakası yönlendirmişti. DKT'nin ekipte olduğu konsey gerçekleştiren sadece 1 doktor vardı. ÇSH doktorlarından 17 kişi terapi,3 kişi değerlendirme ve 1 kişi fikir alma amaçlı DKT'ye başvurulabileceğini düşünmektedir. ÇSH doktorları 0-10 arasındaki ölçekte; ortalama 8.19 ± 1.778 DKT ile interdisipliner çalışmaya ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. DKT'lerin çalışma alanları 0-5 arası bir ölçekle sorulduğu zaman; en çok akıcı konuşma bozuklukları (kekemelik, cluttering) ortalama 3.905± 1.67, gelişimsel dil bozuklukları(gecikmiş konuşma) ortalama 3.857± 1.682 ve konuşma sesi bozuklukları (artikülasyon, fonolojik bozukluk) ortalama 3.81±1.622 puan almıştır. En az ise yutma bozuklukları(orafaringeal disfaji)ortalama 2.095± 1.841 ve bilişsel iletişim bozuklukları (demans,sağ hemisfer hasarı) ortalama 2.905±1.841 puan almıştır.

Sonuç

Çalışmaya katılan ÇSH hekimlerinin çoğunun DKT ile çalışmadığı ve kurumlarında DKT olmadığı görülmüştür. ÇSH hekimleri ile DKT'lerin en çok birlikte çalışabileceği alanlardan biri yutma bozuklukları olmasına rağmen; en az puan alan çalışma alanı seçilmiştir. Hastanelerde çalışan DKT sayısının artması ile; ÇSH hekimlerinin DKT'lerin çalışma alanları hakkındaki görüşleri ve interdisipiliner çalışma düzeyleri değişebilir.

DEBUNKING COVID-19 VACCINE MISINFORMATION AND DISINFORMATION ON SOCIAL MEDIA: A CROSS-CULTURAL STUDY ON VACCINE RELUCTANCE

Iqra IQBAL[1], ***Tülay ATAY[2]***
[1]University Of Central Punjab, Lahore, Faculty Of Media And Communication Studies
[2]Hatay Mustafa Kemal University, Faculty of Communication
atayavsar@gmail.com

Vaccine reluctance may be exacerbated by misinformation and disinformation regarding vaccine against COVID-19. Misinformation regarding COVID-19 continues to flow online, despite efforts by social media platforms to prevent it. The goal of this study was to identify COVID-19 vaccine content on various social media platforms. COVID-19 vaccines may possibly provide a better way out of the outbreak of this disease, but preliminary study reveals that a majority of people are reluctant to get vaccinated

A surge in the circulation of misinformation and disinformation is considered to have played a significant part in COVID-19 vaccine apprehension. To optimise uptake, it is crucial to comprehend the reason why on social sites misinformation and disinformation have already been in a position to obtain traction presently, and also why they might constitute an increased threat in particular situations. The goal of a cross-border comparative study was to provide evidence to local decision-makers. During the autumn of 2020, in-depth interviews technique was utlised for this qualitative study. Twenty people were selected for interviews various ethnic groups as well as places of Pakistan and Turkey.

Reflexive thematic analysis was undertaken for this study. Participants discussed various forms of COVID-19 misinformation and disinformation that had caused them anxiety, anguish, and mistrust. Vaccine anxiety can be attributed to three key factors: safety concerns, painful stories, and personal experience.

The less optimistic people were about a vaccine, the more confused, upset, and mistrustful they were about their social surroundings during the epidemic. To address misinformation and deception, vaccine programmes should give a focused, localised, and sympathetic response

Debunking COVID-19 Vaccine Misinformation and Disinformation on Social Media: A Cross-Cultural Study on Vaccine Reluctance

Abstract

Vaccine reluctance may be exacerbated by misformation and disinformation regarding vaccines against COVID-19. Misinformation regarding COVID-19 continues to flow online, despite efforts by

social media platforms to prevent it. The goal of this study was to identify COVID-19 vaccine content on various social media platforms. COVID-19 vaccines may possibly provide a better way out of the outbreak of this disease, but a preliminary study reveals that a majority of people are reluctant to get vaccinated. A surge in the circulation of misinformation and disinformation is considered to have played a significant part in COVID-19 vaccine apprehension. To optimize uptake, it is crucial to comprehend the reason why on social sites misformation and disinformation have already been in a position to obtain traction presently, and also why they might constitute an increased threat in particular situations. The goal of a cross-border comparative study was to provide evidence to local decision-makers. During the autumn of 2020, in-depth interviews technique was utlised for this qualitative study. Twenty people were selected for interviews with various ethnic groups as well as places of Pakistan and Turkey. Reflexive thematic analysis was done for this study. Participants discussed various forms of COVID-19 misformation and disinformation that had caused them anxiety, anguish, and mistrust. Vaccine anxiety can be attributed to three key factors: safety concerns, painful stories, and personal experience. The less optimistic people were about a vaccine, the more confused, upset, and mistrustful they were about their social surroundings during the epidemic.

DIGITAL COMMUNICATION ACTIVITIES OF PHYSICIANS PRACTICING TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE: A CONTENT ANALYSIS STUDY ON INSTAGRAM DATA

Hüseyin KÜÇÜKALİ, Ayşe Gül BEŞIŞIK, Beyza Baran BOZ, ***Fatma Sümeyra ATASEVEN****, Serap HARTAVİ, Osman HAYRAN*
Istanbul Medipol University
atasevensumeyra@gmail.com

Social media has become an important focus in health information seeking behavior of people. The use of social media by physicians for a variety of professional purposes has been defined in the literature. The aim of this study is to analyze digital communication activities of physicians practicing traditional and complementary medicine in Turkey.

This is a qualitative study using a content analysis method. as the second most used social media platform in Turkey, Instagram was preferred as a data source. Using purposive sampling, physicians who are active (having published at least one content in the last ten days) and popular (having more than 20,000 followers) on Instagram and who applies traditional and complementary medicine (self-reported) were included in the study. To be able to identify the sample group, an Instagram search was made on 2/12/2019 using 27 pre-defined keywords related to traditional and complementary medicine. Researchers extracted accounts who published the contents from the search results and evaluated them by eligibility criteria. Data collected from public profile of the people included in the study, including contents they published in the last ten days. Researchers coded data following a coding scheme and calculated the descriptive statistics of the codes.

16 accounts were included in the study, and a total of 129 contents published by these people were analyzed. Although the content is published mostly for informational purposes (39.5%), accounts did advertisement-promotion (15.5%); mentioned about a TV/radio program (11.6%), a congress-seminar (7%), and an award ceremony (1.6%) that they attended. In addition, they share their applications on the patient (6.2%) and the testimonials from them (5.4%). The most stated health problems were non-specific symptoms (16.3%), cancer (7.8%) and infertility (3.9%), yet they were very diverse. The most common recommendations were lifestyle change (12.4%), phytotherapy (8.5%) and acupuncture (6.4%). Physicians mostly built the information they give on their own opinions (62%) or their patients (5.4%), and scientific publications were cited rarely (2.3%).

There are many traditional and complementary medicine practitioner physicians who use digital communication opportunities professionally and have a high number of followers. It is promising that the purpose of providing health information stands out in the content they publish. On the other hand, it is worrying that the evidence-based medicine approach has not been sufficiently reflected in their messages. In addition, some contents involve ethical and legal problems. Physicians, professional organizations, and public authorities have responsibilities in order to realize the potential of social media at the highest level as a tool in responding to people's demands and needs for health information.

DIGITAL COMMUNICATION WAYS USED IN MENTAL HEALTH, NEW APPROACHES AND ARTIFICIAL INTELLIGENCE

***Nevra Didem ÖZLÜK*[1], *Gülcan KENDİRKIRAN*[2]**
[1]Haliç University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing (English)
[2]Halic University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing
nevraozluk@icloud.com

This study was conducted to examine digital communication ways, new approaches and artificial intelligence used in mental health.

In this review, digital communication ways used in mental health, new approaches and studies on artificial intelligence obtained by scanning databases such as Google Academic, Pubmed, Science Direct, Ulakbim are included.

With effective communication, the compliance and sustainability of the patient/healthy individual to treatment increases. In the field of health, all health professionals, especially nurses who spend the most time and communicate with the patient, should attach importance to effective communication. Communication is carried out not only face to face but also digitally in today's conditions. There are mobile health, health information technologies, wearable devices, telehealth and telemedicine methods in digital communication. Digital technology is mainly used in the field of mental health for patient follow-up, treatment, supervision, awareness raising and education purposes. With the created mental health guide robots, therapeutic video games, telepsychiatry and telenursing applications, patients can be supported and followed online, stigma can be prevented and communication is facilitated. In addition to its advantages, it is stated that digital communication and artificial intelligence create anxiety in some patients about sharing their information and all the conversations they convey to health professionals with others.

Digitalization is actively used not only in large companies but also in the health sector. In the field of mental health, the fact that patients and their relatives can always reach health professionals via digital means, especially during exacerbations, and communicate about changes in the flow of thought or mood, creates a feeling of trust and comfort in the individual and his/her family. With digitalization, it is necessary to increase the accessibility of mental health professionals, to define the job descriptions of health professionals, to give more importance to therapeutic communication through face-to-face and digital means, and to train sick/healthy individuals on the use of technology.

DİŞ HEKİMLİĞİNDE ZİHİNSEL ENGELE SAHİP BİREYLERLE İLETİŞİM VE TEDAVİ YAKLAŞIMI

MELTEM SÜMBÜLLÜ[1], *Mine BÜKER*[2]
[1]*Atatürk Üniversitesi*
[2]*Mersin Üniversitesi*
meltem_endo@hotmail.com

Amaç

Zihinsel engelli bireyler zayıf ağız hijyeni, maloklüzyon, mine defektleri, dişeti büyümeleri, dille itme alışkanlığı, bruksizm gibi nedenlerle diş hekimlerini ziyaret etmektedir. Zeka geriliği olan hastalarla koordinasyon güçlüğü, diş hekimlerinin dental işlemleri uygulamasını zorlaştırmaktadır. Bu bildiride, dental şikayetler nedeniyle diş hekimine başvuran zihinsel engelli hastalarla hekim arasında iyi bir iletişim sağlanması için dikkat edilmesi gereken noktalar ele alınmıştır.

Metin

Engelli bireyler yaşadıkları sağlık sorunları nedeniyle sıklıkla sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Bireylerin tedavilerinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesinde sağlık personelinin olumlu tutumu ve bu konudaki tecrübesi büyük önem taşımaktadır. Dental uygulamalar açısından, popülasyondaki tüm engelli bireyler göz önüne alındığında en dezavantajlı grubu zihinsel engelliler oluşturur. Zihinsel engellilik terimi genel olarak zeka geriliğini tanımlamak için kullanılır. Zeka geriliği, 18 yaşından önce ortaya çıkan gelişimsel bir bozukluktur. Doğum sırası, doğum sonrası ya da genetik bozukluklar nedeniyle ortaya çıkabilir. Zeka geriliğinde, zihinsel işlevlerde normalden önemli derecede gerilik, öz bakım, ev yaşamı, iletişim kurma ve mesleki becerilerde yetersizlik gözlenir. Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu ve Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın işbirliği ile gerçekleştirilen '2002 Türkiye Özürlüler Araştırması' sonucuna göre zihinsel engelli vatandaşların toplam nüfusa oranı %0.48 olarak saptanmıştır. Hastalarla iletişimde sabır, güven verme ve motivasyon sağlama esastır. Hafif-orta derecede zeka geriliği olanlarda işlemler lokal anestezi altında gerçekleştirilebilir. Hastanın ani tepki vereceği işlemlerden kaçınılmalı, hasta olumlu yönde motive edilmelidir. Uyumu olmayan ve işbirliği sağlanamayan hastalarda öncelikle sedasyon uygulaması göz önüne alınmalıdır. Diş tedavisiyle hiçbir şekilde baş edemeyecek durumda olan ağır zihinsel engelli hastalarda genel anestezi altında müdahale gerekliliği söz konusu olur.

Sonuç

Zeka geriliği olan bireylerin ağız sağlığının geliştirilmesi ve idame ettirilmesi için iyi bir iletişim kurularak ihtiyaçları karşılanmalıdır. Bu nedenle tüm sağlık çalışanlarının, engelli bireylere yönelik önyargılarını değiştirmesi ve olumlu tutum geliştirmesi, bu hastalarla nasıl iletişim kuracağını öğrenmesi gerekmektedir. Diş hekimlerinin meslek hayatlarında engelli bireylere yaklaşımlarının pozitif yönde geliştirilebilmesi için, bu konuda teorik eğitimler almaları ve lisans eğitimleri esnasında tecrübeli öğretim elemanlarının gözetiminde yürütülecek pratik uygulamalarla deneyim kazanmaları önemlidir.

DİYET İNFLAMATUAR İNDEKSİN, OBEZİTE, İNSÜLİN DİRENCİ VE BAZI BİYOKİMYASAL PARAMETRELERE ETKİSİ

*Fatma Semina KAPAR[1], **Pınar SÖKÜLMEZ KAYA[2]***
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğr. Üyesi – Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
sokulmezpinar@gmail.com

Obezite, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de prevalansı gittikçe artan ve ekonomik açıdan külfetli bir halk sağlığı problemidir (WHO, 2009).

Diyet inflamatuar indeksi; literatür taraması sonucunda oluşturulmuş besin, besin ögeleri ve farklı besin ögelerinin serum pro- ve anti-inflamatuar göstergelerinin CRP, TNF-α, IL-1β, interlökin-4 (IL-4), IL-6 ve interlökin-10 (IL-10) üzerine etkileri incelenerek oluşturulmuş bir indekstir (Cavicchia, vd., 2009). Diyet inflamatuar indeks skorunun; yüksek olması diyetin inflamasyonu arttırıcı proinflamatuar özellikte olduğunu, düşük olması diyetin inflamasyon önleyici anti-inflamatuar özellikte olduğunu tanımlamaktadır (Shivappa, 2014).

Bu araştırmada Suluova ilçesi genelinde diyet inflamatuar indeksin, obezite, insülin direnci ve bazı biyokimyasal parametreler (CRP, HbA1c, glukoz, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserit) ile ilişkisini belirlemek istenmektedir.

Gereç-Yöntem

Bu vaka-kontrol çalışması, Haziran-Ekim 2021 tarihleri arasında Suluova Devlet Hastanesi Diyet Polikliniği'ne obezite veya insülin direnci şikayetiyle yönlendirilen 18-65 yaş arası 126 kadın ile yürütülmüştür. Bireylerin antropometrik ölçümleri alınmış ve biyokimyasal parametre değerleri dosyalarındaki bilgilerinden alınmıştır. Besin sıklığı anketiyle beslenme durumları saptanmış, BeBİS programından yararlanılarak Dİİ skorları hesaplanmıştır. Normal dağılım kontrolü Sample Kolmogorov-Smirnov Testi ile kontrol edildi. Dİİ değerleri normal dağılış gösterdiğinden tüm analizler parametrik testler üzerinden gerçekleştirildi.Grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Quartillerin karşılaştırılmasında Tukey testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma olarak verildi. Uygulanan istatistiksel testlerin güven aralığı %95 olarak kabul edilmiş ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Analizler SPSS İstatistik Paket Programı Sürüm 20 ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya katılan bireyler Dİİ skorlarına göre 4 quartile ayrılmıştır. Q1 antiinflamatuar diyeti gösterirken Q4 proinflamatuar diyeti göstermektedir. Çalışmaya katılan bireylerin Hba1c, Albumin, HDL-K, LDL-K, Total kolesterol, TG, Vitamin D, CRP, Glukoz, İnsulin, HOMA IR, ağırlık, vücut yağ kütlesi, bel /boy oranı, yağsız vücut kütlesi, MET skoru değerleri ile Dİİ quartilleri arasında istatistiksel olarak

anlamlı fark saptanmamıştır. Ayrıca obezite göstergesi olan BKI, ve vücut yağ yüzdesi değerleri ile de Dİİ arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır (p>00.5).

Araştırmamızda Dİİ ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun yanı sıra HOMA IR indeksi,HDL-K, LDL-K, Total kolesterol, TG vb değerlerle de Dİİ arasında da anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Bu ilişkinin tam olarak açığa çıkması için daha geniş popülasyonda ve her iki cinsiyet üzerinde yapılacak daha fazla bilimsel çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

DİZ CERRAHİ ENDİKASYONU OLAN HASTALARIN AMELİYATTAN BEKLENTİ DÜZEYLERİ İLE AĞRI ŞİDDETLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

***Arzu ERDEN*[1]**, *Emre ŞENOCAK*[2], *Adem AKTÜRK*[3], *Nurhayat KORKMAZ*[1], *Ayşegül AKGÜL KOCABAL*[4], *Gönül URALOĞLU*[5], *Osman TOPÇU*[6], *Murat EMİRZEOĞLU*[1]

[1]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

[2]*Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

[3]*Gelişim Üniversitesi, Fizyoterapi Bölümü*

[4]*Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi*

[5]*Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

[6]*Ömer Burhanoğlu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi*

arzu_erden@hotmail.com

Giriş-Amaç

Ameliyat diz travma ve patolojilerinde sık başvurulan bir cerrahi yaklaşımdır. En belirgin semptomları genellikle ağrı ve fonksiyon kaybıdır. Hastaların ameliyattan beklentilerini belirlemede ağrı semptomunun etkisini incelemek ameliyattan sonraki süreci yönetebilmede oldukça önemlidir. Çalışmanın amacı diz ameliyatı endikasyonu olan hastaların ameliyattan beklenti düzeyleri ile ağrı şiddetleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç- Yöntem

Tanımlayıcı çalışma 2019 Mayıs ile 2021 Ekim ayları arasında Trabzon ve İstanbul ilindeki toplam 5 merkezde gerçekleştirildi. 66'sı diz osteoartriti, 34'ü menisküs dejenersyonu ve 6'sı ön çapraz bağ rüptürü nedeniyle ameliyat endikasyonuna sahip 115 hasta (yaş ortalaması: 54,44 ± 12,51, min-max:23-85) çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri kaydedildi. Aktivitede ve istirahatteki ağrı şiddetleri Görsel Analog Skalası ile ölçüldü. Ameliyattan beklentileri Özel Cerrahi Hastanesi Diz Ameliyatı Hasta Beklenti Ölçeği ile değerlendirildi. Beklenti düzeyleri ile istirahat ve aktivitedeki ağrı şiddetleri arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile hesaplandı.

Bulgular

Katılımcıların istirahatteki ağrı şiddeti ortalamaları VAS: 3,80±2,27, aktivitedeki ağrı şiddeti ortalamaları VAS: 6,71±2,01 idi. Beklenti düzeyleri 52,43±20,15 (min-max: 0-92) ile ortalamanın üzerinde idi. Hastaların ameliyattan beklenti düzeyleri ile istirahatteki ağrı şiddetleri arasında zayıf ilişki varken (r=0,267, p=0.004); aktivitedeki ağrı şiddeti ortalaması arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p>0.05). İstirahatteki ağrı şiddeti ile ağrıda hafifleme, koşma kabiliyetinde iyileşme ve spora katılımda artma alanlarındaki beklenti düzeyi arasındaki ilişki en fazla idi (p<0.05). Aktivitedeki ağrı şiddeti ile dizde katılık ve şişliğin olmamasına yönelik beklenti düzeyi arasındaki ilişki anlamlı idi (r= 0.219; p=0.019).

Sonuç

Çalışma diz cerrahi endikasyonu olan hastaların istirahatteki ağrı şiddetlerinin ameliyattan beklenti düzeyleri ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koydu. Ağrının istirahatte ve aktivitede ayrı ayrı değerlendirilmesi hastaların beklentilerinin belirlenmesinde farklılık yaratmaktadır. Sonuçlar ameliyat öncesi dönemde hastaların beklenti düzeylerine yönelik ağrı yaklaşımlarını planlamada ve hastaların ameliyat sonrası dönem ile ilgili eğitiminin önemini vurgulamaktadır. Böylelikle çalışma, diz cerrahisi ile ilgili çalışan klinisyenlere ve akademisyenlere ağrı yönetimi sürecinde farklı bir bakış açısı kazandıracaktır.

DÜŞÜK VE YÜKSEK GLİSEMİK İNDEKSLİ BESİNLERİN EGZERSİZ PERFORMANSINA ETKİSİ

Raci KARAYİĞİT
Ankara Üniversitesi
racikarayigit@hotmail.com

1960'lı yıllarda kas biyopsisi tekniği ile diyet-egzersiz ve glikojen depoları arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Karbonhidrat depolarının dolu olmasının özellikle yüksek şiddetli (+%70 MaksVO2) ve uzun süreli (> 2 saat) egzersizlerde egzersiz performansını artırdığı gösterilmiştir. Egzersiz öncesi, sırası ve sonrasında egzersiz şiddeti ve türüne göre karbonhidrat alım miktarları değişebilmektedir. Ayrıca, alınan besinlerin kan şekerini yükseltebilme hızı olarak tanımlanan glisemik indekslerinin de egzersiz performansını ve sonrasında glikojen depolarının toparlanma süresini etkileyebileceğini ortaya koyan araştırmalar mevcuttur. Sindirim hızı yavaş olan kompleks karbonhidratlar (düşük glisemik indeks (DGİ)) genellikle egzersiz öncesi (3-4 saat) tercih edilirken, hızlı sindirilen (yüksek glisemik indeks (YGİ)) basit karbonhidratlar egzersiz sırası ve sonrasında tüketilmektedir. Thomas ve ark. %65-70 MaksVo2 şiddetindeki tükenme zamanı testinden 1 saat önce alınan 1 gr/kg mercimeğin (DGİ), 1 gr/kg patatese (YGİ) göre aerobik dayanıklılık performansını anlamlı derecede artırdığını rapor etmiştir. Özellikle potasyum ve magnezyumdan zengin muzun, egzersiz sırasında alınmasının 75-km bisiklet zaman-deneme performansını anlamlı derecede artırdığı da rapor edilmiştir. Egzersizden 20 dakika önce veya egzersiz sırasında fruktoz konsantrasyonu yüksek kuru meyve grubu besin alımının yağ oksidasyonunu artırmasına rağmen egzersiz performansında anlamlı değişikliklere yol açmamıştır. Patates, pirinç ve makarna gibi besin temelli YGİ karbonhidrat alımı ile ilgili yapılan araştırmalar farklılık göstermektedir. Burdon ve ark. glisemik indeksin dayanıklılık performansı üzerine yaptıkları meta-analiz araştırmada, literatürde bu konuda çok az araştırma olduğunu, egzersiz öncesi yemek zamanı, katılımcıların antrenman statüsü, besinlerin glisemik yükü gibi farklılıklardan dolayı kesin bir çıkarım yapılamadığını belirtmiştir. Sonuç olarak, sporcunun, dini ve sosyokültürel özellikleri karbonhidrat alım türünü değiştirebilmekte ve glisemik indeks etkisi de bazı durumlarda göz ardı edilebilmektedir. Sporcular müsabakadan önce, antrenmanlarında YGİ veya DGİ karbonhidrat türlerini deneyerek etkilerini kendileri üzerinde incelemelidirler.

ELYSIUM FİLMİNİN SINIF AYRIMI VE SAĞLIKTA YAPAY ZEKA KULLANIMI ÜZERİNE İDEOLOJİK ANALİZİ

SİBEL TURAN
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema ve Televizyon Bölümü
sibelturan@anadolu.edu.tr

Hastalıkların, kirliliğin ve artan nüfusun dünyayı artık yaşanması güç hale getirdiği distopik bir gelecek tasviri olan Elysium (2013) filmi, 2154 yılında egemenler ve işçiler arasındaki sınıf çatışmaları konu edinmektedir. Egemenlerin dünya dışı bir habitat oluşturarak yaşamlarını burada sürdürmekte, ancak yaşamlarını devam ettirmek için gerekli tüm malzemeleri dünyadaki işçi sınıfının üretiminden temin etmektedirler. Dünyada yaşayan sınıf ile dünya dışındaki özenle oluşturulmuş habitattaki zengin sınıf arasındaki en büyük çatışmalardan biri, "med-bay" adı verilen tüm hastalıkları tedavi edebilen ve yapay zeka teknolojisinin kullanıldığı tedavi kabininin sadece egemenlerin tekelinde olmasıdır.

Bu çalışmada, sağlık hizmetlerine ulaşmada tamamen sınıfsal farkların ön plana çıktığı Elysium filmi, nitel içerik çözümlemesi yöntemi kullanılarak ideolojik film çözümlemesi kuramıyla analiz edilmiştir. İçerik çözümlemesi yöntemi ile filmde yer alan sağlık hizmetlerine yönelik sınıfsal ayrımcılık saptanarak, egemen ideolojinin yeniden üretildiği medya araçlarından bir olan sinemada nasıl sunulduğu ortaya konması amaçlanmıştır.

Günümüzde de karşılaşılan bir durum olan sağlık hizmetlerine ulaşmada sınıfsal farklılıkların çoğunlukla belirleyici bir etmen olması, film içeriğinde de yer alan bir olgudur. Bu çalışma, gerçek dünyada karşılaşılan bir durumun, filmin içeriğinde nasıl yer aldığının, nasıl sunulduğunun belirlenmesi açısından önemlidir.

Egemen sınıfın ideolojinin belirleyicisi olması, işçi sınıfının çoğunluğunun egemen ideolojiyi kabul ederek bu düzeni devam ettirmesi film süresince karşılaşılan bir kabul olarak belirlenmiştir. Ancak dünya sınıfından bir kesim buna karşı çıkarak bunu değiştirmeye çalışmakta, ilk etapta da med-bay cihazlarına kaçak yollardan ulaşarak tedaviye ihtiyacı olan dünya sınıfının sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlamaktadır. Sonuçta egemen sınıfın hegemonyasının tahakküm altındaki sınıf tarafından eleştirildiği, karşı çıkıldığı ve yeni bir hegemonya oluşturulmaya çalıştığı ortaya çıkmaktadır. Bu mücadelenin sağlıkta kullanılan yapay zeka kabinine ulaşılması ve sahipliğin değiştirilmesi çabaları çerçevesinde gerçekleşen bir sınıf mücadelesi olduğu tespit edilmiştir.

EPİLEPTİK NÖBETLER VE KARBAMAZEPİNİN BEYİN SAPI İŞİTSEL UYARILMIŞ POTANSİYELLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Mehmet Nuri KOÇAK[1], *Recep AYGÜL*[2], *Orhan DENİZ*[3], *Asuman ORHAN*[4]
[1]*Atatürk Üniversitesi*
[2]*Selçuk Üniversitesi*
[3]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi*
[4]*Medeniyet Üniversitesi*
mehmetnurikocak@gmail.com

Uyarılma potansiyelleri, serebral disfonksiyonların saptanması ve periferden serebral kortekse uzanan duyu yolları fonksiyonel durumunun tespitinde faydalı ve duyarlı tekniklerdir. Beyin sapı işitsel uyarılma potansiyelleri (BAEP) beyin sapı fonksiyonlarını saptamada etkili bir yöntemdir (1, 3, 6, 9, 21). BAEP epileptik hastalarda, hem epilepsiye bağlı elektrofizyolojik özellikleri saptamak ve hem de antiepileptik ilaçların (AEİ) santral sinir sistemi (SSS) üzerine fonksiyonel etkilerini değerlendirmek için kullanılmaktadır (1-2, 4-8, 10-18, 20).

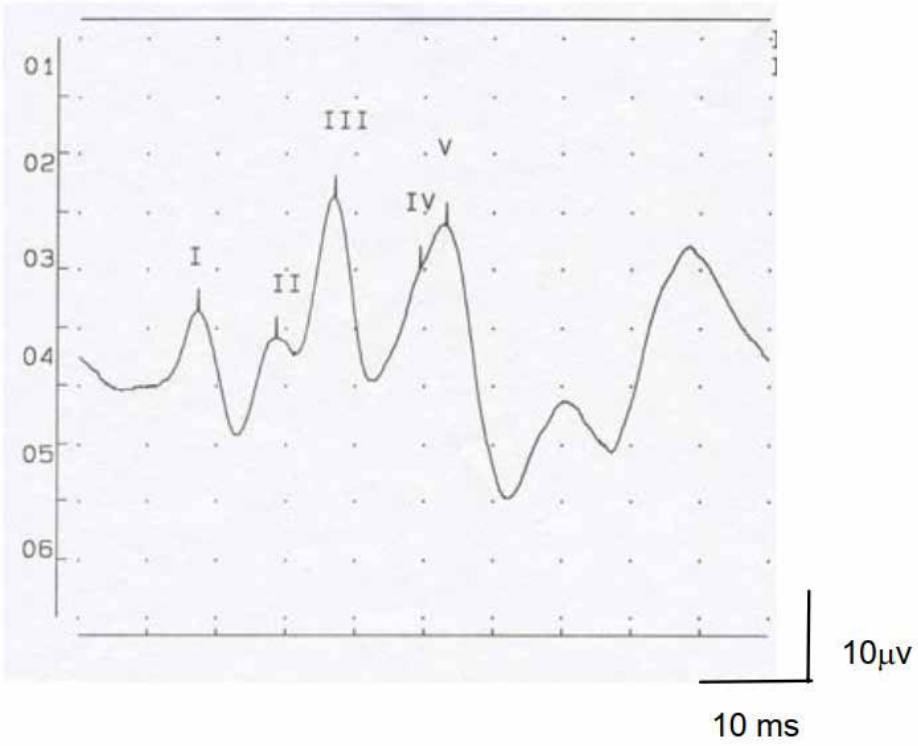
Antiepileptik ilaçların uzun süre kullanımı klinik nörotoksisite belirtisi olmasa da SSS fonksiyonlarında değişikliğe sebep olduğu bilinmektedir. Bu kronik etkiler teröpatik olarak normal serum antiepileptik ilaç düzeylerinde meydana gelebilir. Antiepileptik ilaç serum düzeyleri ve BAEP latans anormalliği korelasyonu antiepileptik ilaçların sinir sistemine fonksiyonel etkilerini yansıtabilir (2). Kontrol edilmeyen epileptik nöbetlerinde SSS bazı fonksiyonlarını etkilediği düşünülmektedir (1, 6, 10). Bu çalışmada, karbamazepin (CBZ) kullanan ve ilaç kullanmayan epileptik olguların BAEP kayıtlamasıyla karbamazepin ve epileptik nöbetlerin beyin sapı işitsel yapılarına etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma, iletişimden sorumlu yazarın uzmanlık tez çalışmasından türetilmiştir. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğine başvuran hastalardan, alınan anamnez, klinik değerlendirme ve muayene ve EEG incelemesi sonucu kesin epilepsi tanısı alan epileptik olgularda gerçekleştirildi. Yaşları 18-55 yıl arasında değişen, nöroradyolojik incelemede (BBT veya MRG) yapısal beyin sapı patolojisi olmayan, en az iki kez epileptik nöbet geçirmiş ve/veya epileptik aktivitesi EEG ile desteklenmiş, CBZ monoterapisinde 26 olgu ve epilepsi tanısı yeni konmuş AEİ kullanmayan 19 epileptik olgu çalışmaya dahil edildi. Otolojik problemi veya orta kulak iltihabı, sistemik hastalığı (diabet, üremi, hipotroidi v.b.), polinöropatisi ve alkol kullanma öyküsü olan olgular çalışma dışı bırakıldı.

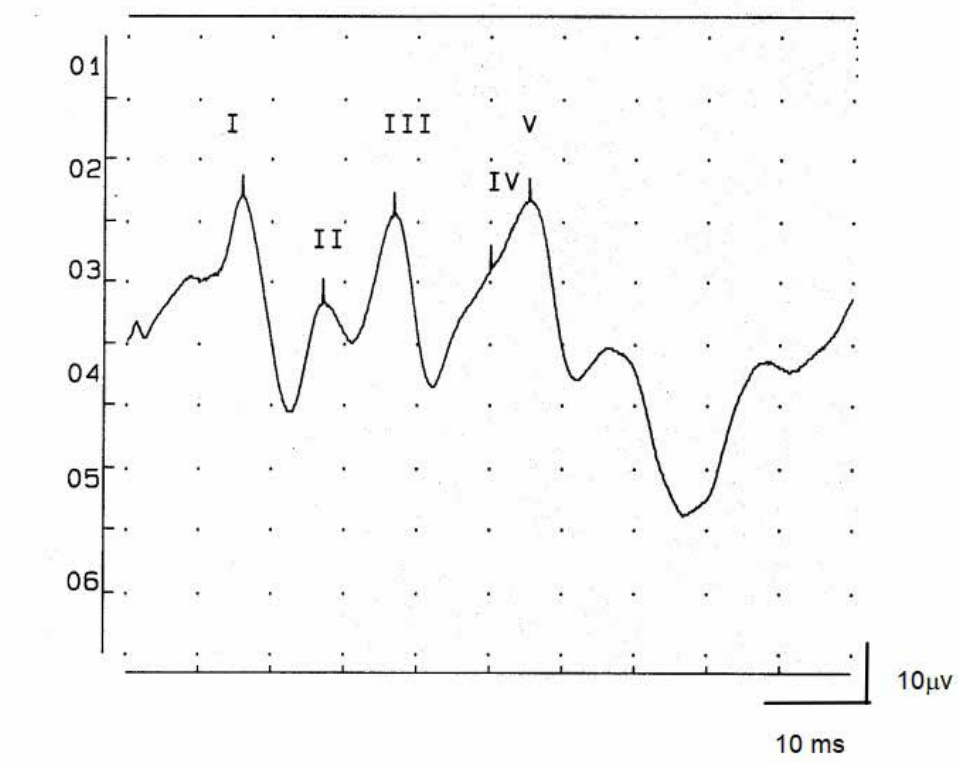
Olguların BAEP parametreleri yaş olarak benzer bilinen hastalığı olmayan 32 sağlıklı kontrolle karşılaştırıldı. Etik onayı alındı. Hastalara çalışma hakkında bilgi verildi ve kabul etmeyenler çalışma dışı bırakıldı, kabul edenlerin yazılı onayı alındı.

Hasta ve kontrol gruplarının odyolojik değerlendirilmeleri normaldi. BAEP'ler, Medelec Teca Preimere Plus vE05 marka EMG cihazı ile geniş yüzeyli muayene masasında yatar pozisyonda kayıtlandı.

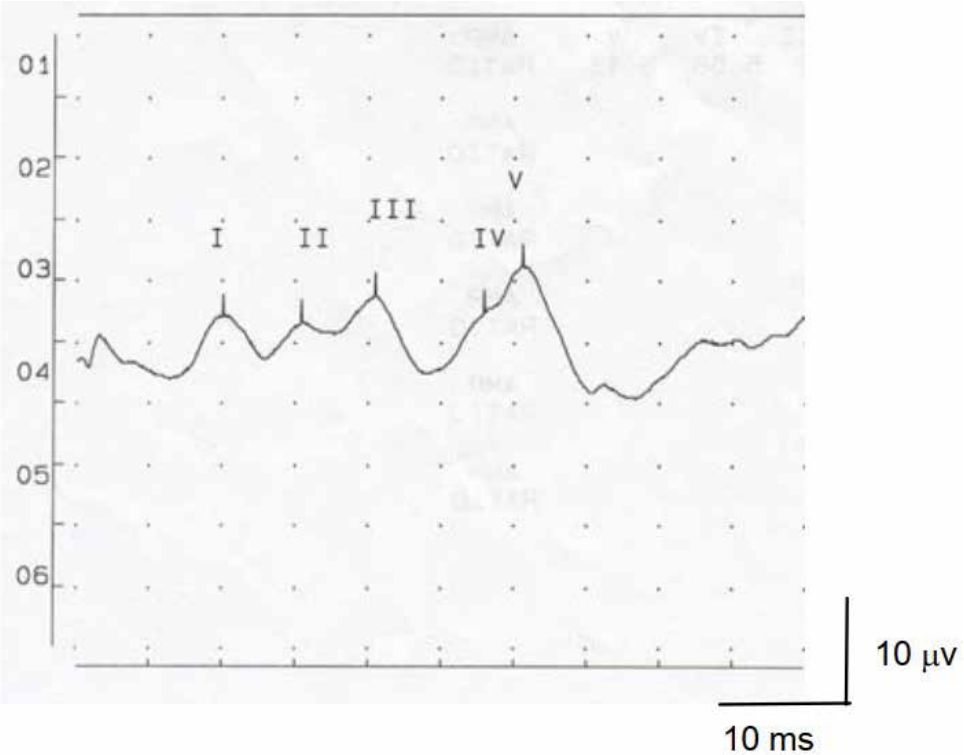
Aktif ve toprak elektrodların yerleştirileceği Cz ve Fpz noktaları uluslararası 10-20 elektrod yerleştirme sistemi kullanılarak belirlendi. Bu noktalar empedansları 5 kiloohm'un altında olması için sıvı temizleyici jelle silindi. Gümüş disk elektrodlar Cz'ye referans, kulaklara (A1 ve A2) aktif ve Fpz'ye toprak elektrod olacak şekilde 'Ten 20 EEG pastası' ile yapıştırıldı. Her bir kulağa ayrı ayrı 90 dB alternan klik uyarım, karşı kulağa -40 dB maskeleyici beyaz gürültü uygulanarak monoaural kayıtlama yapıldı. Her kayıt sırasında klik uyarım verilen tarafın aktif elektroduyla referans elektrodu eşleştirildi. Analiz süresi 10 msn, klik stimulus süresi 0.1 msn, filtre bandı genişliği 200-2000 Hz arasında tutuldu. Her bir kulağa 1024 uyarı verilerek BAEP kayıtlarından (Şekil 1, 2 ve 3) I., III., ve V. dalga latansları ile I-III, III-V, I-V interpik latansları (IPL) belirlendi.



Şekil 1. AEİ kullanmayan bir olgunun BAEP örneği



Şekil 2. Sağlıklı bir kontrolden kayıtlanan BAEP örneği



Şekil 3. CBZ kullanan bir olgunun BAEP örneği

Son iki yıl içerisinde görüntüleme yöntemleriyle değerlendirilmemiş olgularda yapısal beyin sapı patolojisini dışlamak için BBT veya MRI yapıldı. Son 6 ayda EEG'si olmayanlara kontrol EEG'si çekildi. AEİ serum seviyeleri için ilaç alınmasından 12 saat sonra sabah aç karına kan örneği alındı. Tüm numuneler çözülerek aynı günde tek seansta değerlendirildi.

İstatistiksel Analiz: AEİ kullanmayan ve CBZ kullanan epileptiklerin BAEP I-III-V. dalgaları ile I-III, I-V, III-V interpik latansları birbiri ve kontrol grubuyla SPSS 10.0 istatistik paket programında student-t testi ile karşılaştırıldı. BAEP anormallikleri ile hastalık süresi, ilaç kullanma süresi ve ilaç kan düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson's korelasyon katsayısı belirlendi.

Epileptik olguların 26'sı (%57.8) CBZ monoterapisinde ve 19'u (%42.2) yeni tanı konmuş AEİ kullanmamaktaydı. Yirmi biri (%46.7) kriptojenik parsiyel; 24'ü (%53.3) primer jeneralize epilepsi tanısı aldı. Yirmi üçü erkek (%51), 22'si kadın (%49) ve yaş aralığı 16-54 yıl (ort. 27.45±12.23 yıl) arasındaydı (Tablo 1). Kontroller yaş (ortalama: 30.03±11.25 yıl, yaş aralığı: 18-55 yıl) olarak benzer sağlıklı 32 kişiden oluşmaktaydı ($p > 0.05$).

Tablo 1. Epileptik Olguların Demografik Özellikleri

Grup	CBZ	İlaçsız grup	p
Yaş (Ortalama±SD)	28.31±10.17	26.68±10.13	> 0.05
Kadın	13 (%52.6)	9 (%47.4)	> 0.05
Erkek	13 (%47.3)	10 (%52.7)	
Parsiyel Epilepsi	11 (%42)	13(%68)	< 0.05
Jenaralize Epilepsi	15(%58)	6(%32)	

CBZ kullanan olguların ilaç kullanma süresi 0.5–20 yıl (ort. 4.52±4.94 yıl), günlük ilaç dozu 200–1200 mg/gün (ort. 692.30±254.437 mg/gün) arasında değişmekte idi. İlaç kan düzeyi ortalama 5.66±2.640 µg/ml (2.00–12.00 µg/ml) idi. Yedisinin ilaç kan düzeyleri normal tedavi düzeyinin altında idi. CBZ kullanan 1 hastanın özgeçmişinde status epileptikus öyküsü mevcuttu. On beşine EEG çekildi, 7'si normal, 7'si anormal ve 1'inde hızlı aktivite vardı. On üçünde çekilen BBT ve/veya MRI'leri normaldi. AEİ kullanmayanlar ortalama 39±45.8 ay hastalık öyküsüne sahipti. 15'inin EEG tetkikinde; 4'ü normal, 10'u anormal ve 1'inde hızlı aktivite vardı. Dokuz olgunun BBT ve/veya MRI'sinde 7'si normal

ve 2 olgunun birinde sentrum semiovalede T2'de 6 mm'lik hiperintens plak ve diğerinde sol oksipital horn komşuluğunda beyaz cevherde lakün belirlendi. Yapısal lezyonların beyin sapı işitsel yollarıyla ilişkisi yoktu ve mental durumları normaldi.

Olgular ile kontrollerin sağ ve sol kulak BAEP değerlerinin kendi içlerinde karşılaştırılmalarında anlamlı farklılık yoktu ($p > 0.05$). Bundan dolayı her üç grubun ortalama değerleri karşılaştırıldı. CBZ kullananlarda BAEP I. dalga ($p < 0.05$) ve III. dalga ($p < 0.01$) ortalama latans değerleri kontrollere göre anlamlı uzamış bulundu. I-V IPL'lar ($p > 0.05$) arasında istatistiksel önemli fark yoktu. AEİ kullanmayanlarla karşılaştırılma anlamlı değildi. Ayrıca I-V IPL'lar (r değeri: 0.497, $p < 0.05$) ve CBZ kan düzeyi arasında pozitif korelasyon vardı, hastalık süresi ve ilaç kullanma süresiyle korelasyon yoktu. Olguların çoğunluğu normal ranjlarda BAEP değerlerine sahiptiler. İlaç kullanmayan grubun III. ve V. dalgaları ortalama latansları kontrollere göre uzun olmasına rağmen farklılık önemli değildi. IPL'lar arasında önemli fark yoktu ($p > 0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Epileptikler ve Kontrollerin BAEP Parametreleri Karşılaştırılmaları

GRUP	I	III	V	I-III	III-V	I-V
CBZ	1.75±0.101$^{\neq}$	3.89±0.172$^{\Delta}$	5.77±0.223	2.14±0.143	1.88±0.207	4.03±0.186
İlaçsız	1.70±0.143	3.84±0.143	5.75±0.244	2.13±0.260	1.89±0.186	4.03±0.238
Kontrol	1.69±0.104	3.79±0.132	5.72±0.165	2.10±0.137	1.92±0.172	4.02±0.175

$^{\neq}p < 0.05$ CBZ ve kontrol grubu; $^{\Delta}p < 0.01$ CBZ ve kontrol grubu; Ortalama ve standart deviasyonlar

BAEP beyin sapı fonksiyonlarını saptamada etkili bir yöntemdir (1, 3, 6, 9, 21). Epileptiklerde epilepsiye bağlı elektrofizyolojik değişiklikler ve AEİ'ların etkilerinin tayininde kıymetlidir. Epilepsilerin fizyopatogenezinde kortikal ve beyin sapı yapılarının subklinik disfonksiyonuna işaret edilmekte ve sinaptik iletim bozukluklarının UP'lerde uzamaya neden olabileceği düşünülmektedir (1-2, 4-8, 10-18, 20). BAEP'te I–III ve I–V IPL'larda uzama ve normalden daha büyük standart sapmalar, dalga amplitüdlerinde artma bildirilmiştir, ancak incelenen olgularda ilerleyici nörolojik bulgular olduğu için uzanmanın epileptik nöbetlerden mi, yoksa yapısal bozukluklarından mı kaynaklandığı tam açıklanamamıştır. Epilepsinin etken olmasından çok, beyin hasarına bağlı santral iletim zamanında uzama olabileceği düşünülmüştür (10).

"CBZ kulanan olguların" BAEP I. dalga ve III. dalga latansları kontrollere göre anlamlı uzun olmakla birlikte, büyük kısmı normal ranjlarda BAEP değerlerine sahiptiler. Bu bulgular, CBZ'nin işitsel yolları beyin sapının farklı düzeylerinde suprese edebileceğini ve elektrofizyolojik disfonksiyonuna sebep olabileceğini desteklemektedir. Literatürde, CBZ'nin BAEP üzerine etkileri uniform değildir ve kısmen tartışmalıdır. Bazı çalışmalar normal bulgular rapor ederken (4, 7, 20), bir çoğu da (2, 8, 13, 14) farklı BAEP anormallikleri bildirmektedirler. CBZ'nin terapatik dozlarda I., III. ve V. dalga latanslarıyla I-III IPL'larında uzamaya neden olduğu bilinmektedir. Rodin ve ark. (10) çalışmalarda başlıca ciddi beyin hasarı olan epileptiklerde beyin sapı fonksiyonlarının etkilendiğini ileri sürmesine rağmen, AEİ'larında BAEP anormallikleri üzerine etkileri de göz önüne alınmalıdır. Nihayet, olgularımızın hiçbirisinde de beyin sapı işitsel yollarını etkileyebilecek yapısal bir lezyon belirlenmedi. Kısabay ve ark. (8) CBZ kullanan epileptik çocukların BAEP kayıtlamalarında I. dalga absolü latans ve

I-III IPL'larda uzama buldular. AEİ'ların kronik kullanımında nörotoksisite bulgusu olmadan da elektrofizyolojik düzeyde bozukluklar oluşturduğunu bildirdiler. Yüksel ve ark. (14) ve Verrotti ve ark. (13) epileptik çocuklarda AEİ tedavi öncesi ve sonrası BAEP kayıtlaması gerçekleştirdiler. CBZ tedavisi sonrası I-III- V. dalga latansları ve I-III, I-V IPL'da anlamlı uzama belirlediler. CBZ tedavisinin işitme sinirini periferik olarak ve işitsel yolları beyin sapında santral olarak suprese ettiğini ileri sürdüler. Yine erişkinlerde de farklı araştırmacılar (2, 15, 16) CBZ ile tedavi gören epileptik olgularda I-III-V dalga latansları ve/veya I-III, I-V IPL'larda uzama; orta latanslı cevaplar interpik intervalleri ile yavaş kortikal potansiyeller P1 ve N1 latanslarda uzama rapor ettiler. CBZ'nin hem lemniskal hem de ekstralemniskal işitsel yapıları süprese ettiğini ileri sürdüler. Çalışmamızda CBZ kullananların I-III ve I-V IPL'lerin kontrollerle karşılaştırılmasında farklılık olmamasına rağmen, ilaç kan düzeyi ile I-V IPL'lar arasında anlamlı pozitif korelasyon belirlendi. Bu bulgular CBZ'nin serum düzeyine bağlı olarak santral iletim zamanını etkilenebileceğine işaret etmektedir. Fakat olgularımızın CBZ kan düzeyi (ort. 5.66±2.64 µg/ml) normal değerlerin (4-12 µg/ml) alt sınırına yakındı, böylece olasılıkla santral iletim zamanı kontrollerden farklı bulunmadı. Farklı çalışmalarda serum CBZ düzeyi ile santral iletim zamanı uzaması arasında korelasyon ortaya konmuştur (2, 10). Verrotti ve ark. (13) CBZ serum düzeyi ile VEP'te latans uzaması arasında korelasyon belirlediler. CBZ'nin etki mekanizması halen açık değildir. En sık sinaptik transmisyonu bozabileceği ve nöron membranlarının rezonans özelliklerini azaltmış olabileceği şeklinde farklı açıklamalar bulunmaktadır (19). Sinir sisteminin tüm seviyelerinde yavaşlamış nöral iletim CBZ'nin genel bir membran stabilizan etkisini yansıtabilir. BAEP anormallikleri CBZ'nin bu etkisine bağlanabilir.

Olgularımızın 19'u AEİ kullanmamaktaydı. III ve V dalgalarının ortalama latansları kontrol grubuna göre daha uzun olmasına rağmen anlamlı farklılık belirlenmedi. Bu olguların ortalama hastalık süresi de (39±45.8 ay) göz önüne alınacak olursa epilepsiye bağlı beyin sapı yapılarının etkilenmediği düşünülebilir. Fakat epilepsilerde nöbet tipi ve süresinden çok geçirilen nöbet sayısının BAEP anormalliklerine neden olabileceği ileri sürülmektedir (1, 6). AEİ kullanmayan olgularımızın geçirdikleri nöbet sayısı ile ilgili yeterli bilgi elde edilemediği için beyin sapı yapılarının epilepside kesin bir şekilde etkilenmediğini savunmak güçtür. Literatürde epileptik hastalarda BAEP çalışmalarının sonuçları da tartışmalıdır. Alioğlu ve ark. (7) AEİ kullanmayan 15 epileptik hastada anlamlı BAEP anormalliği bildirmediler. Phillips ve ark. (5) primer jeneralize epileptiklerin beyin sapı fonksiyonlarında değişikliğe sahip olmadıklarını ileri sürmektedirler. Rodin ve ark. (10) epileptik hastalarda yaptıkları çalışmalarda I–III IPL ve I–V IPL'da kontrollere göre anlamlı uzama saptadılar. Fakat Rodin'in çalışma yaptığı hasta grubunda beyinde yapısal bozukluk tanımlanmaktaydı ve beyindeki yapısal bozukluklarla IPL'lar arasında pozitif bağlantı olduğu belirtilmekteydi (10). Çalışmamızda ilaçsız 2 olgunun birinde sentrum semiovalede 6 mm'lik hiperintens ve diğerinde sol oksipital horn komşuluğunda beyaz cevher lakünü belirlendi. Yapısal lezyonların hiçbirisi beyin sapı işitsel yollarıyla anatomik olarak ilişkili değildi ve olguların mental durumları da normaldi. Bununla birlikte nöbet beyin sapı yapılarına bağlı olmadan başka bir mekanizma ile de yayılabilir veya epilepside herhangi bir beyin sapı lezyonu işitsel stimulusun geçtiği yolları etkilemeyebilir. Bu nedenle epileptik hastalarda BAEP parametrelerinde bir anormallik saptanmayabilir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler, CBZ'nin beyin sapı işitsel yollarını farklı seviyelerde suprese edebileceğine ve epileptiklerin BAEP'te minör anormalliklere sahip olabileceklerine işaret etmektedir.

Kaynakça

1. Topçu M. Çocukluk çağı absans epilepsilerinde görme ve işitme uyarılma potansiyelleri üzerine antiepileptik tedavinin etkisi. Hacettepe Üniversitesi Pediatrik nöroloji Uzmanlık Tezi 1988, Ankara.
2. Mervaala E, Keranen T, Tiihonen P, Riekkinen P. The effects of carbamazepine and sodium valproate on SEPs and BAEPs. Electroencephalogr Clin Neurophysiol 1987; 68:475-478.
3. Muş N, Özdamar Ö (eds). İşitsel Beyin Sapı Cevapları, Ankara. 1996, pp 2-69.
4. Ohishi M, Sato J, Nonaka K, et al. Auditory brainstem response of epilepsy. Jpn J Psychiatry Neurol 1987; 41: 510-513.
5. Phillips B, Drake ME, Pakalnis A, et al. Brainstem auditory evoked responses in partial and generalized seizures. Clin Electroencephalogr 1990; 21:135-139.
6. Stockard JJ, Pope – Stockard JE, Sharbrough FW. Brainstem auditory evoked potentials in neurology: methodology, interpretation, and clinical application. In: Aminoff MJ, ens. Electrodiagnosis in clinical neurology. 3rd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone Inc. 1992, 503-536.
7. Alioğlu Z, Şener U, Budak F ve ark. Antiepileptik ilaçların beyinsapı işitsel uyarılmış potansiyelleri üzerine etkisi. Nöroloji Bülteni 1994; 4: 110-112.
8. Kısabay A, Arıcı Ş, Çelebisoy N, Gökçay A, Akyürekli Ö. Antiepileptik İlaç Kullanan Çocuklarda Uyarılmış Potansiyeller. Türk Nöroloji Dergisi, 38. Ulusal Nöroloji Kongresi Özel Sayısı 2002, 165.
9. Gürtekin Y. Beyin Sapı İşitsel Uyandırılmış Potansiyeller. In: Akyüz G. (Ed) Elektrodiagnoz. Ankara: Güneş Kitabevi 2003, pp 395-410.
10. Rodin E, Chayarirobhon N, Klutle G. Brainstem auditory evoked potentials recordings in patients with epilepsy. Clin Electroencephalogr 1982; 13: 154–161.
11. M.E. Drake, A. Pakalnis, H. Padamadan, S.A. Hietter and M. Brown, Effect of antiepileptic drug monotherapy and polypharmacy on visual and auditory evoked potentials. Electromyogr Clin Neurophysiol 1989; 29: 55–58.
12. Stockard JJ, Rossiter VS, Jones TA. Effects of centrally acting drugs on brainstem auditory responses. Electroencephalogr Clin Neurophysiol 1977; 43: 550–555.
13. Verrotti A, Trotta D, Cutarella R, Pascarella R, Morgese G, Chiarelli F. Effects of antiepileptic drugs on evoked potentials in epileptic children. Pediatr Neurol 2000; 23: 397-402.
14. Yuksel A, Senocak D, Sozuer D, et al. Effects of carbamazepine and valproate on brainstem auditory evoked potentials in epileptic children. Child's Nerv Syst 1995; 11: 474–477.
15. Zgorzalewicz M. [Bimodal evoked potentials during long-term therapy with conventional or slow release preparations of carbamazepine and valproic acid in children and adolescents with epilepsy]. Neurol Neurochir Pol 2000; 33 Suppl 1: 119-28.

16. Japaridze G, Kvernadze D, Geladze T, Kevanishvili Z. Effects of carbamazepine on auditory brainstem response, middle-latency response, and slow cortical potential in epileptic patients Epilepsia 1993; 34: 1105-9.

17. Enoki H, Sanada S, Oka E, Ohtahara S. Effects of high-dose antiepileptic drugs on event related potentials in epileptic children. Epilepsy Res 1996; 25: 59–64.

18. Medaglini S, Filippi M, Smirne S, et al. Effects of long-lasting antiepileptic therapy on brainstem auditory evoked potentials. Neuropsychobiology 1988; 19: 104-7.

19. Olpse H, Scmurtz M, Brugger F. Mechanism of action of antiepileptic drugs with special reference to carbamazepine and valproate. In: Racagni (eds), Biological psychiatry, vol. 2. Amsterdam: Elsevier Science Publisher, 1991, 252–4.

20. Green JB, Walcoff MR, Lucke JF. Comparison of phenitoin and phenobarbital effects on far field auditory and somatosensory evoked potentials interpeak latencies. Epilepsia 1982; 23: 417– 421.

21. Odabaşı Z, Kütükçü Y, Özdağ F, Vural O. Brainstem Auditory Evoked Potentials. Norol Bil D 1999; 3: 16.

ERİŞKİN SIÇANLARDA METOTREKSATIN NEDEN OLDUĞU BARSAK HASARI ÜZERİNE KARAYEMİŞİN ETKİSİ

***Derya ÖZTÜRK OKATAN*[1]**, *Gökçen KERİMOĞLU*[1], *Canan GÜNEY*[2]
[1]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi*
[2]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Farabi Hastanesi*
derya_109@yahoo.com

Metotreksat (Mtx) malign, inflamatuvar ve otoimmun hastalıklarında yer aldığı birçok hastalığın tedavisinde kullanılan bir ilaçtır (1). Tedavideki başarısının yanı sıra yan etkileride mevcuttur. Hücrelerde büyümeyi ve proliferasyonu baskıladığından özellikle hızla bölünen hücreler üzerinde toksik etkilere neden olabilmektedir (2). Karayemiş ya da taflan; Türkiye'nin kuzey kıyı bölgesinde yetişen, Rosaceae(Gülgiller) familyasına mensup yaprak dökmeyen bir ağaç türüdür(3). Meyvesi antioksidan, antienflamuvar, antinosiseptif özelliğe sahip olup, sindirim ve solunum bozuklukları, egzama ve hemoroit tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir (4,5,6). Bu çalışmada karayemiş meyvesinin Mtx in erişkin rat ince barsağında oluşturabileceği hasarı önlemedeki etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

24 adet erişkin Spraque Dawley cinsi dişi sıçan 4 gruba ayrıldı. Kontrol grubu (n: 6); Herhangi bir uygulama yapılmadı. Mtx grubu (n: 6); tek doz Mtx (30 mg/kg) intraperitonal olarak deneyin ilk günü uygulandı. Mtx (+) karayemiş grubu (n: 6); deneyin ilk günü tek doz Mtx (30 mg/kg) intraperitonal olarak (+), karayemiş ekstraktı (10 g/kg) 5 gün boyunca gavaj yolu ile uygulandı. Karayemiş grubu (n: 6) ; 5 gün boyunca karayemiş ekstraktı (10 g/kg) gavaj yolu ile uygulandı. Çalışmanın sonunda sıçanlardan anestezi altında ince bağırsak dokusu (jejenum) çıkarıldı. Hayvanlar sakrifiye edildi. Rutin doku takibi yapıldı, dokular bloklandı. Alınan kesitler hematoksilen ve eozin (HE), periyodik asit schiff (PAS) ve Masson trikromu ile boyandı. Histopatolojik değerlendirmede her alan inflamatuvar hücre infiltrasyonu, kanama, villus füzyonu, villus apikal yüzey epitel dejenerasyonu, submukozal kalınlaşma, kollajen artışı, bazal membran bütünlüğü değerlendirildi.

Histopatolojik değerlendirmede kontrol gurubunda epitelin düzgün yapıda olduğu, villus yapısının ve lamina proprianın normal görünümde olduğu izlendi. Karayemiş grubu kontrol grubuyla benzer özellikteydi. Mtx grubunda inflamatuvar hücre infiltrasyonu, kanama, villus füzyonu, villus apikal yüzey epitel dejenerasyonu ve bazal membran bütünlüğünde bozulmada görüldü. Mtx (+) karayemiş grubunda mtx grubundaki bulgular devam etmekle birlikte oldukça azalmıştı.

Mtx'in ince bağırsak oluşturduğu hasarı önlemede karayemiş meyvesinin etkili olabileceği sonucuna varıldı.

Kaynakça

1- El-Sheikh Azza AK, Morsy Mohamed A, Al-Taher Abdulla Y (2014). Multi-drug resistance protein (Mrp) 3 may be involved in resveratrol protection against methotrexate-induced testicular damage. Life Sciences 119: 40-46.

2- Karri S, Vanithakumari G (2011). Effect of methotrexate and leucovorin on female reproductive tract of albino rats. Cell Biochemistry and Function, 29: 1–21.

3- Ayaz FA, Kadioğlu A, Reunanen M, Var M. Phenolic acid and fatty acid composition in the fruits of Laurocerasus officinalis Roem. and its cultivars, Journal of Food Composition and Analysis: 10, 350–357, 1997

4- Ksrsbegovic IT, Stojicevic SS, Velickovic DT, Todorovic ZB, Nikolic NC, Lazic ML (2014). The effect of different extraction techniques on the composition and antioxidant activity of cherry laurel (Prunus laurocerasus) leaf and fruit extracts. Industrial Crops and Products 54: 142-148.

5- Akkol EK, Kırmızıbekmez H, Kucukboyacı N, Goren CA, Yesilada E. Isolation of active constituents from cherry laurel (Laurocerasus officinalis Roem.) leaves through bioassay-guided procedures, Journal of Ethnopharmacology: 139, 527–32, 2012

6- Kolayli S, Küçük M, Duran C, Candan F, Dinçer B. Chemical and Antioxidant Properties of Laurocerasus officinalis Roem. (Cherry Laurel) Fruit Grown in the Black Sea Region, J Agricultural and Food Chemistry: 51, 7489-94, 200

ETİK EĞİTİMİNDE KULLANILAN FİLM İZLETME YÖNTEMİNİN ETİK SORUNLARIN TESPİTİ ÜZERİNE ETKİSİ: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ

Belkıs BİRDEN
Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
blksbrdn@gmail.com

Bu araştırma Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu bünyesinde yer alan Fizyoterapi, Ağız ve Diş Sağlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği, Anestezi, Ameliyathane Hizmetleri, Diyaliz, İlk ve Acil Yardım, Patoloji Laboratuvar Teknikleri, Tıbbi Görüntüleme Teknikleri ve Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik programlarında ön lisans düzeyinde öğrenim gören öğrenciler üzerinde planlanmıştır. Araştırma, sağlık alanında belirtilen programlar için verilen "Meslek Etiği" dersinde kullanılan film izletme yönteminin, etik sorunların tespiti üzerine etkisini belirleyebilmek amacıyla yapılmıştır.

Öğrencilere uzaktan eğitim yoluyla verilen "Meslek Etiği "dersi kapsamında temel etik kavramlar, biyoetik yaklaşımlar ve biyomedikal etiğin temel ilkeleri konularındaki kuramsal bilgiler açıklanmış, olgu sunumları yapılmıştır. Dersin yedinci haftasında öğrencilerden "My Sister's Keeper" (Türkçe'ye "Kız Kardeşimin Hikayesi" olarak çevrilmiştir) filmini izleyerek yazılı olarak film hakkında etik açıdan bir değerlendirme yapmaları ve sorun alanlarını belirlemeleri istenmiştir.

Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanan bu araştırma, retrospektif olarak tasarlanmıştır. Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun çeşitli programlarında 2020-2021 öğretim yılı güz döneminde öğrenimlerini sürdüren, "Meslek Etiği" dersini alan, filmi izleyen ve yazılı görüşlerini ders sorumlusuna gönderen, toplam 250 öğrencinin ödev metinleri araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; dersi almak, Kız Kardeşimin Hikayesi filmini izleyerek etik değerlendirme ödevini ders sorumlusuna zamanında göndermektir. Ödevlerin belirtilen zaman diliminde yapılmaması, eksik olması ve araştırma için kullanılmasına izin verilmemesi, araştırmanın dışlanma kriterleridir.

Bu araştırmada, öğrencilerin kişisel-demografik bilgilerine yer verilmeyerek yazılı metinlerini kullanabilmek üzere, uzaktan eğitim yoluyla devam eden eğitim-öğretim sürecinde, öğrencilerin sözel olarak onamları alınmıştır. Bu kapsamda araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden öğrencilerin yazılı metinlerine alıntı şeklinde yer verilmiş, harf ve sayılar ile numaralandırma yapılmıştır.

Filmde yer alan etik sorunların çoğu, öğrenciler tarafından ifade edilmiştir. Öğrencilerin belirlediği etik sorun alanları; temel etik ilkelerin (özerkliğe *saygı, zarar vermeme, yarar sağlama, adalet, dürüstlük, yaşama saygı*) ihlali yanında, ötanazi, genetik müdahaleler, yardımcı üreme teknikleri ve organ bağışı konularıdır.

Alanyazında sağlık programları için etik eğitiminde film izletme yönteminin kullanımına ilişkin ve film izletmenin etik değerlendirme basamaklarından biri olan etik sorunların saptanabilmesi üzerine etkisini konu alan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu araştırma ile etik eğitiminde kullanılan film izletme yönteminin, öğrencilerin etik sorun alanlarını tespit edebilmelerine katkı sunduğu görülmektedir. Bununla birlikte bu araştırma, güncel yaklaşımlar çerçevesinde öğrenci tutumlarının belirlenebilmesi açısından, farklı niteliksel ve niceliksel araştırmalara gereksinim olduğunu ortaya koymaktadır.

EVDE BAKIM HİZMETİ VEREN HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bahriye BUKET BALABAN[1], ***Nurhan MEYDAN ACIMIŞ***[2]
[1]*Kaş Devlet Hastanesi*
[2]*Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
nurhan88@hotmail.com

Giriş-Amaç

Bakım; insanların temel ihtiyaçlarının giderilmesine, kabiliyetlerini geliştirme ve sürdürmelerine, hayatta kalabilmek ve asgari düzeyde işlev görebilmek için olabildiğince acıdan uzak hayatlarını devam ettirmelerine yardım etmek üzere özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yaptıklarımız olarak tanımlanır. Bakım kaynaklı yükün belirlenmesi ve sorunlara çözüm arama bakım verenin ve bakım alanın yaşam kalitesinde yükseltecektir. Bu araştırma 2019-2021 yıllarında herhangi bir sebepten yatağa bağımlı olan hastalara primer bakım veren hasta yakınlarının bakım yükleri ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile planlandı.

Gereç-Yöntem

Kesitsel ve analitik bir araştırmadır. Evrenin tamamına erişimi planlandı. Antalya ili Kaş ilçesinde 2019-2020 yılları arasında "Evde Sağlık Birimine" kayıtlı hastalara bakım veren 231 hasta yakını katıldı. Katılımcılara anket yolu ile erişildi. Sosyodemografik özellikleri içeren 11 soru ve Zarit Bakım Yükü Ölçeği kullanıldı. Veriler IBM SPSS 25 ile analiz edildi. Bakım yükü ölçek puanlarının demografik özelliklere göre normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Kruskal Wallis H testi sonucunda farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmede Dunn testi kullanıldı. Bakım yükü ölçeği güvenirlik analizi Cronbach's Alpha ile değerlendirildi. $p<0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Katılımcıların; %58.0'i kadın (p=0.806), %30,3 48-57 yaş grubunda (p=0.806) ve %35,5'i ilkokul (p=0.185) mezunu, %71,9 evli (p=0.141) idi. Bakım veren bireylerin bakım yükü puan ortalaması 47.52 ±13,7 ile orta düzeyde idi (p=0.141) Regresyon analizine göre; geliri giderden az olarak belirten bakım vericilerin (p=0.019) yanısıra sürekli ve dönüşümlü bakım verenlerin (p=0.001) bakım yükünün anlamlı yüksek olduğu saptandı (R^2: 11,7).

Sonuç

Bakım verenlerin soyo-demografik özellikleri bakım yükü ölçek puanını değiştirmediğini ancak

gelir düzeyi ve bakım şekli bağımsız değişkeninden etkilendiğini bulduk. Geliri giderinden az, bakım şekli sürekli ve dönüşümlü olan bakım verenlerin bakım yükü ölçek puanı anlamlı yüksekti. Yasal düzenlemelerde bakım verenin ekonomik düzeyi göz önünde tutulmalı, onlara kamu özel işbirliği ile insani sosyal destek sağlanmalıdır.

EXPERIENCE OF HEARING LOSS ON SOCIAL PARTICIPATION AND PSYCHOLOGICAL WELLBEING OF IMPLANT RECIPIENTS DURING UNIVERSITY EDUCATION

Hülya GÖÇMENLER
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
gocmenler.hulya@gmail.com

Individuals with hearing loss have more difficulties in university education when compared with individuals with other disabilities. Studies conducted in the field have also found that due to their situation, hearing impaired individuals need more adaptation and regulation (Kayhan, 2015; Pıştav Akmeşe, 2018). One of the most important problems experienced by disabled individuals is being isolated from the social environment. This means that they cannot get a place in the society and they are isolated by other people (Thomas, 1989). For this reason, negative attitudes or perspectives that may be developed against impaired individuals in the society are among the most important triggers of social isolation. Younghusband (1970) used the concept of "potential distance" and stated that this situation constitutes an important problem in the social relationships of disabled individuals. Clarke, Riach and Chyne (1977) added a different dimension to this emerging situation and stated that the "potential distance" in question limited the social interaction of disabled individuals after a certain periods of time and then evolved into the state of preferring loneliness. Thus, disabled individuals become passive in their social relationships and it can be stated that they become deprived of socializing, establishing relationship with others and feeling like a part of the social structure in which they live.

Weakness/failure to develop communication skills in early childhood may have a negative effect on the social, academic and professional development of hearing-impaired children (Tomblin, 2008). In studies which compared the reading and writing skills of secondary school children with cochlear implants with hearing peers, it was found that hearing-impaired children were far behind their hearing peers (Çizmeci and Çiprut, 2018; Göçmenler and Çiprut, 2018). On the other hand, interventions at appropriate times protect these children from problems that may occur due to difficulties in communication in their future lives (Ruben, 2000). Problems disabled individuals experience in the field of education have an international prevalence. Studies conducted on the topic have shown that disabled individuals cannot take part in higher education sufficiently and their school dropout rate is higher than their peers (Mpofu and Wilson, 2004; Dutta, Scguri-Geist, and Kundu, 2014).

When the literature is reviewed, no studies were found in which the difficulties/problems experienced during education processes by hearing-impaired individuals receiving university education were examined in-depth. These people, who do not have a different physiological or psychological disability apart from the hearing impairment, are less likely to go to university compared to their hearing peers.

The fact that the number of individuals entering university exam and having a hearing impairment is low in universities has prompted researchers to examine this issue. This study aims to examine in-depth the factors affecting quality of social interactions and communication problems of people with hearing loss during their university education.

20 hearing impaired individuals (12 male and 8 female) between the ages of 18 and 30 who are using cochlear implants unilaterally, who are still attending or have graduated from a formal undergraduate/associate program and who can use verbal communication language were included in the study. Mean age is 24.7. The participants do not have any additional physiological or psychological disabilities other than hearing impairment. The participants had prelingual or postlingual profound sensorineural hearing loss. All of the participants have been followed for a long time in the clinic the study has been carried out and each of the participants has been using cochlear implant in one ear at least for two years. While 6 of the 20 participants were using cochlear implant in one ear and hearing aid in the other ear at the same time, 14 participants were using cochlear implant only in one ear. All of the participants are receiving formal university education or they were university graduates.

Ethics Committee Approval

Approval was taken from ethics committee of university (protocol number 09.2018.409). This study was also funded by University Project Department (Project number: SAG-C-DRP-241018-0574). All of the participants were informed about the study and their informed consent was taken.

Research Design

This study was conducted by using qualitative research method.The difficulties/problems individuals experienced during the period they received university education were learned from the participants verbally with in-depth and personal interviews.

Data Collection Instruments

In this study, the data were collected with semi-structured interview form for qualitative analysis. The interviews were made face-to-face and the 25 questions determined previously by the researcher were asked to the participants with the same order and they were not given any time limits to answer the questions. The researcher made the necessary changes while asking the questions during the interview, asked the questions in a conversational style, and made the interviews in a way that would encourage the speaker and comply with the principle of impartiality (Yıldırım and Simsek, 2008). After approval was taken from the participants prior to the interview, the interviews were voice recorded with a smart phone and the interviews recorded were transcribed. These interviews were made in a quite environment that would enable the participants to express themselves comfortably.

Data Analysis

In this study, the data collected were analyzed, coded, interpreted and reported by the researchers who conducted the study and two field experts who were experienced in the subject. During the

study, the researcher got support from two experts in the field in all the steps of coding, grouping and analyzing the data obtained. In this study, descriptive analysis and content analysis techniques were used together based on the inductive approach. The analyses in the study were conducted in three steps: 1.In the analysis preparation step of the study, verbal expressions of each participant were transferred to computer in writing, the interviews were decoded according to the course of the speech and converted into texts (Transcription/voice decoding). 2.As a result of the evaluation, it was found under which themes the data could be organized. Afterwards, their descriptive transcripts were prepared. These transcripts were divided into certain categories and a coding representing each category was used (Coding).3.Next, the researchers grouped the data, created a certain pattern with these data and the data were simplified and combined. In this process, the researchers reached main and subthemes as a result of analysis (Creating themes).In the last step, the participants' views were presented within the predetermined themes and supported with direct quotations. While analyzing the interviews, the participants were given numbers according to the order of interviews instead of real names (like P1). All the steps in the qualitative part of the study were conducted through ATLAS. ti (Qualitative Data Analysis, Berlin/version 8) programme (https://atlasti.com).

In this part, the codes grouped under themes and subthemes were presented with descriptive narratives made with direct quotations taken from the interview texts. According to the results, 2 main themes and 1 subthemes were obtained. The main themes of the study are, i. Social relationships, ii. Psychological states. Subthemes of the participants' social relationships during university were determined as relationships with friends and teachers.

THEME 1. Social relationships:This theme includes the participants' social relationships and communication with friends and teachers at university.

Sub-theme 1a. Some of the views of the participants about "relationships with friends" at university are as follows:

''They asked me a question, I did not understand. They said "it's nothing". I said "don't ask then." Say if you want to say something, or don't say anything, that is what I get most angry about. After that, of course friends talked behind my back. I heard them, I felt uncomfortable, but I did not say anything. Of course I was sad, but there's nothing you can do. '' P7, 27 years old

''Of course I told (my friends) that I did not understand, but I pretended like I understood when I got bored. I felt offended. I felt sad when I missed the words, I was ashamed to ask again. ''P13, 23 years old

''The way of speaking, tone of voice, accent of the person I meet for the first time push me a lot. I had just started university and you meet someone new every day. Each activity means meeting someone new… I was very tired and after some point I thought it was not worth trying" P11, 19 years old

''In fact, I never went (to the disabled centre in campus) for two years, I never needed. I wish I had gone before. I had to meet all the disabled people in the university. Then I joined the "Life without

disabilities" community. To give correct information to people and to create awareness. We worked for this. We organized theatre. We had such activities in the school that we had an environment, a social life, it was very good." P16, 24 years old

''I began to chat and talk more in the (disabled) club. I had very understanding friends who said "it's not important we'll tell again" even if there were things that I did not understand. I liked that very much. This was a turning point." P20, 29 years old

"Even if I did not understand what the professors told, I did not say that I did not understand. I kept making my friends repeat what they told. I forgot in the meantime because I did not want to bore them. But then I did not understand anything completely. But my friends told me afterwards." P 14, 28 years old

Sub theme 1b. In terms of the participants' relationships with their professors at university, it was found that a great majority (N=15) abstained when they did not understand in lessons and refrained from expressing themselves and stated the following:

"I pretended (like I was hearing the teacher) in the lesson. I was a bit shy then. I acted like I understood not to annoy the other person" P13, 23 years old

"They (professors) sometimes gave homework. They told the homework during class when everyone was present. Of course I could not ask again because I was shy, I asked when we went out. I used to go near the teacher and ask then. I did not know what to do, I was hesitant… There were 50-60 people, I could not ask among so many people"P7, 27 years old

"Not too much, but I tried to (express myself). Because there were so many professors in front of me. I had difficulty in explaining myself" '' P8, 29 yearsold

''You are alone in the classroom and they are ten people. The teacher cannot afford this, he cannot deal with it. Everyone understands and writes down. I was the only one who did not understand. Because of this, he did not need something like this and he was not aware." P20, 29 years old

THEME 2. Psychological states: A great majority of the participants (N=17) stated that their social relationships were negatively affected because they had hearing loss and that their psychology was negatively affected with the following words:

''There were 80 students in classes and it was crowded. I could not get in the front. I could not express myself to anyone. I was very shy. This was traumatic for me. Because I was excluded." P17, 27 years old'' (due to my hearing impairment) they kept saying how are you going to do at high school when I was in secondary school and how are you going to do at university when I was in high school. It was always synchronized… Everyone had (that worry about me). But it created too much panic in me when I was in that last year of high school. I did not want to attend university. But I saw that it's not as horrible as I thought" P1, 21 years old

''When I changed school, I could not get used to my new school, I could not adapt. When I told them that I had hearing impairment and a girl in the classroom said we need to speak in private, the other girl said "never mind, she won't hear" for me. I excluded myself psychologically then. '' P8, 20 years old

''Because I could not hear then, I asked my friends again and again, after a point, I felt guilty. I thought like it was my fault because I did not understand and I went to psychologist" P11,19 years old

"I think that my hearing aid attracts attention. That most people don't know and don't see…Therefore, I feel like they will annoy (me) with their looks." P3, 19 years old

Only two of the participants stated that their psychology was not negatively affected because they got social support from their environment and family during university.

"I never had any such problems. When I did, I stated my condition. I did not restrict myself because I had hearing aid. I tied back my hair, I shaved it and revealed it. Everyone was aware that I was special. All the teachers gave me special treatment because I was successful." P9, 25 years old

DISCUSSION

In the first part of the study, individuals who were receiving or who had received university education and who had hearing impairment were asked about their relationships with their friends and teachers and the psychological problems they experienced due to hearing impairment during their education. According to the answers they gave, it was found that they mostly had a reserved and shy attitude with their friends and teachers during university.They stated that they were shy and they could not express themselves comfortably when they could not hear or when they did not understand their teachers in class. In studiessupporting this result in literature, it was shown that when compared with their normal hearing peers, young adults with hearing aid or cochlear implant were more reserved, they had difficulties in expressing themselves, they had difficulty in making social and emotional connections with their social environment, they could not establish high quality relationships and showed a reserved attitude in their friendships (Becker S, 2016; Rich S, 2013; Warner-Czyz AD, 2015). In this study, the participants stated that they showed a shy and quiet attitude to their hearing peers and teachers in their social relationships at university, and only the participants who went to disabled centre at campus stated that they felt more comfortable there and they had more active social relationships. In a survey they conducted with disabled university students, Barazandeh (2005) and Kraska (2003) stated that 50% of the students thought their professors understood their needs, but only 25% of them organized class contents/materials according to their needs. 82% of the participants stated that their professors needed more information about disabled individuals and their needs. Similar to this finding, half of the participants in this study stated that although they tried to express themselves to their teachers from time to time, they did not get the necessary support from their teachers and their teachers did not have sufficient information about their needs.

A great majority of the students in the study (17/20) stated that their psychological states were not

good during university education. They expressed the reasons as having hearing loss, using hearing aid, other people seeing their hearing aids and even some of them trying to hide their cochlear implants, avoiding sitting in the front rows so that their hearing aids would be seen. Some of the participants stated that they thought they were different and their psychology was negatively affected because they were excluded by their friends during their education. When studies conducted in the field are examined, it can be seen that the results of this study supported all the studies. In their study, Duarte et al. (2014) stated that young adults with hearing impairment were exposed to more discrimination by their peers when compared with their normal hearing peers. In another study, it was found that 55% of adolescents with hearing impairment considered themselves "different" from their hearing peers and even 18% of these tried to hide their implant from others (Dammeyer, 2018). In their study they evaluated the life quality of individuals who had hearing loss and used hearing aid or implant, Warner-Czyz et al. (2015) reported that individuals with hearing loss had lower self-confidence than their hearing peers and it was more difficult for their friends to accept them. They stated that they experienced difficulties in social and emotional adaptation for this reason. Another study which supported these data was conducted by Sachs and Schreuder (2011). According to this study, while the researchers stated that individuals with hearing loss were ashamed of their disability and were shy about expressing this (Sachs, 2011). Liasidou (2014) stated that young adults with hearing loss did not want to be labelled as "disabled" by others. In this study, only 3 participants with hearing impairment stated that they did not have a negative psychology at university and that both their self-confidence and academic achievement were high. These individuals stated that they were supported socially by their families and environment since they were diagnosed with hearing loss and they were encouraged to express themselves comfortably. In a study supporting this finding, Moog et al. (2011) stated that hearing impaired individuals with high academic grades and family social support did not have any differences from their hearing peers. Bat-Chava and Deignan (2001) and Bat-Chava et al. (2005) reported that cochlear implant increased social and communication skills in individuals with hearing impairment. In parallel with this finding, two participants in this study stated that they socialized more with cochlear implant, their self-confidence increased and thus they felt better. The results found in this study were compared with studies in literature. One of the important studies in literature is Yoshida et al. (2008)'s study. Authors examined the speaking skills, social skills and cochlear implant utilization of individuals between 18 and 29 years of age who had prelingual hearing loss. The participants had received auditory and verbal training since childhood and all of them had started to use both hearing aid and receive special training before 2 years of age. The results of the study showed that individuals who had hearing aid and started special training at a young age had an improvement not only in their hearing threshold but also in their skills of understanding speaking. It was also found that these users made extreme use of their implants in their daily lives and played important roles in social circle (Yoshida et al., 2008)

Conclusion and Recommendations

The main data found in the study is the problems experienced by participants in their social

relationships at university. Students with hearing impairment experience problems in social interaction with both their friends and their professors. The most important of these problems of this is students with hearing loss being shy. They stated that they experienced problems in expressing themselves when they could not hear their professors or friends. It was found that students with implant who got hearing aid and special training early experienced less problems in understanding speech in lesson, while students who did not have hearing aid early and started auditory training late or did not receive special training had important problems in understanding speech. It was concluded that students experienced more reservation and shyness for this reason. As a result of the study, the researchers emphasized that implant candidacy of adults with prelingual hearing loss should not be rejected immediately and decisions should be made more carefully. Participants are negatively affected psychologically since they cannot establish a social relationship with their friends in their immediate circle and they cannot understand the lesson. Another data reached about the psychology of the participants is that they thought they were excluded by their classmates since they did not have hearing impairment. They thought that they did not have a full acceptance about their impairment and for this reason they were exposed to social isolation by their other friends. This situation creates significant psychological trauma in participants. On the other hand, the participants who got hearing aid and auditory training early did not experience these problems in levels that would affect their psychology. These students stated that they got their hearing aid and special training from early ages and they were supported by their immediate circle and families. As a result, it was stated by the participants and also observed by the researchers that these participants had sufficient self-confidence, they expressed themselves comfortably when there was something that they did not understand and they were in a much better social interaction with their classmates.

Kaynakça

1. Çizmeci H and Çiprut A. (2018). Evaluation of the Reading and Writing Skills of Children with Cochlear Implants. Journal of International Advanced Otology. doi:10.5152/iao.2018.4436
2. Bat-Chava YE. Deignan, Peer relationships of children with cochlear implants, J. Deaf Stud. Deaf Educ. 2001; 6(4): 186–199.
3. Bat-Chava Y, Martin D, Kosciw JG. Longitudinal improvements in communication and socialization of deaf children with cochlear implants and hearing aids: Evidence from parental reports. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2005; 46: 1287–1296.
4. Barazandeh G. Attitudes toward disabilities and reasonable accommodation at the university. The Undergraduate Research Journal, 2005;7: 1- 12.
5. Dammeyer, J., Chapman, M., Marschark, M. Experience of hearing loss, communication, social participation, and psycho- logical well-being among adolescents with cochlear implants. American Annals of the Deaf, 2018; 163(4): 424–439.
6. Duarte I, Costa Santos C, Rego G, Nunes R. Health- related quality of life in children and adolescents with cochlear implants: self and proxy reports. Acta Oto-Laryngologica, 2014; 134: 881–889.

7. Dutta A, Scguri-Geist C, Kundu M. Coordination of postsecondary transition services for students with disability. Journal of Rehabilitation. 2009;75(1):10-7.

8. Göçmenler H and Çiprut A. (2018). Evaluation of gap filling skills and reading mistakes of cochlear implanted and normally hearing students. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.03.014

9. Kayhan N, Sen M, Akcamete G. Opinions of University Students with Disabilities on Current Regulations and Adaptations at Higher Education Institutions. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2015;197:635- 9.

10. Kraska M. Postsecondary students with disabilities and perception of faculty Members. The Journal for Vocational Special Needs Education, 2003; 25(2); 11-19.

11. Mpofu E, Wilson K. Opportunity structure and transition practices with students with disabilities: The role of family, culture, and community. Journal of Applied Rehabilitation Counseling. 2004;35(2):9-16.

12. Moog JS. Geers AE, Gustus CH. Brenner CA. Psychosocial adjustment in adolescents who have used cochlear implants since preschool, Ear Hear. 2011;32(1): 75S–83S.

13. Pištav Akmeşe P. Yükseköğretim kurumlarına devam eden engelli öğrenciler ile engelli personelin sorunları ve yükseköğretim engelliler danışma ve koordinasyon yönetmeliği hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018;6(64):214-32.

14. Rich S, Levinger M, Werner S, Adelman C. Being an adolescent with a cochlear implant in the world of hearing people: Coping in school, in society and with self identity. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 2013; 77: 1337–1344.

15. Sachs D, Schreuer N. Inclusion of Students with Disabilities in Higher Education: Performance and participation in student's experiences. Disability Studies Quarterly, 2011; 31(2): 13.

16. Tomblin, JB. (2008). Understanding Developmental Language Impairment. . London, England: Psychology Press.

17. Thomas AP, Bax MC, Smyth DP. The Health and Social Needs of Young Adults with Physical Disabilities. London: Mac Keith Press; 1989.

18. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2008.

19. Younghusband E. Living with Handicap: Report o f a Working Party on Children with. 1970.

20. Clarke MM, Riach J, Chyne WM. Handicapped Children and Pre-School Education, Report to the Warnock Committee on Special Education. University of Strathclde; 1977.

21. Warner-Czyz AD, Loy BA, Evans C, Wetsel A, Tobey EA. Self-esteem in children and adolescents with hearing loss. Trends in Hearing, 2015; 19: 1–12.

GEÇİCİ KORUMA ALTINDAKİ SURİYELİLERİN SAĞLIK STATÜSÜNÜN VE TÜRKİYE CUMHURİYETİ TARAFINDAN SUNULAN İLGİLİ HİZMETLERİN GELİŞTİRİLMESİ (SIHHAT) PROJESİ: "SAĞLIK PERSONELİ EĞİTİMİ" SONUÇLARI

Murat TOPBAŞ[1], *Yıldız PEKŞEN*[2], *Özlem BOZTAŞ*[3], *Kanuni KEKLİK*[4], *Melikşah ERTEM*[5]
[1]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Emekli Öğretim Üyesi*
[3]*Eşit Nesiller Derneği*
[4]*T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı*
[5]*SIHHAT Projesi Saha Koordinatörü*
murattopbas@yahoo.com

1. Giriş

Göç insanlık tarihi boyunca insanların bazen zorunlu bazen de gönüllü olarak farklı nedenlerle ülke içinde veya ülke dışına gerçekleştirdikleri mekânsal bir yer değiştirme eylemi olarak tanimlandiği gibi bir kişinin veya bir grup insanın uluslararası bir sınırı geçerek veya bir devlet içinde bir yerden başka bir yere gitmesi" olarak ta tanımlanmaktadır. Günümüz de dünya genelinde pek çok ülke göçten etkilenmektedir. Göç ekonomik ve daha iyi koşullarda yaşama isteği ile kişinin arzusu ile gönüllü ya da silahlı çatışmalar, doğal afetler, siyasal veya ekonomik sebeplerle gibi zorunlu sebeplerle olabilmektedir.

2000'li yılların başlarında Türkiye daha çok göç veren ya da transit ülke olma özelliğine sahipken, günümüzde, bölgesinde yaşanan krizler karşısında mağdur insanlara kucak açan politikalar benimsemesi, sağladığı ekonomik ve siyasi istikrar neticesinde hedef ülke konumuna gelmiştir.

Suriye'de 2011 yılında başlayan iç savaş ve kaos ortamı sonucunda zorunlu olarak ülkelerinden yaşamak için başka ülkelere göç etmek zorunda kalan Suriyelilerin en çok ulaştığı ve bu anlamda insanlık adına kapılarını açan en önemli ülke Türkiye olmuştur. Daha önce de değişik nitelikle toplu zorunlu göçlere maruz kalan Türkiye, bu kaotik akın karşısında önce kendi çabaları ile ardından Avrupa Birliği'nin destekleri ile Geçici Korma Altındaki Suriyelilere (GKAS) yönelik barınma, yeme – içme, güvenlik ve sağlık hizmetleri vermektedir.

İnsanın en temel haklarından birisi sağlıklı yaşama hakkıdır. Bu amaçla Türkiye, GKAS'a yönelik yoğun bir sağlık hizmeti sunmak için kollarını sıvamış ve ilk günden itibaren organize bir şekilde nitelikli ve kaliteli sağlık hizmetli sunmaya çaba göstermiştir.

GKAS'a yönelik sağlık hizmetleri, 04.11.2015 tarihli ve 9648 sayılı "Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Yönergesi" doğrultusunda sunulmaktadır. Türkiye'de kayıt altında bulunan ve geçici kimlik numarası almış olan Suriyeliler, acil sağlık, koruyucu ve temel sağlık

hizmetleri ile tedavi edici tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yaralanabilmektedirler. Geçici kimlik numarası almamış olanlara ise "Geçici Koruma Yönetmeliği" çerçevesinde, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama ve acil sağlık hizmetleri sunulmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini amaçlayan bu çalışmalar, 2016 yılından günümüze kadar Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmakta olan SIHHAT Projesi kapsamında devam etmektedir. SIHHAT Projesi'nin genel hedefi; Türkiye'de geçici koruma altındaki Suriyelilere yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan 1. ve 2. basamak sağlık hizmetlerinin desteklenmesi ve geliştirilmesi olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi ile hizmet sunum kapasite ve kalitesinin geliştirilerek 2019 yılı sonuna kadar sağlık hizmetlerine erişimin arttırılması öngörülmüştür.

Türkiye'deki Geçici Koruma Altındaki Suriyeliler'e (GKAS) sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması katkıda bulunabilmek ve bu amaçla sağlık hizmeti sunan personelin bilgi, farkındalık ve tutumlarını geliştirebilmek adına Avrupa Birliği'nin finansal desteği ile GKAS'a yönelik sağlık hizmetleri sunulması amacıyla geliştirilen SIHHAT Projesi kapsamında T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1. ve 2. Basamakta çalışan 2520 Sağlık Personeline eğitimler yapılması planlanmıştır.

2.Eğitimlerin Amacı Ve Arka Plan

SIHHAT Projesi 1.9 Eğitim Faaliyetleri çerçevesinde Türkiye'de GKAS'ın sağlık durumunun iyileştirilmesi amacıyla "Personel Eğitimi" planlanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı, hedef gruplara daha iyi sağlık hizmeti sunumunu sağlamak üzere, 181 Göçmen Sağlığı Merkezi kurmuştur. Bu bağlamda, 1. ve 2. basamak sağlık kurumlarında GKAS ile doğrudan çalışan 2520 sağlık personeline göç ve sağlıkle ilgili konularda eğitimler verilmesi SIHHAT Projesi'nin bileşenlerinden birisini oluşturmaktadır.

Eğitim faaliyetlerinin amacı; GKAS'lara sağlık hizmetleri sunan personelin göç ve göçmen sağlığı konusunda bilgilerinin ve farkındalıklarının artırılması, tutumlarının olumlu istendik yönde geliştirilmesi; farklı illerden ve değişik sağlık meslek gruplardan oluşan kişileri bir araya getirerek deneyimlerin paylaşılmasına olanak sağlanması; böylece hizmetlerinin kalitesini artırılmasına, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılmasına, var olan erişim engellerinin saptanarak çözüm önerileri geliştirilmesine ve Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından geniş kapsamlı olarak yürütülen sağlık hizmetlerine katkı sunmak ve desteklemektir.

3.Eğitim İçin Hazırlık Süreci

3.1.Eğitim İçeriğinin Hazırlanması

Eğitimlerle ilgili çalışmalar 2019 Şubat ayında başlamış olup, bu kapsamda eğitim takvimi ve modülde yer verilecek konulara ilişkin ayrıntılı planlama süreçleri yürütülmüş, bu amaçla da 7 ilde toplam 450 sağlık çalışanına yönelik uygulanan "eğitim ihtiyaç analizi "ile "Eğitimde İhtiyaç Duyulan Konular" hakkında bilgiler toplanmıştır. Ayrıca, derslerin içeriğinin hazırlanması, derslerin işlenmesi ve sunulması için ekipte yer alacak akademisyenler ve diğer uzmanlarla yoğun çalışmalar yapılmıştır. Eğitim içeriğine son halinin verilmesi için Antalya'da 27 Şubat-01 Mart 2019 tarihleri arasında "Sağlık

Personeli Eğitimi Çalıştayı (SPEÇ)" düzenlenmiştir. EİA sonuçlarına göre kilit uzmanlar tarafından belirlenen eğitim konuları, farklı üniversite, fakülte ve anabilim dallarından öğretim üyeleri, UNHCR, UNFPA ve DSÖ temsilcileri, GKAS'lara sağlık hizmeti sunanlardan ve Bakanlık temsilcilerinden oluşan 60 kişilik katılımcı bir ekiple tartışılmıştır. Çalıştay katılımcıları uzmanlık alanlarına göre sekiz gruba ayrılmış ve kendilerinden çalıştıkları konulara ait amaç, öğrenme hedefleri, çıktılar ve eğitim modülü önerileri hazırlamaları istenmiştir. Çalıştay çıktıları T.C.Sağlık Bakanlığı (Faydalanıcı) yetkilileri ile yapılan çeşitli değerlendirme toplantıları ile irdelenmiş, eğitim konuları saptanarak, eğitimlerde kullanılacak modüller hazırlanmıştır. Bu çalışmalar sonucunda belirlenen ders konuları;

- Göç ve Halk Sağlığı
- Göç ile İlgili Hukuksal Tanımlar ve Mevzuat
- Göç Eden Yabancılar ve GKAS için Sağlık Hizmetleri Teşkilatlanması
- Göç, Bebek- Çocuk ve Ergen Sağlığı
- Göç ve Üreme Sağlığı
- Göç ve Çevre Sağlığı
- Kültürlerarası İletişim
- İletişim Becerileri
- Göç ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
- Göç ve Aşılama
- Göç ve Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü ve Sürveyans
- Göç ve Ruh Sağlığı
- Stres Yönetimi / Özbakım, olarak belirlenmiştir.
- Katılımcılar Hakkında Bilgi

- Eğitim öncesi ve sonrası uygulanan testlerle bilgi düzeyleri arasındaki farkın değerlendirilmesi (25 soruluk form),
- Eğitim öncesi ve sonrası uygulanan tutumun değerlendirilmesi (12 soruluk form),
- Günlük ders değerlendirmeleri
- Gün sonu alınan sözlü geri bildirimlerin değerlendirilmesi

Proje kapsamında verilecek eğitimlerin tarihleri belirlenerek, "Eğitim Takvimi ve Eğitim Programı" hazırlanmıştır. Eğiticilerle ayrı ayrı görüşmeler yapılmış, 65 kişiden oluşan "Eğitici Havuzu" oluşturulmuş ve eğiticilerin T.C.Sağlık Bakanlığı'ndan onayları alınmıştır.

Antalya Çalıştayı sonrası son şekli verilen eğitim konu ve içerikleri, 02-03 Nisan 2019 tarihleri arasında Antalya düzenlenen "Eğitici Standardizasyon Çalıştayı"nda eğitici ve katılımcı rehberleri, sunumlar, görseller, faaliyet planları, eğiticilerin eğitim takvimine göre planlanmaları, ön test ve son test soruları ve cevap anahtarlarını içeren modüller haline getirilmiştir. "Eğitici Standardizasyon

Çalıştayı"na, eğitimi verecek eğiticilerden her modül için en az üç kişi olmak üzere toplam 40 kişi davet edilmiştir. Standardize edilen modüller, AB görünürlük kuralları çerçevesinde hazırlanmış ve Faydalanıcı'nın onayına sunulmuştur. Eğitici ve Katılımcı Rehberi olarak hazırlanan doküman ve sunumlar Faydalanıcı'nın yetkilileri ve ilgili daire başkanlıkları tarafından incelenmiş, 08 Nisan 2019 tarihinde onaylandıktan sonra genel ders programı ve sınıf listeleri hazırlanmıştır. Eğiticilerin planlamasına uygun olarak 2. ve 3. gün ders programlarında bazı turlarda değişiklikler yapılmıştır. Diğer taraftan katılımcılara çanta, USB, güç kaynağı, defter, kalem, kurşun / tükenmez kalem ve dosya gibi görünürlük araçları ve malzemeleri hazırlanmış, eğitimlerde katılımcılara dağıtılmıştır. Ayrıca eğitime katılacak katılımcı listelerindeki personelin ulaşım ve konaklama hizmetleri ile yüklenici tarafından yürütülmüştür. .

Eğitimin amaç ve hedefleri ile ders programını içeren eğitim bilgi notu ve katılımcı rehberi, katılımcılara eğitimden önce e-posta yoluyla gönderilmiştir.

3.2.Eğiticilerin ve Günlük Programın Belirlenmesi

Eğiticiler göç ve göçmen sağlığı konusunda çalışmaları olan konularında uzman kişilerden oluşmaktadır. "Göç Eden Yabancılar ve GKAS için Sağlık Hizmetlerinin Teşkilatlanması" konulu ders için Faydalanıcı talebi ile bir Sağlık Bakanlığı temsilcisinin görevlendirilmesi uygun bulunmuştur. Eğiticilerle yapılan görüşmeler sonrasında eğitim programına karar verilmiştir. Eğitimlerin dört paralel sınıfta eş zamanlı olarak yapılması planlanmıştır

Eğitime katılacak 2520 sağlık personeli isim listesi, Faydalanıcı tarafından hazırlanmıştır.

4. Eğitimin Değerlendirilmesi

EİA ile belirlenerek akademik, teknik ve idari değerlendirmeler sonucunda modül haline getirilen eğitim planları ile Proje teklifinde tanımlanan aşağıdaki değerlendirmeler yapılmıştır:

5. Veri Analizi

SIHHAT Sağlık Personeli Eğitimi kapsamında eğitimlere katılan katılımcılara bilgilerini değerlendirmek üzere bu projeye özgün olarak hazırlanan 25 soruluk form eğitim öncesi ve sonrası katılımcılara uygulanmıştır. Ön-son test sonuçları, kodlanarak veriler Microsoft Excel programına girildikten sonra SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) 24.0 versiyonunda analiz edilmiştir. Katılımcıların bilgi düzeylerinin değerlendirmek için, testte yer alan sorulara doğru yanıt verilen sorular 4 ile çarpılarak toplam 100 puan üzerinden toplam puan hesaplanmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyi farkının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi analiz edilmiş, bu fark normal dağılıma uymadığı için, eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri arasındaki farkın önemliliği / anlamlılığı için Wilcoxon testi yapılmıştır. Ayrıca her bir sorunun eğitim öncesi ve sonrası doğru yanıtlama yüzdesindeki değişimi incelemek için McNemar (Bağımlı Gruplarda Kikare) testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Her eğitimde açılış sonrasında eğitimler başlamadan önce ve eğitim bittikten sonra katılımcılara verilen 12 soru ile tutum ve davranışlarındaki değişim değerlendirilmiştir. Ölçekte 12 soru olup, her bir soruda kesinlikle katılmıyorum / katılmıyorum 1, kararsızım 0 ve kesinlikle katılıyorum / katılıyorum 2 puan olacak şekilde puanlama yapılmıştır. Soru kökü olumsuz olan 4. ve 10. sorularda ise ters puanlama yapılarak 0-36 puan elde edilebilmektedir. Elde edilen ham puan 36'ya bölünerek ve 100 ile çarpılarak toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası toplam puanlar arasındaki farkın önemlilik testi için Wilcoxon testi kullanılmıştır.

6. Bulgular

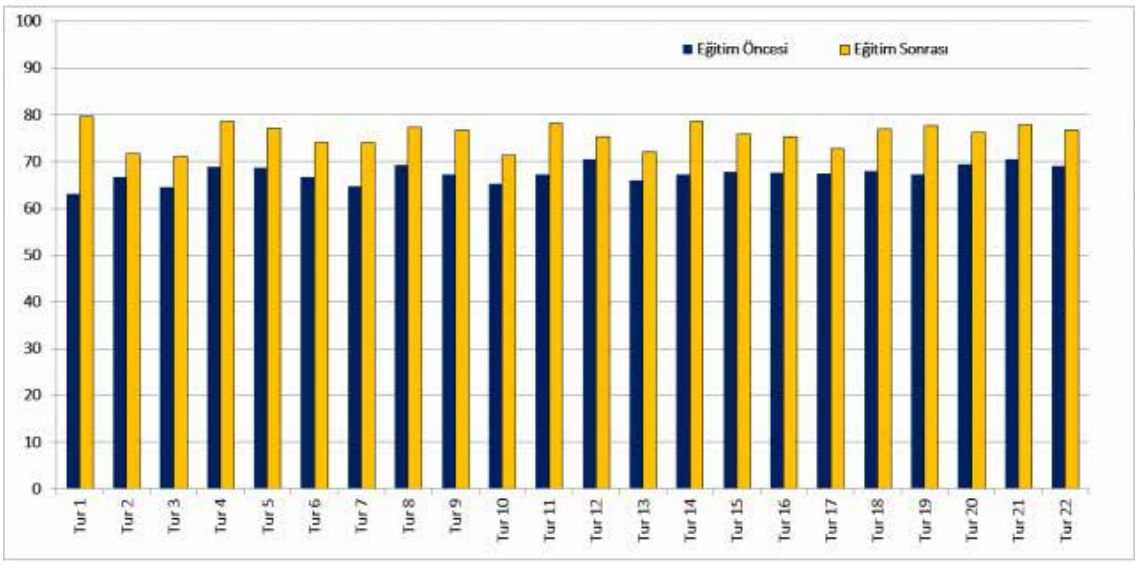
6.1. Eğitim Öncesi ve Sonrası Katılımcılarının Bilgilerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların eğitim öncesi bilgi puanları 67,6 ± 10,8 iken, eğitim sonrasında 75,8 ± 10,7'ye yükselmiştir ve aralarındaki bu fark istatistiksel açıdan çok önemli / anlamlı bulunmuştur (p<0,0005) (Tablo 1, Şekil 1, Şekil 2).

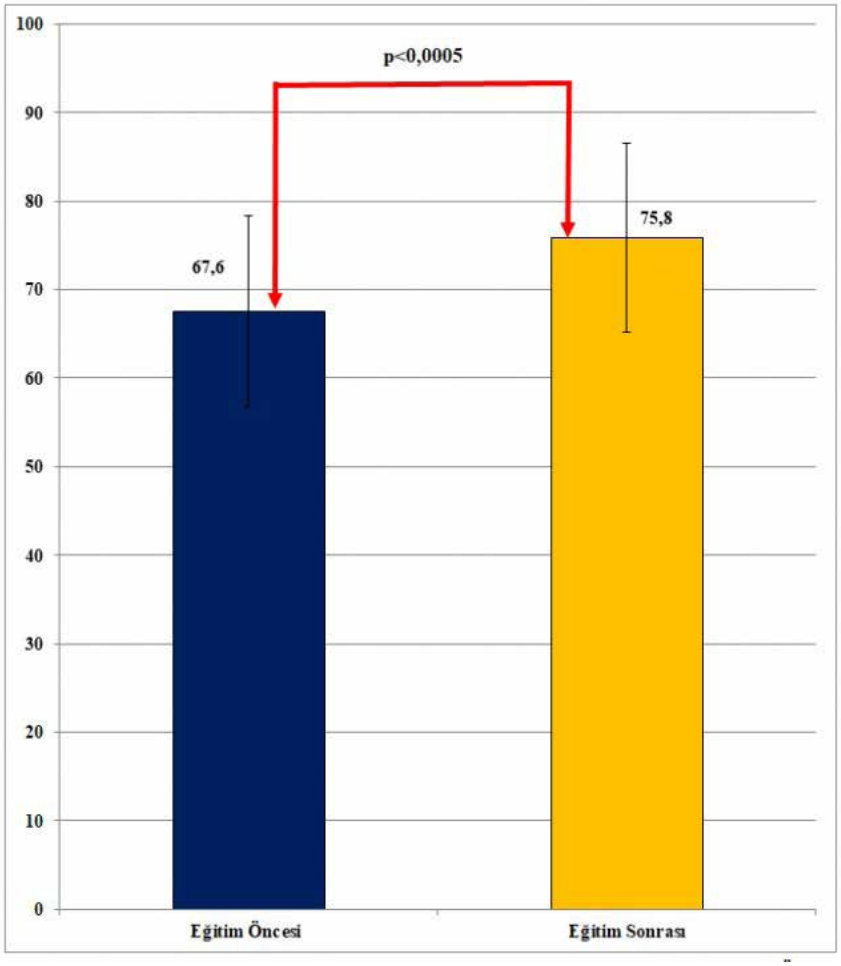
Verilerin analiz sonuçları eğitimin başarılı geçtiğinin en önemli göstergesi olup, eğitim konularının ve eğitim yöntemlerinin katılımcılar tarafından kabul gördüğünü, olumlu yönde katkı sağlandığını ifade eder niteliktedir.

Tablo 1. SIHHAT Projesi Sağlık Personeli Eğitim Bileşeni Kapsamında Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerindeki Değişimi

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		
	Arit.Ort.	SD	Arit.Ort.	SD	p
Tur 1	63,2	9,6	79,7	5,9	<0,0005
Tur 2	66,7	9,3	71,8	10,2	<0,0005
Tur 3	64,6	11,5	71,1	10,4	<0,0005
Tur 4	68,9	10,0	78,6	9,5	<0,0005
Tur 5	68,7	11,9	77,1	9,5	<0,0005
Tur 6	66,8	11,5	74,1	10,5	<0,0005
Tur 7	64,8	11,5	74,1	10,1	<0,0005
Tur 8	69,2	10,7	77,3	9,2	<0,0005
Tur 9	67,2	9,4	76,8	9,9	<0,0005
Tur 10	65,2	9,7	71,4	10,9	<0,0005
Tur 11	67,3	10,5	78,2	11,3	<0,0005
Tur 12	70,6	9,6	75,4	10,5	<0,0005
Tur 13	66,1	9,9	72,0	12,4	<0,0005
Tur 14	67,2	11,7	78,6	11,9	<0,0005
Tur 15	67,9	10,9	75,8	8,5	<0,0005
Tur 16	67,7	9,5	75,4	10,4	<0,0005
Tur 17	67,5	9,5	72,7	8,6	<0,0005
Tur 18	68,0	11,5	76,9	12,2	<0,0005
Tur 19	67,3	12,5	77,7	13,1	<0,0005
Tur 20	69,5	11,2	76,3	11,5	<0,0005
Tur 21	70,5	11,1	77,8	10,5	<0,0005
Tur 22	69,1	11,9	76,8	10,2	<0,0005
TOPLAM	**67,6**	**10,8**	**75,8**	**10,7**	<0,0005



Şekil 1. SIHHAT Projesi Sağlık Personeli Eğitim Bileşeni Kapsamında Katılımcıların Turlara Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerindeki Değişim (Tüm Turlar için Eğitim Öncesi vs. Sonrası p<0,05) (2019)



Şekil 2. SIHHAT Projesi Sağlık Personeli Eğitim Bileşeni Kapsamında Tüm Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerindeki Değişim (n=2011)

Bilgi düzeyini ölçmek için kullanılan testin her bir sorununun eğitim öncesi ve sonrası doğru yanıtlardaki değişimleri de Tablo:2'te sunulmuştur. Sadece 3 soruda (3., 13., ve 20. soru) eğitim öncesine göre sonrasında azalma görülmüş, bunlardan 13. ve 20. sorulardaki azalmanın istatistiksel açıdan önemli / anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Geriye kalan 22 soruda olumlu yönde değişim izlenmiş ve bunların 18'inde bu değişim istatistiksel olarak önemli / anlamlı bulunmuştur

Tablo 2. SIHHAT Projesi Sağlık Personeli Eğitim Bileşeni Tüm Katılımcılarının Bilgi Düzeyi Testindeki Her Bir Sorunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Değişimi (n=2011)

	Eğitim Öncesi Doğru Yanıt		Eğitim Sonrası Doğru Yanıt		p
Soru No	Sayı	%	Sayı	%	
1. soru	595	29,6	1194	59,4	<0,0005
2. soru	1455	72,4	1534	76,3	<0,0005
3. soru	1998	98,9	1985	98,7	0,755
4. soru	1648	81,9	1781	88,6	<0,0005
5. soru	1664	82,7	1859	92,4	<0,0005
6. soru	1815	90,3	1865	92,7	0,003
7. soru	439	21,8	621	30,9	<0,0005
8. soru	1627	80,9	1883	93,6	<0,0005
9. soru	377	18,7	920	45,7	<0,0005
10. soru	1587	79,0	1592	79,2	0,848
11. soru	1762	87,6	1816	90,3	0,001
12. soru	1819	90,5	1821	90,6	0,949
13. soru	1748	86,9	1712	85,1	*0,046*
14. soru	1996	99,3	2002	99,6	0,307
15. soru	1993	99,1	1195	99,2	0,856
16. soru	734	36,5	1171	58,2	<0,0005
17. soru	1646	81,8	1733	86,2	<0,0005
18. soru	1053	52,4	1547	76,9	<0,0005
19. soru	1361	67,7	1634	81,3	<0,0005
20. soru	406	20,2	272	13,5	*<0,0005*
21. soru	1797	89,4	1916	95,3	<0,0005
22. soru	879	43,7	1583	78,7	<0,0005
23. soru	1770	88,0	1834	91,2	<0,0005
24. soru	842	41,9	1112	55,3	<0,0005
25. soru	868	43,2	1413	70,3	<0,0005

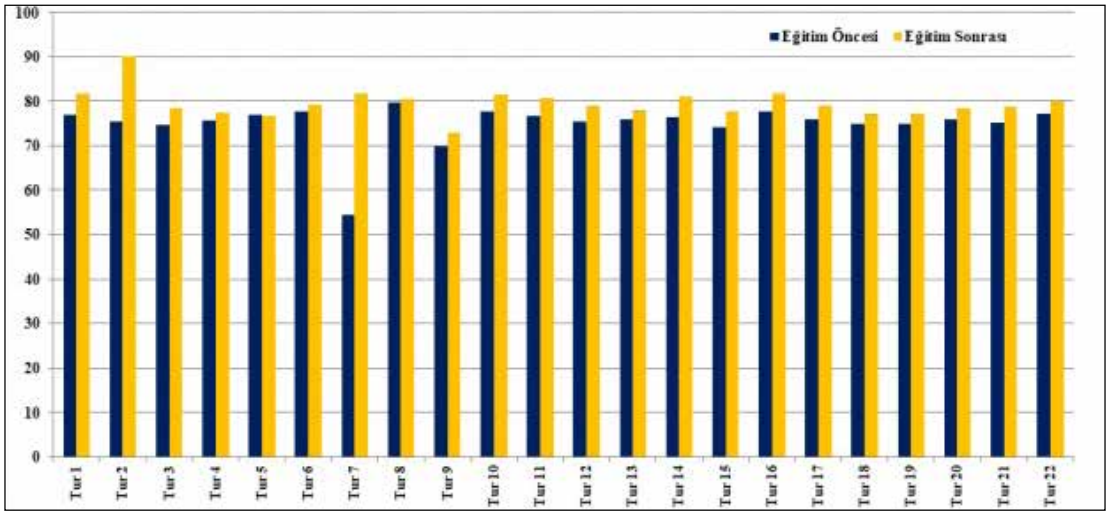
6.2. Eğitim Öncesi ve Sonrası Katılımcıların Tutumlarının Değerlendirilmesi

Eğitim öncesi tutum puan ortalaması 75,3 ± 9,3 iken, eğitim sonrasında bu düzey 79,0 ± 9,1 puana yükselmiştir. Aradaki bu fark, istatistiksel açıdan önemli / anlamlı bulunmuştur ($p<0,0005$).

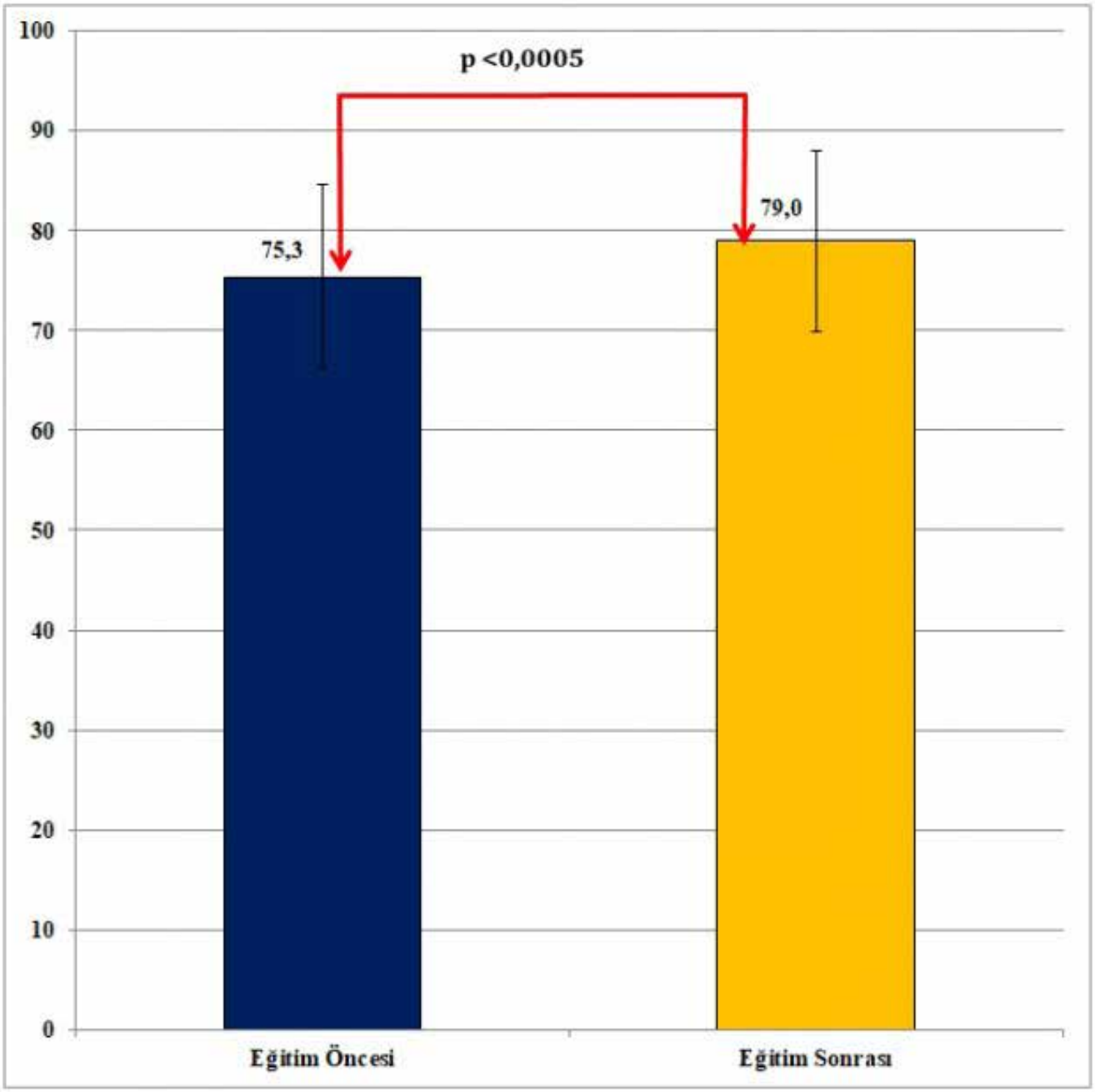
Eğitim öncesi ve sonrası tutum sonuçları arasındaki bu istatistiksel farklılık, eğitimin katılımcıların tutumları üzerinde olumlu değişiklik yaptığının göstergesidir (Tablo 3, Şekil 3, Şekil 4).

Tablo 3. SIHHAT Projesi Sağlık Personeli Eğitim Bileşeni Kapsamında Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Sonrası Tutum Düzeylerindeki Değişim

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		
	Arit.Ort.	SD	Arit.Ort.	SD	p
Tur 1	76,9	9,0	81,7	7,2	**<0,0005**
Tur 2	75,4	8,5	90,0	2,4	0,180
Tur 3	74,6	7,3	78,5	6,9	**<0,0005**
Tur 4	75,6	7,1	77,5	9,0	**0,002**
Tur 5	76,9	9,3	76,8	10,2	0,503
Tur 6	77,8	10,1	79,3	7,6	0,548
Tur 7	54,3	8,1	81,8	7,9	**<0,0005**
Tur 8	79,6	7,8	80,5	9,5	**0,036**
Tur 9	69,7	5,0	72,9	6,1	**<0,0005**
Tur 10	77,6	5,7	81,6	7,0	**<0,0005**
Tur 11	76,7	9,2	80,8	8,9	**<0,0005**
Tur 12	75,5	8,9	78,9	9,9	**0,002**
Tur 13	76,0	9,1	77,9	7,2	**0,036**
Tur 14	76,5	10,8	80,9	5,9	**0,001**
Tur 15	74,2	9,4	77,7	8,7	**0,001**
Tur 16	77,7	8,2	81,7	7,7	**<0,0005**
Tur 17	75,8	7,9	78,9	11,0	**<0,0005**
Tur 18	74,9	7,5	77,1	10,8	**<0,0005**
Tur 19	74,8	9,6	77,1	9,7	**0,043**
Tur 20	76,0	7,4	78,6	9,9	**<0,0005**
Tur 21	75,2	8,6	78,6	9,5	**<0,0005**
Tur 22	77,2	6,9	79,9	10,7	**<0,0005**
TOPLAM	**75,3**	**9,3**	**79,0**	**9,1**	**<0,0005**



Şekil 3. SIHHAT Projesi Sağlık Personeli Eğitim Bileşeni Kapsamında Katılımcıların Turlara Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Tutum Düzeylerindeki Değişim



Şekil 4. SIHHAT Projesi Sağlık Personeli Eğitim Bileşeni Kapsamında Tüm Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Sonrası Tutum Düzeylerindeki Değişim (n=1873)

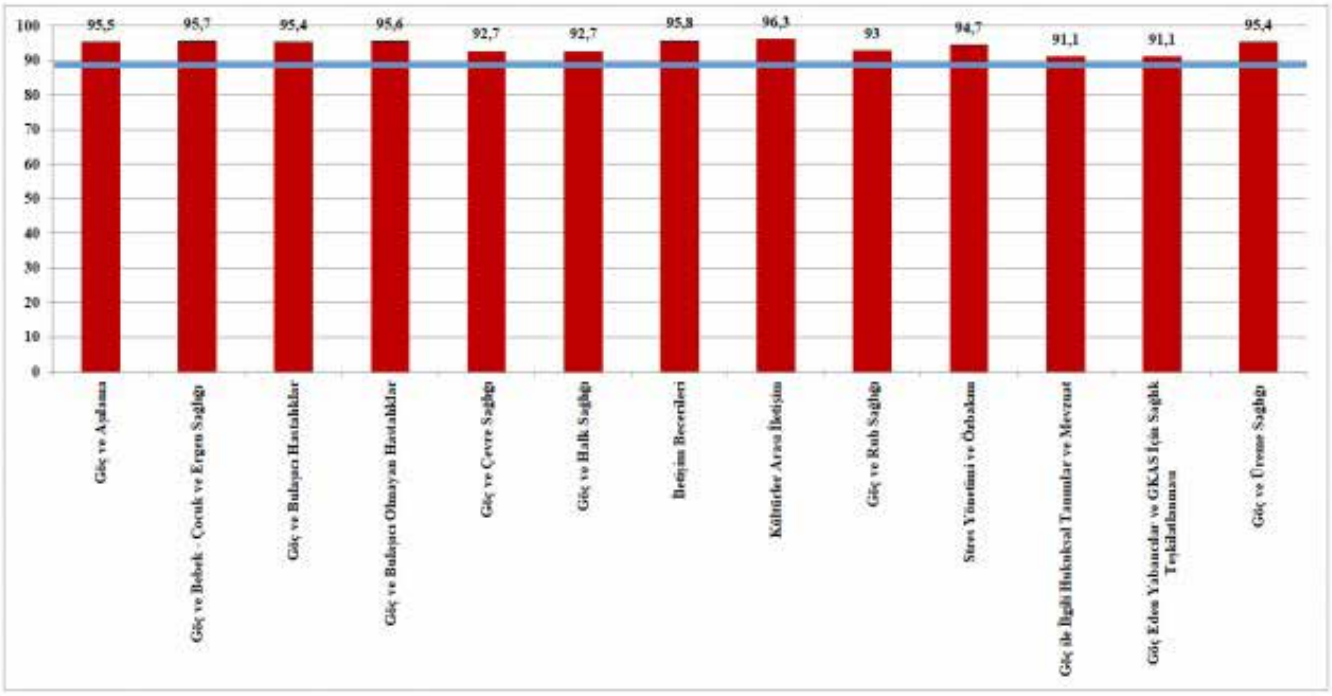
Katılımcıların tutum ile ilgili uygulanan 12 soruluk formdaki her bir soru için verilen yanıtlar da Tablo: 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. SIHHAT Projesi Sağlık Personeli Eğitimi Tüm Katılımcılarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Tutumla İlgili Hazırlanan Formdaki Sorulara Verdikleri Yanıtların Değişimi (n=1873)

	Eğitim Öncesi						Eğitim Sonrası					
	Kesinlikle Katılıyorum /Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum /Katılmıyorum		Kararsızım		Kesinlikle Katılıyorum /Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum /Katılmıyorum		Kararsızım	
BTDÖ Soruları	**Sayı**	**%***	**Sayı**	**%***	**Sayı**	**%***	**Sayı**	**%***	**Sayı**	**%***	**Sayı**	**%***
1. Göçün sağlık üzerine etkilerini bilerek hizmet veririm.	1580	84,4	155	8,3	138	7,4	1617	86,3	140	7,5	116	6,2
2. GKAS'lere ön yargısız hizmet veririm.	1532	81,8	146	7,8	195	10,4	1572	83,9	124	6,6	177	9,5
3. GKAS'lere ulusal aşı takvimimize uygun şekilde aşı uygulanmasını desteklerim.	1699	90,7	134	7,2	40	2,1	1646	87,9	117	6,2	110	5,9
4. GKAS hastalara hizmet sunarken akılcı ilaç kullanımı uygulamasında zorluk çekerim.	781	41,7	626	33,4	466	24,9	770	41,1	708	37,8	395	21,1
5. GKAS ve Türk vatandaşı olan hastaların farklı sağlık merkezlerinde hizmet almalarını desteklerim.	1107	59,1	432	23,1	334	17,8	972	51,9	507	27,1	394	21,0
6. GKAS hastalara ücretsiz temel ve koruyucu sağlık hizmeti verilmesini desteklerim.	1369	73,1	254	13,6	250	13,3	1378	73,6	245	13,1	250	13,3
7. GKAS hastaların ilaç alırken katkı payı ödemelerini desteklerim.	1159	61,9	324	17,3	390	20,8	1051	56,1	362	19,3	460	24,6
8. GKAS hastalar için ana dillerinde hizmet veren personelin istihdam edildiği sağlık merkezlerini desteklerim.	1500	80,1	217	11,6	156	8,3	1513	80,8	160	8,5	200	10,7
9. GKAS'lerin sağlığa ilişkin yaşam şekillerine yönelik eğitim verilmesini desteklerim.	1649	88,0	145	7,7	79	4,2	1609	85,9	124	6,6	140	7,5
10. GKAS'lere sağlık hizmeti sunma sürecinde iletişim kurmada zorluk çekerim.	1306	69,7	378	20,2	189	10,1	1237	66,0	354	18,9	282	15,1
11. GKAS'lerin sağlık kayıtlarının Türkiye'deki sağlık hizmetleri veri tabanına işlenmesini desteklerim.	1518	81,0	176	9,4	179	9,6	1552	82,9	114	6,1	207	11,1
12. GKAS'lere sağlık hizmetleri sunarken kaçırılmış fırsatları önemserim.	1423	76,0	115	6,1	335	17,9	1545	82,5	101	5,4	227	12,1

6.3. Eğitim Değerlendirme Formlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların 3 gün boyunca aldıkları derslerle ilgili memnuniyet puanlarının dağılımları Şekil 5 sunulmuştur. Bütün dersler için katılımcıların görüşleri olumlu ve memnuniyetleri oldukça yüksek düzeydedir.



Şekil 5. SIHHAT Projesi Sağlık Personeli Eğitim Bileşeni Kapsamında Katılımcıların Tüm Derslerden Memnuniyet Düzeyleri

7. Sonuç Ve Değerlendirme

SIHHAT Projesi Sağlık Personeli Eğitimi Bileşeni kapsamında, 22 tur şeklinde gerçekleştirilen eğitimler sonucunda;

Katılımcıların bilgi ve tutumlarında olumlu ve istendik yönde değişime neden olmuştur. Tüm derslerden memnuniyet düzeyi %90'ın üzerindedir.

İnteraktif eğitimlerle yürütülen tüm eğitimlerin niteliği ve kalitesi hakkında katılımcılar olumlu yönde görüş bildirmişlerdir.

GELENEKSEL TIP UYGULAMALARI ÜZERİNDEN SAĞLIK İLETİŞİMİ VE SAĞLIK-İNANÇ İLİŞKİSİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Gülşah ARVAS OYMAK
İstanbul Üniversitesi
azraarvasglsh@icloud.com

Günümüzde sağlık konusunun çok daha fazla öne çıktığı bir dönemde özellikle sağlığa yaklaşımlar arasındaki paradigmasal değişimler sağlık iletişiminin önemini de tekrar gündeme getirmiştir. Kişilerin sağlık davranışları da bu değişimler altında dolaylı olarak değişiklik göstermekte ve sağlık yönelimleri arasında otorite olan Modern Tıbbın yanında, Geleneksel Tıbba (GT) da yöneldikleri görülmektedir. Bu bildiride de GT ile MT'nin perspektiflerinden sağlık iletişimi konusu ve sağlık iletişiminin bütüncül tıp içerisinde insanın en önemli bileşenlerinden olan dini-manevi öğelerle olan ilişkisi ele alınacaktır. Sağlık iletişimi söz konusu olduğu zaman her ne kadar tıbbın konusu olarak görülse de içinde iletişim de olduğu için sosyal bilimlerin de çalışma alanına girmektedir. İnsani ilişkilerin olduğu ve bu ilişkilere yönelik olguların incelendiği her durum sosyal bilimciler tarafından konuşulabilir. Buna dayanarak sağlık bilimciler konuyu fizyoloji ile ilişkili sağlık ve hastalık tanımları üzerinden ele alırken sosyal bilimciler de kültürel, psikolojik, sosyolojik ve manevi boyutlarına vurgu yaparak konuyu bir başka yönüyle ele almışlardır (Baltaş, 2004). Tüm bunlardan hareketle bu bildirinin amaçları ise şu şekilde sıralanabilir;

(i) GT ve MT karşılaştırmasını sağlık iletişimi bakımından sağlık çalışanları hasta ve hasta yakınlarının bakış açısıyla yapmak,

(ii) Bütüncül tıp yaklaşımının sağlık iletişimine yansımasını, sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınlarına göre GT ve MT üzerinden anlamak,

(iii) Din ve sağlık ilişkisini sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakını açısından değerlendirmek.

Sağlık iletişimini geleneksel ve tamamlayıcı tıp üzerinden ele alarak değerlendiren bu araştırma derinlemesine bir analiz yapabilmek amacıyla nitel araştırma yöntemiyle çalışılmıştır. Araştırmada, verilerin toplanması için mülakat yöntemi kullanılmıştır. Mülakat tekniği ile yapılan bu nitel çalışmada desen olarak da durum çalışması tercih edilmiştir (Creswell, 2017). Bu çalışma 2020-2021 yılları arasında Gülüşan Gökcen'in[1] proje yürütücülüğünü yaptığı "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Üzerinden Sağlık Davranış ve İletişimi" isimli araştırma projesinden üretilmiştir (Gökcen, ve diğerleri, 2021). Araştırmanın çalışma grubu amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Çalışmada tercih edilen bir diğer örnekleme türü ise kartopu örneklemedir. Bu bağlamda sağlık çalışanları belirlenirken sağlık uzmanı olmaları, GT uygulamasına yönelen hastaların şikayetleriyle ilgili bölümlerde uzman olması ve GT uygulayıcısı olmaması ölçüt alınmıştır. Hasta

ve hasta yakını katılımcılar ise, hastanın GT uygulamalarına uzun süren tedavilerde başvurması, yakınının ise GT uygulamalarına bizzat şahit olan yakın akraba olma kriterine göre seçilmiştir. 12 sağlık çalışanı, 5 hasta ve 5 hasta yakınından oluşan toplam 22 katılımcının 15'i kadın 7'si erkektir.

	KOD	CİNSİYET	YAŞ	MEDENİ DURUM	EĞİTİM DURUMU	MESLEK	BRANŞ	MESLEKİ TECRÜBE
1.	DR.K1	Kadın	47	Evli	Lisans	Doktor	Kadın Doğum	23 yıl
2.	DR.K2	Kadın	39	Evli	Yüksek Lisans	Doktor	Pratisyen Hekim	13 yıl
3.	DR.K3	Erkek	47	Evli	Doktora	Doktor	Aile Hekimi	24 yıl
4.	DR.K4	Kadın	35	Evli	Doktora	Doktor	Kadın Doğum	8 yıl
5.	DR.K8	Erkek	32	Evli	Yüksek Lisans	Doktor	Aile Hekimi	8 yıl
6.	DR.K9	Kadın	51	Evli	Yüksek Lisans	Doktor	Aile Hekimi	28 yıl
7.	DR.K10	Erkek	55	Evli	Doktora	Doktor	Onkolog	29 yıl
8.	ECZ.K6	Kadın	47	Evli	Doktora	Eczacı	Eczacı	26 yıl
9.	ECZ.K7	Kadın	45	Evli	Yüksek Lisans	Eczacı	Eczacı	22 yıl
10.	PSK.K5	Erkek	31	Evli	Yüksek Lisans	Psikolog	Klinik Psikolog	7 yıl
11.	PSK.K12	Erkek	35	Evli	Doktora	Psikiyatr	Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi	10 yıl
12.	HMŞ.K11	Kadın	42	Evli	Yüksek Lisans	Hemşire	Onkoloji Hemşiresi	26 yıl

	KOD	CİNSİYET	YAŞ	MEDENİ DURUM	EĞİTİM DURUMU	MESLEK	ŞEHİR	GELİR DÜZEYİ	RAHATSIZLIK
1.	H1	Erkek	35	Evli	Lisansüstü	Araştırma Görevlisi	İstanbul	Orta	Ortopedi (bel fıtığı)
2.	H2	Erkek	36	Evli	Lisansüstü	Araştırma Görevlisi	Van	Orta	Dermatoloji (alerji)
3.	H3	Kadın	42	Evli	İlkokul	Ev hanımı	Gaziantep	Yüksek	Dahiliye (tiroid ve safra kesesi)
4.	H4	Kadın	53	Evli	Lisansüstü	Ev hanımı	Aksaray	Yüksek	Onkoloji (göğüs kanseri)
5.	H5	Kadın	52	Evli	Lise	Ev hanımı	İstanbul	Yüksek	Genel Cerrahi (göğüste kitle)
6.	HY1	Kadın	20	Bekar	Lisans	Öğrenci	İstanbul	Yüksek	Genel Cerrahi (göğüste kitle)
7.	HY2	Kadın	33	Evli	Ortaokul	Ev hanımı	İstanbul	Düşük	Dahiliye (akciğer rahatsızlığı)
8.	HY3	Kadın	32	Evli	Ortaokul	Ev hanımı	İstanbul	Yüksek	Onkoloji (akciğer kanseri)
9.	HY4	Kadın	50	Evli	Lise	Hemşire	Manisa	Orta	Onkoloji (kolon kanseri)
10.	HY5	Kadın	32	Evli	Lisans	Ev hanımı	Van	Orta	Kardiyoloji (kalp rahatsızlığı)

[1] Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, gulusan.gocen@istanbul.edu.tr

1. Sağlık Çalışanlarının, Hasta Ve Hasta Yakınlarının Geleneksel Tıbbın Ne'liğine Dair Görüşleri

GT'yi derinlemesine konuşabilmek, inceleyebilmek ve daha geniş bir çerçevede ele alabilmek için öncelikle GT'nin ne'liği üzerinde durmak gerekmektedir. Bu amaç doğrultusunda araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarına, hasta ve hasta yakınlarına GT'yi nasıl tanımladıklarını öğrenebilmek için "Geleneksel tıp deyince aklınıza ne geliyor?" ve "Geleneksel tıp uygulamalarını nasıl tanımlarsınız?" sorusu sorulmuştur.

GT ve GT uygulamalarını tanımlarken sağlık çalışanlarının neredeyse tamamının gelenekten geliyor olması üzerinde durduğu görülmüştür. Katılımcılardan 4'ü GT'nin tamamlayıcı-bütünleyici olmasına değinirken, katılımcılarımızdan1'i GT'nin MT'ye alternatif olmadığı bununla beraber günümüzde birbirine entegre edilmesi gerektiğini bu entegrasyon sonucunda GT'nin işlevsellik kazanacağını şu sözlerle ifade etmiştir; ""Ben geleneksel tıp ve tamamlayıcı tıbbın geçmişten aldığımız bilgilerle, şimdiki deneyimlerimizle daha doğru olduğunu düşünüyorum. Dediğim gibi geç kalınmış, geç sahip çıkılmış tedavi yöntemleri ama mutlaka modern tıpla bütünleşmesi gerektiği inancındayım. Modern tıpta, özellikle kronik hastalıkların üzerinde, bilginin yetersiz kaldığı durumlarda, 'Bir de bunu deneyelim.' deyip de gerçekten etkinliğini ve başarısını gören çok fazla hasta var" (DR, K2,

39, Kadın). Diğer sağlık çalışanı katılımcılarımız da "Tıbbı herhangi bir şekilde ayrımlandırılacak bir alan olarak, geleneksel tıp ayrı geleneksel olmayan tıp ayrı gibi düşünmemek lazım." (DR, K10, 55, Erkek), "Geleneksel tıp deyince aklıma modern tıbba alternatif bir tıp gelmiyor." (DR, K5, 31, Erkek) gibi ifadelerle tıbbın alternatifi olmayacağını, tıbbın geleneksel ya da alternatif gibi tanımlarla bölünebilecek bir alan olmadığını belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanı katılımcılarımızdan 2'si ise GT'nin koruyucu hekimlik yönüne vurgu yaparak semptomları yok etme amacıyla hastalıkların kökenine inmeye çalışan tıp olduğuna vurguda bulunmuşlardır. Doktor katılımcımız konuyu şu sözlerle açıklamıştır; "Batı tıbbı, genelde Ortodoks tıbbı hastalık ortaya çıktığında tedavi ediyor ama tamamlayıcı tıp en azından sinekleri öldürmek değil de bataklığı kurutma amacında. Ben de o yüzden, kökenine inip, bütüncül yaklaşıp, kökten yaklaşıp semptomlarla uğraşmayalım diye GT diyorum." (DR, K4, 35, Kadın). Yine bir diğer doktor katılımcımız ise MT'nin sadece semptomlarla ilgilendiğini hastalıkların kökenine inmediğini "Modern tıbba daha çok kanıta dayalı, endüstriyel tıp gözüyle bakıyoruz. Sadece bedenle uğraşan, sadece insanların çıktılarıyla yani tetkik, tahlil ve neticeleriyle uğraşan ve bunlar üzerinden semptomları, belirtileri yok etmeye çalışan ama asıl sebebe sonradan gelemeyen bir tıp anlayış" (DR, K3, 47, Erkek) şeklindeki ifadeleriyle eleştirmiştir. Sağlık çalışanı katılımcılarımızın GT'nin ne'liğini tanımlama yollarından bir diğeri ise GT'nin MT üzerinden tanımlanması şeklinde olmuştur. GT ve MT'nin bütünselliğini göstermesi açısından bu şekilde bir tanımlama yoluna gitmek sağlık çalışanları açısından önemli görülmüştür. Katılımcılarımızın ifadelerini burada doğrudan aktarmak konunun açıklayıcılığı açısından önemlidir. Örneğin özellikle ülkemizde GT'nin aslında MT'ye ve onun kibrine bir eleştiri niteliğinde olduğunu şu cümlelerle ifade etmesi dikkat çekmiştir: "Türkiye için konuşuyorum tabi… Ve modern tıp tepkisi, modern tıbba eleştiri, modern tıbbın kibri, kibirli olması. Bunlardan bir cümle kuracak olsak GT'i büyük oranda herhalde tanımlamış oluruz" (DR, K8, 32, Erkek).

Aynı şekilde diğer sağlık çalışanlarının da bu söylemi pekiştiren ifadeleri olmuştur: "Modern tıbbın tanımını yaparsak, ondan sonra geriye kalanlar diyebiliriz" (DR, K3, 47, Erkek).

[Geleneksel tıp] Modern tıbbın Türk Akademisi ile uzaklaştırılmış, hiç görmezden gelinmiş bir alanı gibi görünüyor (DR, K1, 47, Kadın).

Sağlık çalışanları GT uygulamalarını tanımlarken bu uygulamaları belirli bir kültüre, mekâna, medeniyete ve uygulandıkları döneme dayandırarak da tanımlama yoluna gitmişlerdir. Peygamber Efendimiz zamanında, Osmanlı döneminde ve MT öncesinde kullanılan uygulamalar olduğunu ifade etmişler ve GT uygulamalarının kadimliğine de bu şekilde değinmişlerdir: Daha ziyade halk tarafından benimsenmiş, cumhuriyetten önce, Osmanlı döneminde kullanılmış ama şu anda da kullanımda olmayan yani modern, Ortodoks tıbbının kabul etmediği, kullanımda olmayan bir tıp diye düşünüyorum (DR, K9, 51, Kadın).

Efendimiz (sas) zamanında kullanılan, uzun süredir kullanımı olmayan (DR, K12, 35, Erkek).

Buraya kadar sağlık çalışanlarının GT'yi nasıl tanımladığı, hangi özelliklerini öne çıkardığını ele aldık.

Burada ise araştırmamızın bir diğer katılımcı grubu olan hasta ve hasta yakınlarının GT'yi nasıl tanımladığı üzerinde duracağız. Sağlık çalışanlarına olduğu gibi hasta ve hasta yakınlarına da "Geleneksel tıp deyince aklınıza ne geliyor?" sorusu yöneltilmiştir. Buna göre GT'nin ne'liğini tanımlarken katılımcıların 5'i GT ve MT isimlendirmelerinden hareketle tanımlama yaparken 5'i ise GT ve MT'yi karşılaştırmıştır. 3 katılımcı GT'yi "uygulanması ve nesnesi açısından" değerlendirirken, 3 katılımcı "sosyo-psiko-ekonomik açıdan" ve son olarak da 1 katılımcı "uygulayıcısı açısından" tanımlamaya çalışmıştır. GT ile MT'yi karşılaştırarak GT'yi tanımlama yoluna giden katılımcılardan biri "MT genellemeci iken, GT herkese aynı dozda ilaç vermiyor. Kapitalizmden uzak tıp. (...) Hekim ile doktor arasındaki fark GT-MT farkını gösterir." (H2, 36, Erkek) ifadeleriyle GT'nin bireylerin sağlıklarını genellemecilikten uzak özel bir ilgi ile ele aldığını ifade etmiştir. Bunun yanı sıra bir diğer hasta ise GT'yi "Kontrollü yan etkisi olan tıp." (HY2, 33, Kadın) şeklinde tanımlayarak MT'de uygulanan tedavilerin yan etkilerinin kontrollü olmadığı ancak aksine GT'nin hastalarla bireysel olarak daha çok ilgilendiği ve bu nedenle de yan etkisinin de kontrollü olduğunu ifade etmiştir. GT'nin hasta ve hasta yakınlarınca tanımlanma şekillerinden bir diğerinin ise GT geleneğinin isimlendirilme şekliyle oluştuğu görülmüştür. Buna göre katılımcılardan 3'ünün GT'yi "alternatif tıp" olarak, 1'inin "tamamlayıcı tıp" olarak 1'inin ise sünnetin de içinde olduğu tıp olarak tanımladığı görülmüştür.

GT'yi nasıl uygulandığı ve bu uygulamalarda hangi nesnelerin kullanıldığına göre tanımlayan hasta ve hasta yakını katılımcılardan 5'i bitkileri, 3'ü hacamatı, 3'ü sülüğü, 1'i sarı kantaronu ve 1'i de bal ve pekmezle yapılan ilaçları söylemiştir. Hasta ve hasta yakını örneklemesinden GT'yi "Atadan gelen [tıp]..." (H4, 53, Kadın) olarak tanımlayan katılımcı GT'nin sosyo-kültürel arka planına işaret ederken, "Bireyin kendisini psikolojik olarak iyi ve güvende hissettiği tıp..." (H5, 52, Kadın) olarak tanımlayan katılımcı bu uygulamaların bireydeki psikolojik yansımalarına dikkat çekmiş ve son olarak GT'nin ne'liğini "Kapitalizmden uzak tıp..." (H2, 36, Erkek) şeklinde ifade eden katılımcı ise GT'yi ekonomi odaklı tanımlamıştır.

GT tanımlamalarının sonuncusu olarak ise bir katılımcının doktor-hekim farkı üzerinden, GT'nin kimler tarafından uygulandığının önemine dikkat çekerek yaptığı şu tanımlama ifadesidir: Bazı doktorlar özellikle hekim ifadesini kullanır. Hekim ile doktor arasındaki fark; geleneksel tıp ile modern tıp arasındaki farkı gösteriyor (H2, 36, Erkek).

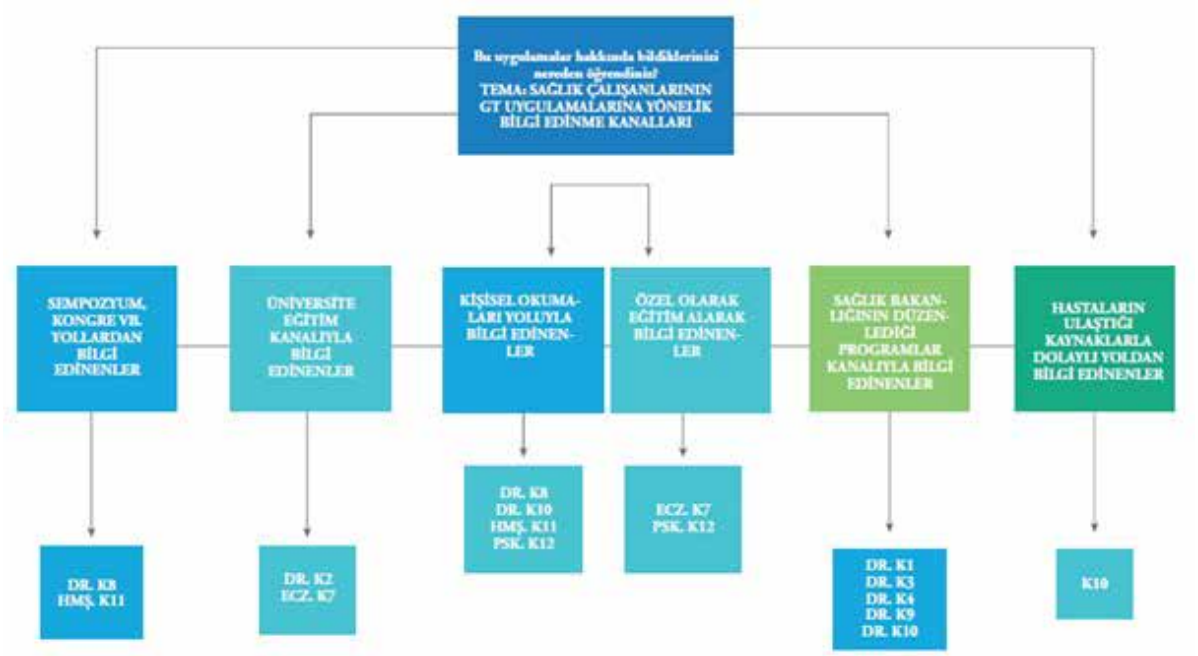
2. Sağlık İletişimi

2.1. Sağlık Çalışanlarının, Hasta Ve Hasta Yakınlarının Geleneksel Tıbba Yönelik Bilgi Kaynakları

GT'ye yönelik bilgilerin nereden edinildiğini öğrenmek amacıyla hasta ve hasta yakınlarına "Sizce insanlar GT ile ilgili bilgilere nerelerden ulaşıyorlar?" sorusu ve bu bilgilerin nereden elde edildiğine yönelik sağlık çalışanlarının fikrini öğrenmek amacıyla da sağlık çalışanlarına "Size gelen kişiler size ya da geleneksel tıp uygulamalarıyla ilgili bilgilere hangi kanallardan ulaşmış oluyorlar?" sorusu sorulmuştur. Buna göre sağlık çalışanlarının 7'sine göre insanlar "sosyal medya, internet, televizyon

aracılığıyla" bilgi edinirken, 6'sı "sosyal çevre yoluyla", 4'ü "tecrübe eden diğer kişiler dolayısıyla", 3'ü de "uygulayıcılar aracılığıyla" bilgi edindiklerini belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarına daha sonra "Bu uygulamalar hakkında bildiklerinizi nereden öğrendiniz?" sorusu da sorulmuştur. Buna göre katılımcıların 5'i GT'ye dair edindikleri bilgileri Sağlık Bakanlığı'na ait eğitim ve sertifika programlarıyla, 4'ü kendilerinin de konuya olan ilgileri nedeniyle kişisel okumalar yaparak GT hakkında bilgi edindiklerini ifade etmişlerdir. 1 katılımcımız ise sosyal medya, internet, televizyon aracılığıyla bilgi edinmelerinin sebebini; zamanın pazarlama ve reklam zamanı olmasıyla açıklamaktadır. Buna göre sağlık çalışanlarının GT uygulamalarına yönelik bilgi edinme kanalları görseldeki gibi temalandırılabilir:



Hasta ve hasta yakını olan katılımcılardan ise 7'si sosyal çevreden, 5'i yayın organlarından, 5'i ilgili meslek grupları ya da popüler kişilerden, 3'ü eski kültür veya geleneklerden, 1'i dinden, 1'i ise bireysel araştırmaları doğrultusunda GT'ye yönelik bilgi edindiğini ifade etmiştir. İlgili meslek gruplarına örnek olarak "Aktar, baharatçılar" (H1, 35, Erkek); "GT uygulayıcıları" (HY5, 32, Kadın) verilirken 1 katılımcı ise "Aidin Salih" (H3, 42, Kadın) ismini vererek popüler kişi grubuna örnek vermiştir.

2.2. Geleneksel Tıp Ve Modern Tıp Hekimlerinin Hastaya Yaklaşımına Dair Görüşler

Önceki bölümlerde GT üzerine konuşulurken çoğunlukla MT ile bir karşılaştırma yoluna gidildiği görülmüştür. Bu başlık altında da GT uygulayıcılarının ve MT hekimlerinin hastaya yaklaşımının nasıl olduğu, iki grup arasında farklılık olup olmadığı, varsa farklılıkların neler olduğu gibi konular incelenmiştir. Bu konu çerçevesinde sağlık çalışanlarına MT hekimlerinin ve GT uygulayıcılarının hastaya yaklaşımlarına dair gözlem ve tecrübelerini öğrenebilmek amacıyla düşünceleri sorulmuştur. Aynı zamanda hasta ve hasta yakını katılımcılara Söz konusu unsurlar hakkındaki görüşlerinin

alınabilmesi için de "Doktorların ve geleneksel tıp uygulayanların hastaya yaklaşımında sizce bir farklılık var mı? Neden?" şeklinde bir soru sorulmuştur.

Sağlık çalışanlarının verdiği cevaplara göre sağlık çalışanı katılımcılarının 8'i GT ve MT arasında hasta-sağlık çalışanı iletişimine yönelik bazı farklar olduğunu düşünürken, 3'ü de hasta-sağlık çalışanı iletişimine yönelik fark olmadığını belirtmiştir.

GT ve MT arasında hasta-sağlık çalışanı iletişimine yönelik bazı farklar olduğunu düşünen katılımcılar bu düşüncelerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

Şöyle bir fark var; modern tıpta biz çok branşlaştık. "Adet sancım var." "Tamam, kadın doğumcuya git." Arabayı sanayiye götürmek gibi. İşlemini yapar, tamir eder ve gönderir. Halbuki insan bir bütündür, adet sancısı varsa her zaman aynı değildir. Başka bir şeyler vardır, sadece kadın doğumcu ile çözülecek şey değildir. (....) Hasta-hekim ilişkisinde doktor çözemediğinde oradan oraya dolaştırılır. Geleneksel tıpta genellikle bütüncül bir tıp bakışı vardır. İnsanın bedeni, ruhu, duyguları ve hücreleri ile bir bütün olduğunu kabul eder. (...) Hasta-hekim ilişkisi içerisinde de hekim hastasını sahiplenir, iyileştirmek ve şifaya kavuşturmak için elinden geleni ve bildiği kadarını uygulamaya ve yapmaya çalışır (DR, K1, 47, Kadın).

Yunan mitolojisinde Askilopion diye bir filozofun bir sözü vardı." Önce söz, sonra gıda, sonra bitki, sonra ilaç, en son cerrahi." (...) İletişim kurulduğunda, anlaşıldığı hissettiğinde hekim tarafından, sorunlarını daha kolay dile getiriyor ki ben birçok hastalığın psikosomatik temeli ve kökeni olduğuna inanıyorum. (...) GT'deki hasta-sağlık çalışanı ilişkisi modern tıbba göre daha iyi olduğu için daha anlaşıldığını, daha iyimser bakılarak tedavi edildiğini fark ettiği için daha iyidir (DR, K4, 35, Kadın). GT ve MT arasında hasta-sağlık çalışanı iletişimine yönelik ciddi farklar olmadığını düşünen katılımcılar konuyu kişisel olgunluk, uğraştığı değerleri içselleştirmekle ilişkilendirerek değerlendirme yoluna gitmiştir.

Hasta ve yakınları ise daha farklı açılardan, GT uygulayıcıları ile doktorların ayırıcı özelliklerinden bahsetmiştir. Buna göre birinci alt tema "GT uygulayıcılarının ayırıcı özellikleri", ikinci alt tema "doktorların ayırıcı özellikleri", üçüncü alt tema ise "farklılıkların veya olumsuzlukların durumsal olarak değerlendirilmesi" olarak belirlenmiştir. Son alt tema, belirli farklılıkların, olumsuzlukların uygulayıcı veya doktorun ayırıcı özelliği olmadığını, bu durumların o anki şartlar bağlamında geliştiğini ifade etmektedir.

Hasta ve hasta yakınlarına göre GT uygulayıcılarının ve doktorların ayırıcı özellikleri birbiriyle zıttır. Örneğin GT uygulayıcılarının ayırıcı özellikleri alt temasında; maddiyatın ikinci planda olması, insancıl olması gibi alt gruplar çıkarken; katılımcılara göre doktorlarda ise maddiyat odaklı olması, insancıl olmaması alt grupları çıkmıştır. Katılımcılar düşüncelerini şu sözlerle ifade etmişlerdir:

"Geleneksel tıp uygulayıcıları daha insan merkezli" (H2, 36, Erkek).

"Doktor basma kalıpçı… Doktor için hasta, ezberlerin uygulandığı bir tahta…" (HY5, 32, Kadın).

"GT uygulayan doktor hastayı odak kabul ediyor." (HY4, 50, Kadın)

"Doktor sizinle iyi geçinmesi gereken bir esnaftır." (H2, 36, Erkek)

"Doktor müşteri olarak görüyor" (H3, 42, Kadın).

"Doktor tamamen parasal" (H4, 53, Kadın).

"Geleneksel tıpta ekonomik kaygı ikinci planda." (H2, 36, Erkek).

3. Din-İnanç Ve Sağlık İlişkisi

Genel olarak ve katılımcılar tarafından da görüldüğü üzere MT daha çok "kanıta dayalı tıp" olarak isilendirilirken GT ise "inanca dayalı tıp" olarak isimlendirilmektedir. Burada söz konusu olan inanç özellikle tek bir dini inanç değildir. Bu inancı da içermekle birlikte bir şeyin varlığının kabulü ve tasdiki anlamındadır. Bir başka deyişle kişinin gördüğü tedavinin ona fayda vereceğine yönelik güven ve kabulüdür. Bahsi geçen inanç ister iyileşmeye olsun ister dini bir inanca isterse GT ya da MT'ye olsun kişiyi ve toplumları önemli ölçüde etkilemektedir (Göcen, Gügen, 2019). GT ve dini inanç arasında bir ilişki görüp görmediklerini, kişinin dindarlık durumunun GT uygulamalarına bakışını nasıl etkilediğine ya da etkileyebileceğine dair ne yönde düşünceleri olduğunu öğrenmek amacıyla sağlık çalışanlarına, hasta ve hasta yakınlarına din, inanç ve sağlık ilişkisine yönelik bazı sorular sorulmuştur.

3.1. Geleneksel Tıbba Yönelmede Ve İyileşmede İnancın Etkisi

Sağlık çalışanlarına GT'ye yönelmede ve iyileşmede inancın etkisine dair ne düşündüklerini öğrenmek amacıyla "Kişilerin geleneksel tıp uygulamalarına yönelmelerinde inancın etkili olduğunu düşünüyor musunuz? Size göre hastaların sağlıklı hayata geçiş süreçlerinde manevi ihtiyaçları nelerdir? Ya da hastaların iyileşmesinde size göre manevi ihtiyaçların giderilmesi ne derece etkilidir? Neden?" sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların cevapları doğrultusunda görüşleri "inancın etkili olduğunu düşünenler", "inancın kısmen etkili olduğunu düşünenler" ve "inancın etkisine değinmeyenler" olarak üç alt temaya ayrılmıştır. Katılımcılardan çoğunluğu inancın etkili olduğunu ifade ederken bahsi geçen inancı dini-manevi inanç olarak algılamışlardır. Örneğin 1 katılımcı toplumun inanç normlarına atıfta bulunmuş"Birçok şeyi bir şekilde dini bir kökene bağlamayı seven de bir toplumuz. Her şeyi ona yorabiliyoruz." (ECZ, K6, 47, Kadın), başka bir katılımcı ise toplumdaki dindar-muhafazakâr kişilerin GT'ye yönelmesini GT alanındaki popüler bir isme ve takipçilerine ciddi eleştiriler getirerek ifade etmiştir: Dindarlara arasında bu çok yaygın. Dindarlar derken "muhafazakâr" diyelim. Günümüzde Türkiye'deki dindarlık daha çok muhafazakarlık ile birlikte olan bir dindarlık. Muhafazakâr olunca her şeyi muhafaza etmek istiyorsunuz. Sürekli tehdit altında olduğunuzu hissediyorsunuz, öyle düşünüyorsunuz, buna göre de refleksler ediniyorsunuz. Bu bağlamda muhafazakâr kesim komplo teorilerine çok daha meyyal. "Bizi kısırlaştıracaklar, genlerimizi değiştiriyorlar." diyorlar. Ne yapalım o zaman? "Eskiden atalarımız ne ile tedavi oluyorsa onunla olalım." Aidin Salih diye birisi vardı. (…) Bir kitap

yazdı. Bunun içine dini ögeler de kattı. Tamamen hümoral tıp, bunu da Tıbb-ı Nebevi'ye dayandırıyorlar. Tıbb-ı Nebevi diye bir şey de var (DR, K8, 32, Erkek).

Psikiyatrist olan 1 katılımcı ise kendi uzmanlık alanını merkeze alarak GT'ye yönelimde inancın etkisini özellikle Türkiye'nin geleneksel-kültürel ve inanç kodlarıyla ilişkilendirerek bu yönelimin temelinde inancın ve insanların inançlarıyla ters düşme endişesi olabileceğini belirtmiştir:

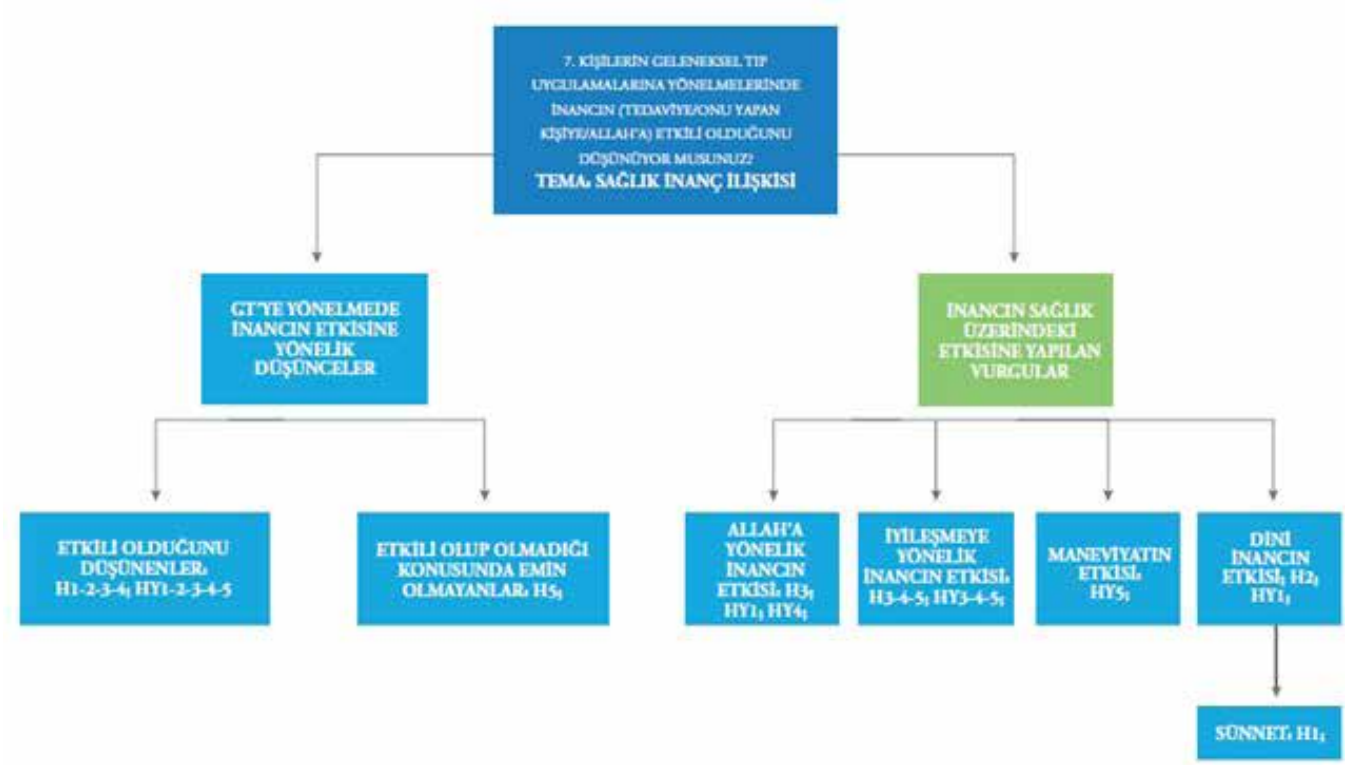
Psikoterapi için, Türkiye özelinde ve İslam düşüncesini kastediyorsak zaten en temel sebep o gibi gözüküyor. Yani bizim şöyle bir sosyolojimiz var; yüzde kaçını oluşturuyor araştırmak lazım ama belirgin bir Kur'an ve sünnet terbiyesiyle yetişmişler ve yaşadıkları sorunların o çerçevenin dışına çıkacak ya da onları o çerçevenin dışına çıkarabilecek şekilde olmamasını istiyorlar. Burada halihazırdaki kendilerini onarma alışkanlarına en yakın olan şeyleri tabi ki tercih ediyorlar, ünsiyet ediyorlar onlara (DR, K12, 35, Erkek).

Yine hastaların ve hasta yakınlarının dini-manevi inançları üzerinde duran katılımcılardan 2'i hastanelerde hastaların manevi ihtiyaçlarının talepleri olmasına rağmen karşılanmadığını ifade etmiş, yurt dışındaki MDR uygulamaları üzerinden örnek vermiş, hastaların bu tarz manevi ihtiyaçlarının karşılanmasının hastalar ile hekimler arasındaki ilişki ve iletişime de olumlu yönde katkıda bulunacağı vurgulanmış ve MDR hizmeti verecek kişilerin meslek tanımlarına da özellikle yer vermişlerdir. Burada önemi ve açıklayıcı gücü nedeniyle sağlık çalışanı katılımcıların görüşlerine uzunca yer verilmiştir: Bunun çok etkili olduğunu düşünüyorum. Özellikle palyatif tıp sahasında insanların manevi ihtiyaçlarının giderilmesi çok daha önemli hale geliyor ve önem kazanıyor. Güzel ölüm diye bir kavram var palyatif tıp içinde. Güzel ölme hakkı var insanların. Güzel ölmekten kastımız ne? Yoğun bakımda hortumların içinde ölmek istemiyordur, başında çocuklarıyla, sevdikleriyle, Yasin okunsun, Kur'an okunsun istiyor. Bu şekilde ölmek istiyor. Bunu vermemiz lazım insanlara, insanlar bunu istiyorsa siz niye vermiyorsunuz? Bu sistemi insanlar finanse ediyorsa bunu da finanse ediyorlar. Dolayısıyla bu bağlamda insanların manevi ihtiyaçlarının hiçbir şekilde karşılanmadığını düşünüyorum. İngiltere'de mesela şöyle yapıyorlar: "Sen ne istiyorsun?", "Denizin kenarında güneşin doğuşunu izlemek istiyorum." Alıyor adamı tekerlekli sandalye ile götürüyor, getiriyor. Yani gelişmiş ülkelerde var bu uygulamalar. Dedem benim mesela cumaya gidemiyordu, cumaya gitmek istiyor bu adam. Yok mesela bu ihtiyacını karşılayan kimse yok. Dolayısıyla insanların böyle ihtiyaçları var. Tedaviyi de kesinlikle etkiler. Ayrıca hekim-hasta arasındaki güveni müthiş artıran bir şey bu. Bir insan size hele de dini hassasiyetinizden dolayı güveniyorsa, tedavinizi çok daha sık uyguluyor, inanıyor size. Cerrahpaşa'ya profesörlere dahi muayene oluyor, bize gelip soran oluyor. "Hocam böyle böyle bize dediler ama biz senin dediğini dinleyeceğiz." Burada güven ilişkisinin oluşturulmasında manevi duygunun, manevi boşluğun giderilmesi çok önemli (DR, K8, 32, Erkek).

Bizim hastalarımız için o kadar önemli bir rol ki yıllar önce 17-18 yaşında kaybedeceğiz çocuğu, genç kız, kemik tümörü ve anneyi aşağı bir tetkik almak için gönderiyoruz, çocuk artık öleceğinin farkında, çocuk "Kesinlikle annem gitmesin." diye çıldırıyor, 17-18 yaşındaki bir kız. Gece odaya giriyorum, çıkıyorum nöbette, çocuk hiç uyumuyor, hiç uyumuyor. Bir gece aldım yanıma, Merve

gel seninle oturalım dedim, başladım öbür dünyadan konuşmaya, bakın ben bir sağlık profesyoneliyim. İşte ben de ablamı kaybettim, abimi kaybettim ama rüyalarımda şöyle görüyorum: Ablam bana rüyamda diyor ki burası kötü değil! Çok güzel, hepimiz buluştuk diyor. Bütün, annem, herkes biz burada buluştuk, burası çok güzel. O rüyaları anlattığımda ne yaptı biliyor musun? Hülya abla, artık gidip uyuyabilirim dedi. Yani ona orada, ben bu işin profesyoneli değilim ki. Ona orada, bir ilahiyatçı, bir din psikolojisi bilen bir insan, öbür dünyayı anlatabilirdi. Bu tür hastalıkların olduğu yerlerde kesinlikle bir ilahiyatçı olmalı, kesinlikle olmalı (HMŞ, K11, 42, Kadın).

Sağlık talep eden kesim olarak hastaları, hem içinde bulundukları sıkıntılı hastalık süreçleri hem de sosyo-ekonomik vb. pek çok dış faktör oldukça zorlamaktadır. Din psikolojisi alanında yapılan birçok araştırma sonuçları; zorluklarla, umutsuzlukla, çaresizlikle başa çıkmada dini inançların etkili olduğunu göstermektedir (Göcen, Gügen, 2019) [1]. Biz de bu araştırmamızda hasta ve hasta yakınlarının GT'ye yönelmede inancın etkisi olup olmadığı konusunda ne düşündüklerini, böyle bir ilişki varsa nasıl ve ne yönde gerçekleştiğine dair düşüncelerini öğrenmek amacıyla katılımcılarımıza "Kişilerin geleneksel tıp uygulamalarına yönelmelerinde inancın (tedaviye/onu yapan kişiye/Allah'a) etkili olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusunu yönelttik. Verilen cevaplar sonucunda hasta ve yakınlarının GT uygulamalarına yönelmede inancın etkili olup olmadığına dair görüşlerinin temalandırılması aşağıdaki görselde gösterilmiştir:



Buna göre hasta ve yakını olan katılımcıların 9'u, GT uygulamalarına yönelmede inancın etkili olduğunu düşünürken yalnızca 1 katılımcı bu konuya şüpheli şekilde yaklaşmıştır.

3.2. Medyada Ayet Ve Hadis Temelli Söyleme Bakış

Özellikle günümüzde TV, sosyal medya, yazılı ve görsel basın gibi kitle iletişim araçlarında insanların sağlıklarına yönelik söylemler oldukça artmış ve kitleler popüler kültürün hakimiyet alanını genişletmesiyle bu söylemlerden gitgide daha çok etkilenir duruma gelmiştir. Bu söylemler ve yönlendirmeler kimi zaman sağlık çalışanlarınca yapılırken kimi zaman da din adamları tarafından dinin hemen her alandaki meşrulaştırıcı gücüne dayanarak yapılmaktadır. Buradan hareketle sağlık çalışanlarının, hasta ve yakınlarının, insanların sağlığına dair bu şekilde açıklama yapan din adamları ve sağlık çalışanlarına yönelik düşüncelerini öğrenmek amacıyla sorular yöneltilmiştir. Katılımcılardan elde ettiğimiz cevaplar sonucunda sağlık çalışanlarının 8'inin ayet ve hadisler üzerinden sağlık çalışanları ve din adamlarının sağlıklı hayata yönlendirmeye yönelik faaliyetlerini "bazı şartlar sağlandığında olumlu karşıladığı", 3'ünün ise bunu "uygun bulmadıkları" görülmüştür. Bazı şartlar sağlandığında ayet ve hadisler üzerinden sağlık çalışanları ve din adamlarının sağlık hakkındaki söylem ve faaliyetlerini olumlu karşıladığını belirten katılımcılar düşüncelerini şöyle ifade etmişlerdir:

Bir din adamı ayet ve hadislerle kişilerin nasıl davranması gerektiğine dair tavsiyelerde bulunabilir. Burada problem olacak nokta bunu doktormuş gibi pazarlamaktır. Sağlık çalışanı için ise eğer bu kişi hayatında ayet ve hadis kullanıyorsa, hastasına da bunu söylemesinde sıkıntı olmadığını düşünüyorum (DR, K1, 47, Kadın).

Çok değerli buluyorum. Peygamberimiz' in ve varsa eğer Kur'an-ı Kerim'deki sağlıkla ilgili önerilerinin koruyucu vasıflarının öne çıkarılması gerekir. İnsanların gönlüne girmek, sağlık iletişimi kurmak açısından da çok çok değerlidir. Kitle iletişiminde değerli bir yere sahiptir. (…) Mutlaka Sağlık Bakanlığı iş birliğiyle söylemlerin geliştirilmesi lazım. Yoksa rastgele, serbest bırakılmış, herkesin kafasına göre dinle ilişkilendirip sağlık tavsiyesinde bulunması çok tehlikelidir, faydadan çok zarara sebep olur. Din konusunda aynı şekilde sağlık çalışanları da rastgele konuşmamalıdır. Onlara da temel bilgiler aktarılmalı, ön bilgiler. Dinin mesela sağlığa teşvik edici, koruyucu, sağlığı geliştirici yerlerine dair temel argümanların verilmesi lazım sağlıkçılara. Aynı şekilde işin dini tarafında bulunan kişiler de Kur'an ve hadislerdeki sağlıkla ilgili koruyucu tavsiyelerinden ifadeler çıkarılmalı (DR, K8, 32, Erkek).

Sağlık çalışanlarının TV, sosyal medya, yazılı ve görsel basın gibi kitle iletişim araçlarında ayet ve hadis temelli sağlık söylemlerine karşı olmadıkları, bu konuda yapıcı bir tutum takındıkları ve bununla beraber insanlara yararı açısından da kıymetli buldukları ancak istismara ve yanlış yönlendirmelere açık bir konu olması nedeniyle gerekli kurum ve kişilerce kontrollü ve bilinçli bir şekilde yapılması gerektiğini düşündükleri görülmektedir. Aynı soru hasta ve hasta yakınlarına sorulduğunda ise 3 katılımcının medyadaki ayet ve hadis açıklamalı sağlık söylemine kısmen olumlu baktığı 3 katılımcının ise olumsuz baktığı görülmüştür. Bu söylemlere olumsuz bakan katılımcılar "Ayet ve hadisi okuyup arka planını bilmeyen birine inanmam, dindar olsa bile güven vermez." (H2, 36, Erkek), "Bu tür programları tasvip eden biri

değilim. (…) Çoğu reyting programı. (…) Bilgilendirme amacı güdene karşı değilim." (H5, 52, Kadın), "İnsanlara inandırmak için bunun ispatını yapma zorunluluğu doğmaya başladıysa, itikadi açıdan sorun var diye düşünüyorum. (…) Bize kocakarı inancı lazım." (H1, 35, Erkek) gibi ifadelerle neden olumsuz baktıklarına dair açıklamalarda bulunmuşlardır. Buradan hareketle hasta ve yakınlarının da sağlık çalışanları ile ortak olarak konunun istismara açık olması ve bilirkişilerce ele alınmaması gibi noktalarda tereddütleri olduğu söylenebilir.

[1] "Genişçe bilgi için bkz. Kalp ameliyatı geçirmiş hastalarla (Ayten, Göcen, Sevinç ve Öztürk, "Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi", Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 12(2), 2012, ss. 45-79); infertilite tedavisi gören kadınlarla (Göcen, "Tüp Bebek Tedavisi Almış Kadınların Dinî Başa Çıkma Süreçleri ve Dinî Yaşantıları Üzerine Nitel Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, (32), 2015. 165-216); kanser hastaları üzerinde (Çiftçi, Hastalıklarla Başa Çıkmada Dinin Rolü: Kanser Hastaları Örneği. Yayınlanmamış Yük. Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sos. Bil Ens., 2007, İstanbul). Kızılgeçit, M, Yalnızlık Umutsuzluk ve Dindarlık Üzerine Psiko-Sosyal Bir Çalışma, Gece Kitaplığı, Ankara, 2015" (Göcen, Gügen,2019).

Araştırmanın katılımcılardan bulgu toplandığı dönem Covid-19 salgınının başlangıcının hemen öncesine denk gelmektedir. Ancak bulgular toplandıktan sonraya ortaya çıkan salgın sonrası MT'nin ve MT hekimlerinin tabiri caizse itibar tazelemesi durumu gerçekleşirken, GT'nin ise MT karşısında bilimsellikten uzak, özellikle bu tarz salgınlar karşısında çaresiz ve yetersiz bir görüntü verdiğini düşüneneler de olduğu gibi, bağışıklık sistemini güçlendirmesi için belli gıdaların ön plan çıkarılması ile (ör: kelle paça çorbası, sirke, sarımsak) GT'ye olan güvenin gün yüzüne çıktığı yorumları da yapılmıştır. Bu nedenle şunu belirtmekte fayda var ki araştırmanın Covid-19 sonrasındaki süreçte yapılması halinde bulguların kısmen de olsa farklılaşacağı düşünülebilir. Araştırma bulgularına göre özellikle sağlık çalışanlarının aslında bütüncül tıp bakış açısına sahip oldukları görülmüştür. Ancak bununla beraber hasta ve hasta yakınlarından edinilen bilgilere göre ise MT hekimleri bu konuda tepkisel ve ön yargılı yaklaşmaktadır. Yine aynı şekilde sağlık çalışanlarının insanın bileşenlerinden olan manevi-inanç ögelerininde farkında oldukları ve bu bağlamda değerlendirme yaptıkları görülürken hasta ve hasta yakınlarına göre ise MT hekimleri insanları bu tarz ihtiyaçlarını anlayamamakta ve karşılayamamaktadır. Bunun doğrultusunda araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında durumdan duruma farklılık gösterse de kısmen bir iletişim problemi yaşanmaktadır. Burada yaşanan sağlık iletişimi problemi hem hasta ve yakınlarının sağlık davranışını hem de MT hekimlerinin tedavi hasta ile kurdukları bağı olumsuz etkilemektedir.

GERİATRİK BAKIMDA YENİ BİR BAKIŞ: MOBİL UYGULAMALAR

Büşra DEĞİRMENCİLER, *Sevgi ÖZKAN, Pınar SERÇEKUŞ*
Pamukkale Üniversitesi, Denizli, Turkey
busradeg@gmail.com

Özet

65 yaş ve üzeri bireyler yaşlı nüfus olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde yaşlı nüfus ortalaması %9,29, Avrupa ülkelerinde %20,6 ve Japonya'da %28,7'dir. Teknolojinin gelişmesi ile akıllı telefonlar günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası olmuştur. İnternet ve akıllı telefon kullanımı hızla yaygınlaşmaktadır. İnternetin ve akıllı telefon teknolojilerinin yaygınlaşması ile akıllı telefonlarda çok sayıda işlevsellik geliştirilmiştir. Bu durum mobil cihazların sağlık alanında da yüksek oranda kullanılmasına sebep olmuştur. Mobil sağlık uygulamalarının kullanılabilirliği ve kalitesi giderek artmaktadır. Bu bildirinin amacı geriatrik bakımda kullanılan mobil uygulamaların etkilerinin incelenmesidir. Ülkemizde yaşlı nüfusun %27,1'inin, Hollanda'da %77'sinin, Amerika'da %40'ının, İsviçre'de %72'sinin ve Almanya'da %73'ünün akıllı telefon kullandığı tespit edilmiştir. Yaşlı bireyler yalnızca iletişim amacıyla değil, mobil uygulamaların sağladığı yardımcı teknoloji nedeniyle de akıllı telefon kullanmaktadır. Yapılan çalışmalar yaşlı bireyler için hazırlanan mobil uygulamaların doz ayarlama, ilaç hatırlatma, acil destek, aile-lokasyon bulma, görme- işitme asistanları gibi yardımcı araç içeriklerine sahip olduğunu göstermektedir. Yaşlı bireylere yönelik geliştirilen mobil uygulamanın incelendiği bir çalışmada yalnızca %5'inin kanıt temelli içeriğe sahip olduğu belirlenmiştir. İspanya'da yapılan bir çalışmada yaşlı bireylere yönelik geliştirilen mobil uygulamaların tedaviye uyumu artırdığı ve ilaç hatası ve doz kaçırmayı azalttığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda mobil uygulamaların, yaşlıların fiziksel aktivite düzeylerini, sağlık parametrelerini, iyilik hallerini, sosyal yönlerini iyileştirdiği ve sosyal izolasyonu, yalnızlığı da azalttığı belirlenmiştir. Ancak yaşlı bireylerin mobil uygulama kullanırken teknik sorunlarla daha zor baş ettiği, stres ve mahremiyet kaybı riskleri olduğu da görülmektedir. Sağlık profesyonelleri tarafından yaşlı bireyler için kolay anlaşılabilir, kanıta dayalı içeriğe sahip mobil uygulamalar geliştirilmesi ve mobil uygulamaların sağlığı geliştirme potansiyelinin daha fazla araştırılmasına ihtiyaç vardır.

Abstract

The elderly population defined as people over the age of 65. The general population of elderly 20.6% in European countries, 28,7% in Japan, and 9.29% in Turkey. Smartphones have become an important part of daily life as technology has advanced. The internet and smartphones are becoming popular. Many functionalities in smart phones have been developed as a result of the extensive usage of the internet and smart phone technologies. The availability and quality of mobile health applications is increasing. The aim of this review is to examine the effects of mobile applications used in geriatric care. Studies determined that smart phones are used by elderly population rate of 27.1% in Turkey,

77% in the Netherlands, 40% in the USA, 72% in Switzerland and 73% in Germany. Elderly people use smartphones not only for communication but also for the assistive technology offered by mobile apps. According to studies, mobile applications designed for the elderly include useful tools such as dose modification, medication reminders, emergency support, family-location locating, and visual-hearing assistants. In a survey of mobile applications designed for the elderly, it was discovered that just 5% of them contained evidence-based content. In a study conducted in Spain, it was discovered that mobile applications designed for elderly people increase compliance to treatment and reduce medication errors and missed doses. Studies have shown that mobile applications improve the physical activity levels, health parameters, well-being and social aspects of the elderly, and also reduce social isolation and loneliness. However, it has been seen that elderly people are unable to deal with technological issues while using mobile applications, and they are exposed risks such as stress and loss of privacy. There is a need for health professionals to develop mobile applications for the elderly that include clearly understandable, evidence-based information. There is a need for further research of mobile applications potential effects.

Giriş

65 yaş ve üzeri bireyler yaşlı nüfus olarak tanımlanmaktadır (DSÖ 2001). İstatistikler, yaşlı nüfusun Avrupa ve Japonya'da yoğunluklu olduğunu göstermektedir (OECD 2021). Ülkemizde yaşlı nüfus ortalaması %9,29, Avrupa ülkelerinde %20,6 ve Japonya'da %28,7'dir. Dünya genelinde yaşlı nüfusun yaklaşık 1 milyar olduğu ve bu sayının 2030'a kadar 1,4 milyara ve 2050'ye kadar 2,1 milyara çıkacağı tahmin edilmektedir (OECD 2021; DSÖ 2021). Sağlıklı yaşlanma bireylerin gelişimini ve refahını sürdürmesine devam edebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Ancak dünya genelinde yaşam döngüsü uzamış ve yaşlı popülasyon artmış olsa da yaşlı bireyler gerekli sağlık bakımını alamamaktadır. Bu durum yaşlı nüfusun, yaşamlarını sağlıkla geçirmediğini göstermektedir (DSÖ 2021). Artan yaşla birlikte çok sayıda fizyolojik değişiklik meydana gelmekte, kronik hastalıklar ortaya çıkmakta ve kişiler bakıma bağımlı hale gelmektedir (DSÖ 2017). Teknolojinin gelişmesi ile akıllı telefonlar günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası olmuştur. İnternet ve akıllı telefon kullanımı hızla yaygınlaşmaktadır. Dünya'da 6 milyardan fazla akıllı telefon kullanıcısı olduğu bilinmekte ve önümüzdeki yıllarda bu oranın birkaç yüz milyon daha artması beklenmektedir. En fazla akıllı telefon kullanıcısı olan ülkeler Çin, Hindistan ve Amerika Birleşik Devletleri'dir (Statista 2021). Türkiye akıllı telefon kullanımının en yüksek olduğu 20 ülke arasında 14. sırada yer almaktadır (Statista 2021). İnternetin ve akıllı telefon teknolojilerinin yaygınlaşması ile akıllı telefonlarda çok sayıda işlevsellik geliştirilmiştir. Bu durum mobil cihazların sağlık alanında da yüksek oranda kullanılmasına sebep olmuştur. Mobil sağlık uygulamalarının kullanılabilirliği ve kalitesi giderek artmaktadır (Ventola 2014; Almoa 2018). Online ortamlarda yaşlı bireyler için çok sayıda mobil uygulama olmasına karşın bu alanda yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır (Klimova 2018). Bu bildirinin amacı geriatrik dönemde kullanılan mobil uygulamaların etkilerinin incelenmesidir.

Geriatrik Bakımda Kullanılan Mobil Uygulamalar

Akıllı telefon kullanımı yaşlı bireyler arasında da giderek yaygınlaşmaktadır (Almao 2018). Yaşlı nüfusun akıllı telefon kullanım istatistikleri, Hollanda'da %77'sinin, Amerika Birleşik Devletleri'nde %40'ının, İsviçre'de %72'sinin ve Almanya'da %73'ünün akıllı telefon kullandığını göstermektedir (Eurostat 2019; Anderson ve Perrin 2017; Vuma 2017). Türkiye'de 2015 yılında internet kullanan yaşlı bireylerin oranı %5,6 olarak tespit edilmiş ve bu oran 2020 yılında %27,1'e yükselmiştir (TÜİK 2021). Amerika, İsviçre, Hollanda ve Türkiye'de yaşayan 65 yaş üstü bireylerle yapılan bir çalışmada %93'ünün internet kullanıcısı olduğu ve haftada ortalama 15 saati internette geçirdikleri belirlenmiştir (Karaoglu vd. 2021). Yaşlı nüfus içerisinde, daha genç, yüksek öğrenim görmüş, ekonomik durumu iyi olanlar daha fazla oranda akıllı telefon kullanmaktadır (Ma vd. 2016). Yaşlı bireyler yalnızca iletişim amacıyla değil, mobil uygulamaların sağladığı yardımcı teknoloji nedeniyle de akıllı telefon kullanmaktadır (Almao 2018). Bir çalışmada tablet kullanan 65 yaş üstü bireylerin, teknoloji kullanımını bakıma muhtaç olmama ve sosyalleşme olarak algıladıkları belirlenmiştir. Yaşlı bireyler mobil uygulamaları kullanırken kendilerini daha aktif, bağımsız, öğrenmeye açık olarak tanımlamaktadırlar (Levy ve Simonovsky 2018). Yaşlı bireyler mobil uygulamaları ve interneti sıklıkla bilgi edinmek, zamanı değerlendirmek, sevdikleriyle iletişim kurmak ve hizmet almak için kullanmaktadır (Karaoglu vd. 2021). Yaşlı bireylerin mobil uygulamaları kullanmasında en önemli etkenler arkadaş ve aile tavsiyesidir (Baranseli ve Özkan Şafak 2020). Yaşlı bireylere yönelik mobil uygulama içerikleri oldukça yüksek sayıdadır. Ancak android ve ios işletim sistemlerinde Türkçe içeriklerin az sayıda olduğu görülmektedir. Yaşlı bireyler için online ortamda sunulan uygulamalar genellikle ilaç hatırlatma, günlük egzersizler ve ekran büyütme gibi içeriklere sahiptir (Google Play Store, App Store 2021).

Google Play Store ve Apple IOS sisteminde bulunan 25 geriatrik mobil uygulamanın incelendiği bir çalışmada, uygulamaların iki temel kategoriye ayrıldığı belirlenmiştir. İlki doz ayarlama ve ilaç hatırlatma uygulamaları, diğeri ise demans, alzheimer, parkinson, işitme ve görme kaybına yönelik içerikleri olan uygulamalardır (Anthony Berauk vd. 2017). Yaşlı bireylere yönelik geliştirilen mobil uygulamaların incelendiği bir başka çalışmada, mobil uygulamaların sağlık takibi, görme-işitme asistanları gibi yardımcı araç, acil destek, aile-lokasyon bulma gibi özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir (Almoa ve Golpayegani 2019). Yaşlılara yönelik mobil sağlık uygulamalarının incelendiği bir çalışmada ise, en çok kullanılan mobil sağlık uygulamalarının; kişisel sağlık takibi ve sağlık profesyonelleri tarafından geliştirilen uygulamalar olduğu belirlenmiştir (Paiva 2020). Yaşlı bireylerin kullanımına sunulan mobil uygulamaların %60'ı günlük yaşamı kolaylaştırmak, %41'i tedavi %37'si hastalıkları önleme, %31'i rehabilitasyon, %27'si tedavi sonrası bakım için tasarlanmıştır. İncelenen mobil uygulamaların yalnızca %5'i kanıt temelli yaklaşımla tasarlanmıştır (Portenhauser vd. 2021). Ancak, son zamanlarda sağlık profesyonellerinin mobil uygulamalara ilgisinin arttığı ve geliştirilen uygulamaların umut verici olduğu görülmektedir (Paiva 2020). İspanya'da yapılan bir randomize kontrollü çalışmada, birden fazla kronik hastalığı olan ve ilaç kullanan yaşlı bireylere yönelik bir mobil uygulama geliştirilmiştir. Mobil uygulama, kişiye özel

programlanan bir ilaç takip uygulaması olarak tasarlanmıştır. Mobil uygulama ilacın ambalajı ve kendisinin görüntüleri ile birlikte adı, dozu, zamanı ve nasıl kullanılması gerektiğine dair uyarılar, doktor tavsiyeleri ve sağlık durumundan bakım veren kişiyi bilgilendirme gibi özellikleri içermiştir. Mobil uygulama müdahale grubu tarafından üç ay boyunca kullanılmış, kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Mobil uygulama grubundaki yaşlı bireylerin ilaç uyumlarının daha iyi olduğu, daha az ilaç hatası yaptıkları, daha az doz kaçırdıkları belirlenmiştir. Hastaların %88'i ilaç kullanımında daha bağımsız hissetmiştir (Mira vd. 2014). Amerika'da yapılan bir çalışmada yaşlı bireylere bilişsel rehabilitasyon desteği sağlayan bir uygulama geliştirilmiştir. Mobil uygulama grubundaki yaşlılarda, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek epizodik hafıza ve hafıza işleme hızı tespit edilmiştir (Chan vd. 2014). 5 Avrupa ülkesinde kardiyak hastalığı olan yaşlı bireylerle yürütülen bir çalışmada 6 aylık rehberli kardiyak rehabilitasyon uygulamasının etkinliği değerlendirilmiştir. Müdahale grubu mobil uygulamayı; günde en az yarım saat orta derecede zorluk içeren egzersizleri haftanın 5 günü yapmaya yönelik olarak kullanmıştır. Müdahale grubuyla haftalık ve aylık motivasyonel görüşmeler yapılmıştır. Kontrol grubu standart bakım almıştır. Mobil uygulama grubundaki yaşlılarda maksimum oksijen tüketimi ve fiziksel aktivite düzeyleri artmış, kontrol grubunda değişiklik izlenmemiştir. Diyastolik kan basıncı ve HbA1c düzeyi mobil uygulama grubunda sabit kalırken, kontrol grubunda yükselmiştir (Snoek vd. 2021). Bir çalışmada yaşlı bireylerin sosyal iyilik halini desteklemek için geliştirilen IOS tabanlı bir iletişim uygulaması katılımcılara sunulmuştur. Uygulamada yaşlı bireylerin kolay kullanımını sağlamak için yazılı olmayan simgeler kullanılmıştır. Yaşlı bireyler uygulama ile fotoğraf, ses, video gönderme ve alma konusunda bilgilendirilmiştir. 6 aylık takip sonucunda uygulama kullanımı, katılımcıların öznel iyilik halini, öz yeterliliğini ve teknolojiyi kullanırken rahat olma durumunu olumlu yönde etkilemiştir. Uygulamanın sosyal bağlılığı iyileştirdiği, sosyal izolasyonu ve yalnızlığı da azalttığı belirlenmiştir (Barbosa Neves vd. 2017). Yalnızlık yaşayan ve bakım evinde kalan 60 yaş üstü bireylerle yapılan bir çalışmada ise katılımcılara WhatsApp temelli bir bilişsel davranış terapisi uygulanmıştır. Uygulama grubu üç aylık süre boyunca psiko-eğitim ve uyumsuz davranışları ele alan kişiselleştirilmiş olumlu mesajlar almıştır. Kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Takip sonrasında mobil uygulama grubunda sosyal davranışlarda iyileşme ve yalnızlık düzeylerinde azalma tespit edilmiştir. Mental iyilik halinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir (Jarvis vd. 2019).

Bilgi iletişim teknolojileri kullanılarak yaşlıların yalnızlığına yönelik yapılan müdahale çalışmalarının incelendiği bir sistematik derlemede; yaşlılara evcil hayvan robotları, online platformlar ve sosyal medya uygulamaları ile müdahale edildiği belirlenmiştir. Bilgi iletişim teknolojilerinin yaşlı bireyler tarafından yüksek ilgi gördüğü ve olumlu tutum ile karşılandığı tespit edilmiştir. Yalnızlığı azaltmak ve sosyal katılımı artırmak için bu tür müdahalelerin sağlık profesyonelleri tarafından geliştirilmesi ve uygulanması gereklidir (Choi ve Lee 2021). Yaşlılar için geliştirilen mobil uygulamaların incelendiği bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında yaşlı bireylerin çoğunluğunun müdahaleleri yüksek düzeyde kabul ettiği ve %78'inin kullanılan uygulamalardan memnun olduğu tespit edilmiştir. Teknolojik müdahaleler geniş kitlelere ulaşma potansiyeli taşıdığı için yaşlı sağlığını geliştirmede etkili olabilir (Ramprasad vd. 2017). Yaşlı bireylerin internet temelli uygulamalara bakış açısını inceleyen

bir sistematik derleme çalışmasında, bu müdahalelerin olumlu yönleri olsa da olumsuz sonuçlara sebep olabileceği tespit edilmiştir. İnternet temelli sağlık hizmetlerinin bilgi düzeyini, farkındalığı arttırdığı ve karar verme, sağlık profesyonelleri ile ilişkileri iyileştirdiği belirlenmiştir. Ayrıca bu uygulamaların anksiyete, stres ve izolasyon gibi olumsuz duygulara sebep olabileceği tespit edilmiştir. Yaşlı bireylerin internet temelli uygulamaları kullanırken güçlük çektiği ve teknik sorunlarla daha zor baş ettiği görülmüştür. İnsan etkileşiminin azalması, mahremiyet ihlali ve güvensizlik gibi olumsuz sonuçların yaşanması da söz konusudur (Hirvonen 2019).

Sonuç

Akıllı telefon kullanımının yaygınlaşması ile teknoloji temelli sağlık müdahaleleri de giderek yaygınlaşmıştır. Yaşlı bireyler için özel olarak tasarlanmış mobil uygulamalar, sağlığı korumada, tedavi ve bakım süreçlerinde kullanılmaktadır. Ancak online ortamlarda sunulan uygulamaların sağlık profesyoneli olmayan kişiler tarafından tasarlanması ve kanıta dayalı bilgilere yer verilmemesi dikkat edilmesi gereken konulardır. Yapılan çalışmalarda sağlık profesyonelleri tarafından hazırlanmış içeriklerin yaşlı sağlığını olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Ancak yaşlı bireylerin uygulamaları kullanırken stres ve mahremiyet kaybı gibi riskler altında olduğu unutulmamalıdır. Sağlık profesyonelleri tarafından yaşlı bireyler için kolay anlaşılabilir, kanıta dayalı içeriğe sahip mobil uygulamalar geliştirilmesi ve mobil uygulamaların sağlığı geliştirme potansiyelinin daha fazla araştırılmasına ihtiyaç vardır.

Kaynakça

1. Almao EC. (2018). Evaluating mobile apps designed for the elderly people based on available usability and accessibility guidelines. A research paper submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Science Interactive Digital Media, Trinitiy Collage Dublin.

2. Almao EC, Golpayegani F. (2019). Are mobile apps usable and accessible for senior citizens in smart cities?. In: Zhou J., Salvendy G. (eds) Human Aspects of IT for the Aged Population. Design for the Elderly and Technology Acceptance. HCII 2019. Lecture Notes in Computer Science, vol 11592. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-22012-9_26

3. Anderson M, Perrin A. (2017). Technology use among seniors. Washington: Pew Research Center for Internet & Technology; https://www.pewresearch.org/internet/wp-content/uploads/sites/9/2017/05/PI_2017.05.

4. Anthony Berauk VL, Murugiah MK, Soh YC, Chuan Sheng Y. Wong TW, & Ming LC. (2017). Mobile health applications for caring of older people. Therapeutic Innovation & Regulatory Science, 52(3), 374–382. doi:10.1177/2168479017725556

5. App Store, (2021). https://www.apple.com/tr/app-store/

6. Baranseli ES, Özkan Şafak Ö. (2020). 60 Yaş Üstü Bireylerin Mobil Uygulama Kullanım Alışkanlıklarının İncelenmesi. Modular, 3(2):195-212.

7. Barbosa Neves B, Franz R, Judges R, Beermann C, & Baecker R. (2017). Can digital technology enhance social connectedness among older adults? a feasibility study. Journal of Applied Gerontology, 073346481774136. doi:10.1177/0733464817741369

8. Chan MY, Haber S, Drew LM, & Park DC. (2014). Training older adults to use tablet computers: does ıt enhance cognitive function?. The Gerontologist, 56(3), 475–484. doi:10.1093/geront/gnu057

9. Choi HK, Lee SH. (2021). Trends and effectiveness of ıct ınterventions for the elderly to reduce loneliness: a systematic review. Healthcare, 9(3), 293. doi:10.3390/healthcare9030293

10. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), (2021). Ageing and health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

11. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), (2001). Men ageing and health achieving health across the life span.

12. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), (2017). Integrated care for older people. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109

13. Eurostat. (2019). Internet access and use statistics—Households and individuals.

14. Google Play Store, (2021). https://play.google.com/store.

15. Hirvonen N. (2019). Older adults' views on eHealth services: a systematic review of scientific journal articles. International Journal of Medical Informatics, 104031. doi:10.1016/j.ijmedinf.2019.10403

16. Jarvis MA, Padmanabhanunni A, Chipps J. (2019). An evaluation of a low-ıntensity cognitive behavioral therapy mhealth-supported ıntervention to reduce loneliness in older people. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(7), 1305. doi:10.3390/ijerph16071305

17. Karaoglu G, Hargittai E, Hunsaker A, Nguyen M. (2021). Changing technologies, changing lives: older adults' perspectives on the benefits of using new technologies. International Journal of Communication, 15:3887–3907.

18. Klimova B. (2018). Acceptance and use of mobile devices and apps by elderly people. Challenges and Opportunities in the Digital Era, 30–36. doi:10.1007/978-3-030-02131-3_4

19. Levy D. Simonovsky E. (2018). Keeping in touch: mobile apps use by older adults. Lecture Notes in Computer Science, 95–107. doi:10.1007/978-3-319-92034-4_8

20. Ma Q, Chan AHS, Chen K. (2016). Personal and other factors affecting acceptance of smartphone technology by older Chinese adults. Applied Ergonomics, 54, 62–71. doi:10.1016/j.apergo.2015.11.015

21. Mira JJ, Navarro I, Botella F, Borrás F, Nuño-Solinís R, Orozco D. et al. (2014). A Spanish pillbox app for elderly patients taking multiple medications: randomized controlled trial. J Med Internet Res,16(4):e99.

22. OECD. (2021). Elderly population (indicator). doi: 10.1787/8d805ea1-en.

23. Paiva JOV, Andrade RMC, de Oliveira PAM, Duarte P, Santos IS, Evangelista ALdP, et al. (2020). Mobile applications for elderly healthcare: A systematic mapping. PLoS ONE, 15(7): e0236091. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236091

24. Portenhauser AA, Terhorst Y, Schultchen D, Sander LB, Denkinger MD, Stach M, Waldherr N, et al. (2021). Mobile Apps for Older Adults: Systematic Search and Evaluation Within Online Stores JMIR Aging, 4(1):e23313.

25. Ramprasad C, Tamariz L, Garcia-Barcena J, Nemeth Z, Palacio A. (2017). The use of tablet technology by older adults in health care settings—is it effective and satisfying? a systematic review and meta-analysis. Clinical Gerontologist, 1–10. doi:10.1080/07317115.2017.1322162

26. Snoek JA, Prescott EI, van der Velde AE, Eijsvogels TMH, Mikkelsen, N., Prins, LF. et al. (2021). Effectiveness of home-based mobile guided cardiac rehabilitation as alternative strategy for nonparticipation in clinic-based cardiac rehabilitation among elderly patients in europe. JAMA Cardiology, 6(4), 463. doi:10.1001/jamacardio.2020.521

27. Statista. (2021). Number of smartphone users from 2016 to 2021, https://www.statista.com/statistics/330695/number-of-smartphone-users-worldwide/

28. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle yaşlılar 2020, (2021). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227

29. Ventola CL. (2014). Mobile devices and apps for health care professionals: uses and benefits. PT, 39:356-364.

30. Vuma. (2019). Percentage of smartphone users in Germany by age group in 2019. https://de.statista.com/statistik/daten/ studie/459963/umfrage/anteil-der-smartphone-nutzer-in-deutschland-nach-altersgruppe/

GÖZ SAĞLIĞI HAKKINDA BİR BİLGİ KAYNAĞI OLARAK YOUTUBE

Ecem ÖNDER TOKUÇ, *Sevim Ayça SEYYAR*
Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Kocaeli, Türkiye
drecem@yandex.com

Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) verilerine göre dünya çapında yaklaşık 2.2 milyar insan görme bozukluğuna sahiptir ve bunun en az 1 milyarı önlenebilir sebeplerden kaynaklanmaktadır (1). Görme bozukluğu ve körlüğü olan kişilerin çoğunluğu 50 yaşın üzerinde olmak ile birlikte görme kaybı her yaştan insanı etkileyebilir (1,2).

Tüm dünyada görme bozukluğu ve körlüğün önde gelen nedenleri arasında düzeltilmemiş kırma kusurları ve katarak bulunmaktadır (3). Yaşa bağlı makula dejenerasyonu, glokom, diyabetik retinopati, kornea opasiteleri ve trahom sekelleri önde gelen diğer nedenlerdendir. Düşük gelir düzeyi olan ülkelerde katarakta bağlı görme bozukluğu oranları daha yüksek iken, yüksek gelirli ülkelerde glokom ve yaşa bağlı makula dejenerasyonu gibi hastalıklar daha sık görülmektedir (2,4). Görme bozukluğu erişkin popülasyonda yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyerek işgücü kaybı ve üretkenlikte düşüşe neden olabilir. Yaşlılarda düşük görme seviyeleri sosyal izolasyona, yürüme zorluğuna ve daha yüksek düşme oranı ile birlikte kırılmalara neden olabilir.

Çocuklar arasında görme bozukluğu nedenleri de farklılık göstermektedir. Düşük gelir düzeyi olan ülkelerde konjenital katarakt daha yüksek iken, artan gelir seviyesi ile birlikte prematüre retinopatisi daha fazla görülmektedir (5,6). Tüm ülkelerde erişkin popülasyonla benzer şekilde düzeltilmemiş kırma kusurları, çocuklar arasında görme bozukluğunun önde gelen nedenlerindendir (7). Erken başlangıçlı ciddi görme bozukluğu olan çocuklar yaşam boyu motor, dil, duyusal, sosyal ve bilişsel gelişimde gerilik yaşayabilir. Görme bozukluğu olan okul çağındaki çocuklarda daha düşük düzeyde eğitim başarısı görülebilir.

Düşük ve orta gelirli bölgelerde uzak görme bozukluğu prevalansının, yüksek gelirli bölgelere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (1). Nüfus artışı ve yaşlanma ile birlikte daha fazla insanın görme bozukluğundan etkileneceği düşünülmektedir (1,2). Görme bozukluğunun yaygınlığı, önleme ve tedavi imkanlarının varlığı ve ulaşılabilirliğinden etkilenmektedir. Gelişen iletişim teknolojileri ile birlikte göz sağlığı ve görme bozuklukları hakkında bilgi edinme kaynaklarından biri de sosyal medyadır.

Gelişen dünyada sosyal medya, sağlık hizmetlerinde bilgi aktarımı sağlayarak toplulukları eğitmek için kullanılabilir (8). Sosyal medyanın göz sağlığı üzerine etkileri konusunda az sayıda çalışma mevcuttur (9,10). Mevcut çalışmalar daha çok bir göz sağlığı merkezinde tedavi görmekte olan hastalardan dijital ve epidemiyolojik veri elde etmek üzerine tasarlanmıştır.

Sosyal medya araçlarından YouTube, dünyanın en büyük medya paylaşım sitesi ve dünya çapında Google Chrome' dan sonra en yaygın kullanılan ikinci web sitesidir (11,12). YouTube'un geniş çevrimiçi video arşivi; hastalar, tıp öğrencileri, doktorlar ve diğer sağlık uzmanları tarafından, hastalıklar ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olabilecekleri bir kaynak olarak kullanılmaktadır (13-15). Ancak açık erişim ve hakem incelemesinin olmaması nedeniyle, içeriğin güvenilirliği, gizliliği ve mahremiyeti ile ilgili bazı endişeler vardır (16,17). Madathil ve arkadaşları hastaların dörtte üçünün tedavileri hakkındaki önemli kararları, çevrimiçi aramalarla sağlanan bilgilerden etkilenerek verdiklerini bildirmiştir (18).

Bildiğimiz kadarıyla, YouTube'da yayınlanan göz sağlığı ile ilgili videoların popülerliğini, içeriğinin kalitesini ve güvenilirliğini değerlendiren bir çalışma yoktur. Bu çalışmanın amacı, göz sağlığı için hasta eğitim kaynağı olarak YouTube videolarının güvenilirliğini, popülerliğini ve kalitesini değerlendirmektir.

22 Temmuz 2021 tarihinde YouTube'un (https://www.youtube.com) arama motorunda 'göz sağlığı' anahtar kelimesi sorgulandı ve ilk 120 video değerlendirme için kaydedildi. Seçilen videolar, daha fazla analiz için YouTube kitaplığı veritabanına eklendi. Tüm videolar göz sağlığı hakkındaydı ve Türkçe idi. Tüm video aramaları, her seferinde Google Chrome'un gizli modu ile tüm arama geçmişi temizlenerek yapılmıştır. Standart arama tercihleri web sitesi tarafından "videoları alaka düzeyine göre sırala" olarak seçilmiştir. Tekrar eden videolar, diğer dillerdeki videolar, göz sağlığı ile ilgisi olmayan videolar, sessiz videolar, 15 saniyeden kısa videolar 1 saatten uzun videolar, yorum yapma, beğenme ve beğenmeme işlevleri devre dışı bırakılan videolar hariç tutuldu. Dahil edilme kriterlerini karşılayan 100 video, iki oftalmolog (EÖT ve SAS) tarafından kör olarak analiz edildi. Değiştirilmiş-DISCERN (mDISCERN), Amerikan Tabipler Birliği Dergisi (Journal of the American Medical Association-JAMA) ve Küresel Kalite Puanı (Global Quality Score-GQS) skorlarının tekrarlanabilirliği, ilk analizden önce test edildi. Gözlemciler arasındaki puanların ortalama değerleri ile istatistiksel analiz yapıldı.

Videoların süresi, başlığı, izlenme sayısı, yüklemeden beri geçen süre, izlenme oranı (görüntülenme/gün), yorum sayısı, beğeni ve beğenmeme sayısı ve beğeni oranı (beğen*100/[beğenme+beğenme]) belirlendi. Videonun popülerliğini değerlendiren video güç endeksi (Video Power Index- VPI): Beğeni oranı × görüntüleme oranı/100 formülü kullanılarak hesaplanmıştır (19). Böylece video içeriklerinin puanlama sistemleri ile değerlendirilmesi ve videoların popülaritesinin değerlendirilmesi mümkün olmuştur.

Videonun kaynakları, kamu kurumları (Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler), göz doktoru, özel TV kanalı, özel hastane, bireysel youtube kanalı olarak sınıflandırıldı. Videolarda göz sağlığı ile ilgili bilgi veren kişiler göz doktoru olanlar ve olmayanlar olarak ikiye ayrıldı. Videolar içeriklerine göre genel göz sağlığı, besin takviyesi, bilgisayar kullanımı ve göz sağlığı, kırma kusurları-refraktif cerrahi-multifokal intraokuler lens kullanımı, özel hastane reklamı, diyabet hastalığı ve göz sağlığı, çocuklarda göz sağlığı kategorilere ayrıldı. Videolar bilgilerin doğruluğu açısından ayrıca değerlendirildi.

Videoların güvenilirliği ve kalitesi, değiştirilmiş mDISCERN, JAMA ve GQS puanlama yöntemleri kullanılarak değerlendirildi. mDISCERN, Singh ve diğerleri tarafından uyarlanan beş soruluk bir ölçektir (20). Her bir kriter 1-0 (evet/hayır) şeklinde sıralanır ve sıfır ile beş arasında puanlanır. JAMA puanlama sistemi, sağlıkla ilgili web sitelerinin içeriklerinin kalitesini değerlendirmek için kullanılır. Her kriter bir puandır toplamda dört kriterden (yazarlık, atıf, açıklama ve geçerlilik) oluşur en yüksek puan dörttür (19). GQS, videoların hastalar için öğretici yönlerini değerlendirmek için kullanılır (20). Video içeriğinin kalitesi 1'den 5'e kadar puanlanır. Bir puan en düşük kaliteyi, beş puan mükemmel kaliteyi gösterir.

Veriler, Windows için SPSS 25.0 versiyonu kullanarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzdeler, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum olarak sunuldu. Her bir sürekli değişkenin normallik dağılımını değerlendirmek için Shapiro-Wilk W testi, değişkenleri gruplar arasında karşılaştırmak için Independent Sample Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grubu karşılaştırmak için Independent Samples Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Bonferrini correction ile doğrulama yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için Spearman korelasyon testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p değerinin 0.05'ten küçük olması durumu olarak kabul edildi.

Toplam 120 video analiz edildi ve dahil edilme kriterlerine uyan 103 video değerlendirildi.Videoların ortalama süresi 17.85 ±18.94 (aralık; 0.30-59) dakikadır. Videolar ortalama 27825.11±153493.35 (aralık; 23-1302227) görüntülendiler. Yüklenmeden bu yana geçen ortalama süre 1290.57±865.88 (aralık; 18-3690) gün ve ortalama görüntülenme oranı 30.38±159.85 (aralık;1-1137) idi. Videolar ortalama 20.55±104.65 (aralık; 0-821) yorum ve 358.78±1951.55 (aralık; 0-16000) beğeni aldı, buna karşılık ortalama 18.65±115.86 kişi (aralık; 0-1100) beğenmedi. Ortalama beğeni oranı 171.44±938.02 (aralık; 0-9545) idi.

Videoların ortalama JAMA, mDISCERN, GQS ve VPI değerleri sırasıyla; 1.82±0.38 (aralık; 1-2), 2.26±0.88 (aralık; 0-4), 2.5±0.94 (aralık; 1-4), 0.66±152.27 (aralık; 0-1085) olarak hesaplandı. Videoların kaynağına göre VPI, mDISCERN, JAMA, GQS ortalamaları tablo 1'de verilmiştir.

Videonun kaynağına göre değerlendirildiğinde, VPI, JAMA, GQS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla; p=0.05, p=0.012, p=0.04). mDISCERN puanları ile video kaynağı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0.83). Özel Youtube kanalı tarafından yayınlanan videoların VPI puanının (77.64±258.44) diğerlerine göre dikkat çekici şekilde daha yüksek olduğu görüldü. Göz doktorları (GQS= 3.25±0.50, JAMA=2.0±0.0) ve kamu kurumları (GQS=3.67±0.57 JAMA=2.0±0.0) tarafından yayınlanan videoların GQS ve JAMA puan ortalamaları diğer kaynaklara göre daha fazla idi.

Videoların içeriğine göre VPI, mDISCERN, JAMA, GQS ortalamaları tablo 2'de verilmiştir.

Videolar içeriklerine göre değerlendirildiğinde mDISCERN, VPI, JAMA, GQS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla; p<0.001 p<0.001, p<0.001, p=0.001). Youtube'da göz sağlığı videolarının daha çok çocuklarda göz sağlığı (%36.89) hakkında bilgi verdiğini ve mDISCERN,

JAMA, GQS puanlarına göre düşük düzeyde bilgilendirici özellikte ve kalitede olduğunu belirledik (sırasıyla; (2.58±0.68), (1.89±0.31), (2.87±0.84)). Besin takviyesi ile ilgili videoların VPI puanlarının (195.08±372.90) diğer içeriklere göre oldukça yüksek olmasına rağmen mDISCERN, JAMA, GQS (sırasıyla; 1.0±0.92, 1.13±0.35, 1.63±0.69 puanları daha düşüktü.

Videoda anlatım yapanların % 85.43'ünü (n=88) göz doktorları oluştururken, % 14. 56'sı (n=15) göz doktoru değildi. Göz doktorlarında mDISCERN (2.50±0.65), JAMA (1.95±0.2) ve GQS (2.70±0.83) puan ortalamaları göz doktoru olmayanlara (sırasıyla; 0.79±0.42, 0.5±0.1, 1.0±0.0) göre daha yüksekti. VPI puan ortalamaları ise göz doktorlarında, göz doktoru olmayanlara göre belirgin olarak daha düşüktü (sırasıyla; 3.02±13.0, 192.03±302.04).

Toplam puanlar arasında korelasyon değerlendirildiğinde mDISCERN ile JAMA (cc=581 p<0.001), GQS ile JAMA (cc=582, p<0.001) ve mDISCERN ile GQS (cc=857, p<0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon vardı. VPI puanları ile mDISCERN, JAMA ve GQS arasında negatif korelasyon vardı ancak bu fark anlamlı değildi (sırasıyla; cc=-173 p=0.83, cc=-362, p=0.06, cc=-150 p=0.132).

Tablo 1. Video kaynağına göre VPI, mDISCERN, JAMA, ve GQS puan ortalamaları

Video Kaynağı	n	VPI	mDISCERN	JAMA	GQS
Göz Doktoru	4	41.87±51.85	2.5±0.57	2.0±0.0	3.25±0.50
Kamu Kurumları	4	3.05±0.95	3.0±0.0	2.0±0.0	3.67±0.57
Özel Youtube Kanalı	34	77.64±258.44	1.91±1.05	1.65±0.48	2.24±1.04
Özel Tv Kanalı	14	5.31±11.50	2.57±0.82	1.79±0.44	2.57±0.85
Özel Hastane	47	1.33±2.72	3.36±0.73	1.94±0.24	2.53±0.88

Tablo 2. Video içeriğine göre VPI, mDISCERN, JAMA, ve GQS puan ortalamaları

Kategoriler	n	VPI	mDISCERN	JAMA	GQS
Genel göz sağlığı	17	67.89±256.99	2.06±0.74	1.82±0.39	2.12±0.69
Besin takviyesi	8	195.08±372.90	1.0±0.92	1.13±0.35	1.63±0.69
Bilgisayar kullanımı ve göz sağlığı	7	22.12±42.16	2.29±0.95	1.71. ±0.48	2.57±1.13
Refraktif cerrahi	20	1.60±1.64	2.55±1.26	2.0±0.00	2.70±0.86
Reklam	6	0.31±0.37	0.01±1.96	1.60±0.54	1.40±0.89
Diyabet hastalığı	7	2.38±5.32	2.43±0.52	2.0±0.00	2.57±0.53
Çocuklarda göz sağlığı	38	0.91±1.94	2.58±0.68	1.89±0.31	2.87±0.84

Bu çalışmada göz sağlığı ile ilgili Türkçe içerikli YouTube videolarının güvenilirliğini, kalitesini ve popülerliğini değerlendirdik. Ortalama m-DISCERN puanını: 2.26±0.88 (kötü kalite), JAMA puanını: 1.82±0.38 (kötü kalite), GQS puanını: 2.5±0.94 (kötü kalite) olarak belirledik. Ortalama VPI puanının: 0.66±152.27 (aralık; 0-1085) olduğunu gördük. Son zamanlarda tıbbi bilgi kaynağı olarak YouTube videolarının içeriği konusunda çok sayıda çalışma yapılmıştır (14,15,16), ancak oküler hastalıklar hakkında yapılan çalışmalar görece azdır (13,38). Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma YouTube'da Türkçe içerikli göz sağlığı hakkındaki videolarının kalitesini araştıran ilk çalışmadır.

Videolardaki içeriklerin çoğunu çocuklarda göz sağlığı (38/103) ile refraktif cerrahi-kırma kusurları (20/103) oluşturuyordu. Çocuk göz sağlığı, özellikle düşük gelirli ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur ve artan ihtiyacı karşılamak için iyi entegre edilmiş, yenilikçi yöntemler gerektirir. Düzeltilmemiş kırma kusuru, çocuklarda görme bozukluğunun en yaygın nedenidir. Tedavi edilebilir kırma kusurlarının zamanında düzeltilmemesi; çocukların günlük yaşam aktiviteleri, okul başarısı ve kişisel gelişimini etkileyebilir.

Dünyada okula gitmeyen 72 milyon çocuğun en az üçte birinin görme engelliler de dahil olmak üzere engelli olduğu tahmin edilmektedir (2). Okul göz sağlığı programlarının temel ögelerinden biri, düzeltilmemiş kırma kusurlarının tespiti ve tedavisidir (1). Kırma kusurları odaklanmamış bir görüntünün retina üzerine düşmesine neden olarak bulanık ve/veya bozuk görüşe neden olur. Bu koşullar, çoğu durumda gözlük veya kontakt lens ile düzeltilebilir (1,2,3).

Görme taramaları ile önlenebilir görme bozukluğu nedenleri tespit edilebilir. Halk arasında "göz tembelliği" olarak adlandırılan ambliyopi, doğrudan gözün herhangi bir yapısal anormalliğinden kaynaklanmayan, en iyi düzeltilmiş görme keskinliğinin azalmasıdır. Şaşılık, kırma kusuru veya uyaran yoksunluğundan kaynaklanan anormal bir görsel deneyimden kaynaklanır. Ambliyopi ne kadar erken teşhis edilirse o kadar kolay ve başarılı bir şekilde tedavi edilir ve 7-9 yaşından sonra tedavisi imkansız hale gelir. Hastalar ve ebeveynler, gecikmiş değerlendirme ve tedavinin sonuçlarından habersiz olabilir (21,22). Çocuklar okul çağına gelene kadar az gördüğünü fark etmeyebilir.

29-45 yaş arası erişkinlerde tıp camiasına duyulan güvensizlik artmaktadır (23). Ebeveynler çocuklarının sağlığı konusunda bilgi almak için birden fazla kaynak arar (24,25). Youtube tüm dünyada internet aracılı etkileşimde ikinci sıradadır (26). Kolay erişilebilir ve merkezi bir içerik kaynağı olması bireysel aramalarda oldukça fazla tercih edilmektedir. YouTube' a kimlerin video yükleyebileceği konusunda herhangi bir kontrol yoktur ve bu videoların yapabileceği tavsiyeler veya tıbbi iddialar üzerinde herhangi bir kontrol varsa da yetersizdir. Bu nedenle, hekimlerin, ebeveynlerin çevrimiçi olarak eriştikleri tıbbi bilgilerin kalitesi ve doğruluğundan haberdar olmaları önemlidir. Çalışmamızda çocuklarda göz sağlığı videolarının ortalama mDISCERN, JAMA ve GQS skorları (sırasıyla, 2.58±0.68, 1.89±0.31, 2.87±0.84) diğer içeriklere göre daha yüksek olmak ile birlikte kötü kalite kategorisindeydi. Bununla birlikte, Youtube' da yayınlanan çocuklarda göz sağlığı içerikli videolar, önlenebilir görme azlığına neden olan durumları erken tespit etmek amacıyla çocuklarını göz taramasından geçirmeleri için ebeveynlere uyarı niteliğinde olabilir.

Çalışmamızda göz sağlığı başlığı altında en çok yayınlanan videolardan bir diğeri refraktif cerrahi-multifokal intraokuler lens ve kırma kusurları (20/103) ile ilgili idi. Düzeltilmemiş kırma kusurları görme kaybının önde gelen bir nedenidir ve katarakttan sonra körlüğün en sık nedenlerindendir (27,28). Her yıl birkaç milyon insan kırma kusurları nedeniyle refraktif cerrahi geçirmektedir (29). Youtube videoları ile refraktif cerrahi, kırma kusurları ve katarakt cerrahiside multifokal intraokuler lens kullanımı ile ilgili prosedürlerin avantajları, dezavantajları ve komplikasyonları hakkında bilgilere erişilebilir. Kırma kusurları ve refraktif cerrahi ile ilgili videoların daha çok yayınlanmasının

olası bir nedeni hastaların erişebileceği ve anlayabileceği sağlık uzmanları tarafından hazırlanan güvenilir kaynakların bulunmamasıdır (30). Çalışmamızda ortalama değerleri sırasıyla 2.55±1.26, 2.0±0.00, 2.70±0.86 olan mDISCERN, JAMA ve GQS skorlamalarını kullandık. Bu sonuçlar, hastaların kırma kusurları ve refraktif cerrahi hakkında bilgi edinmek için YouTube videolarını izlemeyi tercih etmesine rağmen, bu tür videoların hastaları bilgilendirmek için yeterince kaliteli olmadığını göstermektedir. Ayrıca doktorler tarafından yüklenen videoların doktor olmayanlara göre daha kaliteli olmasına rağmen, doktor olmayanlar tarafından yüklenen videoların popülerliği daha yüksektir. Araştırmalar, doktorlar tarafından yüklenen videoların, doktor olmayanlar tarafından yüklenen videolardan daha güvenilir olmasına rağmen, doktorların izlenme oranlarının daha düşük olduğunu göstermektedir (31,32). Bu durum doktorlar tarafından üretilen videoların hastalar tarafından yeterince anlaşılamamasından kaynaklanabilir.

YouTube' un tıbbi bilgi kaynağı olarak kullanımı konusunda bir çok çalışma yürütülmüş olmakla birlikte göz hastalıkları ve tedavi seçenekleri ile ilgili değerlendirmeler sınırlıdır (13,14,33,34). Bae ve Baxter katarakt cerrahisi ile ilgili 72 Youtube videosunu değerlendirdiği çalışmada hastalar için eğitim kaynaklarının yetersiz olduğu belirtmiştir (13). Guthrie ve arkadaşlarının retinitis pigmentosayı ele alan YouTube videolarını değerlendirdiği çalışmasında videoların %50'sinin yanıltıcı olduğunu ve yalnızca %31.5'inin yararlı, bilimsel olarak doğru bilgiler sağladığı belirtildi (35). Tüm bu bilgiler birlikte değerlendirildiğinde YouTube' taki bazı videolar faydalı bilgiler içeriyor olsa da, YouTube özellikle göz hastalıkları ile ilgili bilgilendirme kaynağı olarak sınırlı bir faydaya sahiptir.

Çalışmamızda mDISCERN, JAMA ve GQS puanları ile videoların popülaritesi arasında negatif bir ilişki olduğunu gördük. Bu diğer çalışmalardaki veriler ile uyumlu idi (36,37). Bu sonuçlar YouTube izleyicilerinin genellikle eğitim içeriği ve kalitesi düşük olan videolar ile daha fazla ilgilendiğini göstermektedir. Bu durum, çoğu YouTube izleyicisinin sağlık çalışanı olmaması nedeniyle eğitici içeriği yüksek olan videolardaki bilgilerin anlaşılmasının zorluğundan kaynaklanabilir. Bir diğer sebep, izleyici kitlesinin içeriği 'beğenme' alışkanlığına sahip olmayan bir demografik yapıya sahip olması olabilir.

Sonuç olarak; YouTube videolarının hastalar için göz sağlığı konusunda bazı faydalı bilgileri içermesine rağmen; hala tam olarak kapsamlı ve güvenilir, tarafsız bir bilgi kaynağı olmadığını söyleyebiliriz. Bilgi kaynağı olarak kullanılan bu videolar daha nitelikli profesyoneller tarafından kaydedilmeli ve tüm tedavi seçenekleri, komplikasyonlar ve iyileşme süreci ile ilgili tüm bilgileri objektif olarak sunulmalıdır. Göz sağlığı ile ilgili tarafsız ve kaliteli videolar geliştirmenin yanı sıra, hastaları güncel, doğru ve güvenilir bilgi veren, yanlış bilgi içermeyen videolara yönlendirmek gerekmektedir.

Kaynakça

1. World Health Organization. Blindness and vision impairment Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment
2. Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years: evaluating the prevalence of avoidable blindness in relation to "VISION 2020: the Right to Sight". Lancet Global Health 2020. doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30489-7
3. Asbell PA, Dualan I, Mindel J, Brocks D, Ahmad M, Epstein S. Age-related cataract. Lancet. 2005;365(9459):599-609. doi:10.1016/S0140-6736(05)17911-2
4. Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years: an analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet Global Health 2020. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30425-3
5. Sheeladevi S, Lawrenson JG, Fielder AR, Suttle CM. Global prevalence of childhood cataract: a systematic review. Eye (Lond). 2016;30(9):1160-1169. doi:10.1038/eye.2016.156
6. Bashinsky AL. Retinopathy of Prematurity. N C Med J. 2017;78(2):124-128. doi:10.18043/ncm.78.2.124
7. Fashner J. Eye Conditions in Infants and Children: Myopia and Hyperopia. FP Essent. 2019;484:23-27.
8. Whitehead L, Seaton P. The Effectiveness of Self-Management Mobile Phone and Tablet Apps in Long-term Condition Management: A Systematic Review. J Med Internet Res. 2016;18(5):e97. Published 2016 May 16. doi:10.2196/jmir.4883
9. Aleo CL, Hark L, Leiby B, et al. Ophthalmic patients' utilization of technology and social media: an assessment to improve quality of care. Telemed J E Health. 2014;20(10):887-892. doi:10.1089/tmj.2013.0365
10. Deiner MS, McLeod SD, Chodosh J, et al. Clinical Age-Specific Seasonal Conjunctivitis Patterns and Their Online Detection in Twitter, Blog, Forum, and Comment Social Media Posts. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2018;59(2):910-920. doi:10.1167/iovs.17-22818
11. Aslam S. YouTube by the numbers: stats, demographics & fun facts: omnicore. 2019. https://www.omnicorea gency.com/youtube-statistics/.
12. Wikipedia The Free Encyclopedia. List of most popular websites. https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_most_popular_websites. Accessed 11 Dec 2020.
13. Bae SS, Baxter S. YouTube videos in the English language as a patient education resource for cataract surgery. Int Ophthalmol. 2018;38:1941–1945.
14. Samuel N, Alotaibi NM, Lozano AM. YouTube as a source of information on neurosurgery. World Neurosurg. 2017;105:394–398.
15. Drozd B, Couvillon E, Suarez A. Medical YouTube videos and methods of evaluation: literature review. JMIR Med Educ. 2018;4:e3.
16. Aydin MA, Akyol H. Quality of Information Available on YouTube Videos Pertaining to Thyroid Cancer. J Cancer Educ. 2020;35(3):599-605. doi:10.1007/s13187-019-01502-9

17. Moorhead SA, Hazlett DE, Harrison L, Carroll JK, Irwin A, Hoving C. A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. J Med Internet Res. 2013;15(4):e85. Published 2013 Apr 23. doi:10.2196/jmir.1933

18. Madathil KC, Rivera-Rodriguez AJ, Greenstein JS, Gramopadhye AK. Healthcare information on YouTube: A systematic review. Health Informatics J. 2015;21(3):173-194. doi:10.1177/1460458213512220

19. Erdem MN, Karaca S. Evaluating the accuracy and quality of the information in kyphosis videos shared on YouTube. Spine (Phila Pa 1976). 2018;43:1334–1339.

20. YouTube for information on rheumatoid arthritis - a wakeup call? Singh AG, Singh S, Singh PP. J Rheumatol. 2015;39:899–903.

21. Couser NL, Smith-Marshall J. The Washington metropolitan pediatric vision screening quality control assessment. ISRN Ophthalmol. 2011;2011:801957.

22. de Koning HJ, Groenewoud JH, Lantau VK, et al. Effectiveness of screening for amblyopia and other eye disorders in a prospective birth cohort study. J Med Screen. 2013;20(2):66–72

23. Wilk AS, Platt JE. Measuring physicians' trust: a scoping review with implications for public policy. Soc Sci Med 2016;165:75-81.

24. Goldman RD. Online resources in pediatrics. Can Fam Physician 2014;60:443-4.

25. Goldman RD, Macpherson A. Internet health information use and e-mail access by parents attending a paediatric emergency department. Emerg Med J 2006;23:345-8.

26. Alexa: Youtube.com. Available at: https://www.alexa.com/siteinfo/ youtube.com. Accessed August 19, 2019.

27. Bourne RR, Stevens GA, White RA, et al. Causes of vision loss worldwide, 1990–2010: a systematic analysis. Lancet Glob Health. 2013; 1:e339–e49.

28. Resnikoff S, Pascolini D, Mariotti SP, et al. Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004. Bull World Health Organ. 2008;86:63–70.

29. Alió JL, Krueger RR, Bidgoli S. The world burden of refractive blindness. J Refract Surg. 2016;32:582–584.

30. Williams AM, Muir KW, Rosdahl JA. Readability of patient education materials in ophthalmology: a single-institution study and systematic review. BMC Ophthalmol. 2016;16:133.

31. Desai T, Shariff A, Dhingra V, et al. Is content really king? An objective analysis of the public's response to medical videos on YouTube. PLoS One 2013;8:e82469.

32. Tartaglione JP, Rosenbaum AJ, Abousayed M, et al. Evaluating the quality, accuracy, and readability of online resources pertaining to hallux valgus. Foot Ankle Specialist. 2016;9:17–23.

33. Gokcen HB, Gumussuyu G. A quality analysis of disc herniation videos on YouTube. World Neurosurg. 2019 [epub ahead of print].

34. Garg N, Venkatraman A, Pandey A, et al. Y ou T ube as a source of information on dialysis: a content analysis. Nephrology. 2015;20: 315–320.

35. Guthrie G, Davies R, Fleming C, et al. YouTube as a source of information about retinitis pigmentosa. Eye. 2014;28:499.

36. Hickman SJ. An evaluation of educational neurological eye movement disorder videos posted on internet video sharing sites. J Neuroophthalmol. 2016;36:33–36.

37. Charnock D, Shepperd S, Needham G, et al. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. J Epidemiol Community Health. 1999;53:105–111.

38. Kuçuk B, Sirakaya E. An analysis of youtube videos as educational resources for patients about refractive surgery. Cornea. 2020;39:491–494.

HALK SAĞLIĞI PERSPEKTİFİNDEN İNTERNET HABER MEVZUATI

Eray ÖNTAŞ
Devrek İlçe Sağlık Müdürlüğü
erayontas@gmail.com

İletişim, eğitim, eğlence, ticaret, sağlık gibi toplumsal hayatın her alanında yaşanan teknolojik dönüşüm, bireyin toplumun bir parçası olabilmesi için, dijital erişimi zorunlu kılmaktadır. Temel sağlık bilgisine erişim önemli bir kaynak olan internetin [1], evrensel olarak sunulması, karşılanabilir ve kaliteli olarak sunulması bir insan hakkıdır [2], internet erişimiyle kullanılabilen bir takım hak ve özgürlükler için bir ön koşuldur [3, 4]. Dünya Sağlık Örgütü, *"Sağlığa tam anlamıyla erişmek için* tıp, *psikoloji ve ilgili bilgi olanaklarının tüm insanlığa ulaştırılmasının* şart *olduğunu"* belirtmektedir [5]. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi [6], sağlık hakkını *"yalnızca zamanında sağlanan ve uygun sağlık hizmetlerini değil, aynı zamanda (...) sağlıkla ilgili eğitime ve bilgiye erişim gibi sağlığın belirleyici etmenlerini içeren kapsayıcı bir hak"* olarak yorumlamaktadır. Bu durum halk sağlığı açısından incelenmesi gereken iki temel sorun ortaya çıkarmaktadır: 1) Dijital erişimin olmaması nedeniyle kişinin kendi sağlığını korumak için ihtiyaç duyduğu temel sağlık bilgisine ve sağlık hizmetlerine erişememesi; 2) Eleştirel okuryazarlık becerisi olmadan doğruluğu ve güvenilirliği değerlendirilemeyen bilginin bireyin ve toplumun sağlık üzerine etkisidir. Bu derlemede Türkiye'de yürürlükte olan internet haber mevzuatı, kamu sağlığı perspektifinden incelenmiştir.

"Evrensel erişim" üzerine Türkiye'deki mevzuat incelendiğinde, 5369 sayılı Evrensel Hizmet Kanunu m.2/ç›de evrensel hizmeti tanımlamıştır. Aynı kanunun 3. maddesinde evrensel hizmetin karşılanabilir ve makul fiyat seviyesinde sunulacağı ve tanımlanan dezavantajlı olabilecek grupların erişim açısından desteklenmesine yönelik ifadeler bulunmaktadır. Evrensel erişimin olması kadar bu erişim ile ulaşılan enformasyonun nasıl kullanılacağı, bireysel ve toplumsal etkileri de halk sağlığı açısından önemli bir diğer sorun alanıdır. Toplumun sağlıkla ilgili bilgi açığının giderilmesinde önemli bir rolü olan internet haber sitelerinde, bilginin doğruluğunu ve güvenilirliğin sağlanmasında okuyucu da dahil olmak üzere kaynağa, medyaya, kamu otoritesine, akademiye belirli bir sorumluluk atfetmek mümkündür fakat temel sorumluluk, süreci organize etme yükümlülüğü olan kamu otoritesindedir. Türkiye'de internetin yönetiminde yer alan yetkili ve sorumlu kurumlar, T.C. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı ile ilişkili kuruluş olarak kurulan Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK)'dur. 5651 sayılı İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun'da Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu'na birçok görev ve yetki verilmiş, internet süjesi olarak tanımlanan içerik sağlayıcı, yer sağlayıcı ve erişim sağlayıcı, toplu kullanım sağlayıcı ve sosyal ağ sağlayıcıların yükümlülük ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Basın Kanunu'nda temel tanımlar ve sorumlulukların internet haber siteleri için güncellenmemiş olması, kanunda süreli yayınlarda eser sahibinin belirli olmasına yönelik cezai sorumluluk, internet haber

sitelerinde gözetilmemesi bilgi düzensizliğine zemin oluşturan mevzuat eksikliklerindendir [7]. Basın Kanununda süreli yayınlar, eser sahibinden en üst yöneticiye dek müştereken ve müteselsilen hukuki sorumlu tutulurken, 5651 s.K.'da içerik sağlayıcının, internet ortamında kullanıma sunduğu her türlü içerikten sorumlu olduğu ifade edilmiş, detaylarına yer verilmemiştir [7, 8]. Bilgi düzensizliğini artıran teyitsiz ve izinsiz kopya habercilik yaklaşımı ile ilişkili mevzuat incelendiğinde, içerik sağlayıcının 5651 s.K.'den doğan sorumluluğu ve 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu (FSEK) ek m. 4'de dijital iletimi de kapsayacak şekilde tanımlanmıştır [9]. Fakat mevcut düzenlemeye göre içerik sağlayıcının hak sahibinin talebi için tanınan 3 günlük süre ile "Uyar-Kaldır Sisteminin" ilk basamakta yer alması, düzenlemenin caydırıcı olmaması yönüyle eleştirilebilir. Mevcut mevzuata dair önemli bir başka eksikli de basılı yayın kuruluşu ile ilişkili olmayan ve sadece internetten yayın yapan haber sitelerinde çalışanların mesleki tanımının yapılması ve mesleki özlük haklarının tanınmasıdır. 5187 sayılı Basın Kanunu m.2/b'deki tanıma göre süreli yayınlar "belli aralıklarla yayımlanan gazete, dergi gibi basılmış eserler ile haber ajansları yayınlarını" kapsamaktadır; fakat mevzuatın güncel olmaması nedeniyle, internet haber siteleri bu kapsamda değerlendirilmemekte, internet haber sitelerinde çalışanlar (habercilik yapanlar), "gazeteci" sayılmadıkları için çalışma koşulları, özlük hakları, basın kartları, sendikal hakları ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır [10]. T.C. Adalet Bakanlığı tarafından Nisan 2021'de duyurulan İnsan Hakları Eylem Planı'nda [11], ifade özgürlüğü ilişkili mevzuatın uluslararası insan hakları standartları doğrultusunda düzenleneceği, haber verme amacını aşmayan veya eleştiri amacıyla yapılan düşünce açıklamalarının soruşturmaya konu edilmemesi için yargı üyelerinin eğitileceği, basın yoluyla işlenen suçlarda muhakeme şartı sürelerinin düzenleneceği, erişim engellemelerinde internet sitesinin tamamının değil, ilgili içeriğin kısıtlanacağı, ifade ve basın özgürlüğünün önemli bir parçası olan "gazeteci güvenliğinin" esas olmasına ve gazetecilerin mesleki faaliyetlerinin kolaylaştırılmasına yönelik tedbirlerin alınacağı, yayım yasaklarını düzenleyen mevzuatın basın özgürlüğünü güçlendirecek şekilde düzenleneceği, Basın İş Kanunu'na tabi çalışanların iş mevzuatındaki haklardan eksiksiz faydalanmaları için düzenleme yapılacağı ifade edilmiştir. Bütüncül bir yaklaşımla "nedenlerin nedenleri" ele alındığında, "4. güç" medyanın bağımsızlığını etkileyen "politik güç" haricinde, medya kuruluşlarında içerikleri belirleyen önemli bir faktör olarak "reklam gelirlerinin dağıtım ilişkisi" irdelenmeli, yeni düzenlemelerle "dijitalleşme ve rekabet" maddi ve algoritmik şeffaflık, yakından izlenmelidir.

Toplumun tüm üyelerinin sorumlu olduğu sağlığının geliştirilmesi sürecinde, kamu tarafından ihtiyaç duyulan bilginin doğru, zamanında ve anlaşılır bir şekilde internette bulunabilmesi için, kamu otoritesinin, olumlu bir edimde bulunarak, bu sorumlulukların yerine getirilebileceği bir ortam sunması gereklidir. Mevcut eksikliklere yönelik yapılacak düzenlemelerde iki nokta gözetilmelidir: yayınların hukuka uygunluk sınırları oluşturulurken Anayasa tarafından korunan basın hürriyeti, kişilik hakları ve sağlık hakkı sınırları iyi belirlenmeli ve mevzuat düzenlemelerinin kamu, özel sektör, sivil toplum örgütlerinin geniş katılımıyla iş birliği içerisinde yapılmalıdır.

Kaynakça

1 Liobikienė, G. and J. Bernatonienė, The determinants of access to information on the Internet and knowledge of health related topics in European countries. Health Policy, 2018. 122(12): p. 1348-1355.

2. Internet Rights & Principles Coalition, İnternette İnsan Hakları ve İlkeleri Şartı. 2014, United Nations Internet Governance Forum.

3. Ayaz, T. and Ş. Işıklı, Bir İnsan Hakkı Olarak İnternet Erişimi: Herkes İçin İnternet Tartışması. International Journal of Information, Technology and Philosophy, 2020. 2(4).

4. Mendel, T. and L. Notess, The right to information in times of crisis: access to information – saving lives, building trust, bringing hope!, in World trends in freedom of expression and media development: issue brief. 2020, UNESCO.

5. World Health Organization, Constitution of the World Health Organization, in Basic documents: forty-ninth edition, including amendments adopted up to 31 May 2019. 1948: Geneva.

6. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. 1976 [cited 12; Available from: https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx.

7. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. 5187 sayılı Basın Kanunu. 2004 12.06.2021]; Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5187.pdf.

8. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. 5651 sayılı İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun. 2007 12.06.2021]; Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5651.pdf.

9. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu. 1951 12.06.2021]; Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.5846.pdf.

10. Taneri, E. and Y. Turan, İnternet Haber Sitelerinin Özel Düzenlenmesi ve Hukuki Sorunları. GSI Articletter, 2015. 13: p. 159.

11. T.C. Adalet Bakanlığı, İnsan Hakları Eylem Planı ve Uygulama Takvimi. 2021.

HEMŞİRELERİN YAŞAM BULGULARINI İZLEME TUTUMLARI İLE DUYGUSAL ZEKÂ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Aysel ÖZSABAN[1], *Nuray TURAN*[2], *Çiğdem BEKİ*[3], *Türkinaz AŞTI*[4]
[1]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü*
[2]*İstanbul Üniversitesi, Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü*
[3]*İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi*
[4]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü*
ayselates87@gmail.com

Giriş-Amaç

Yaşam bulgularının izlemi, hastanede yatan hastaların bakım ve tedavi sürecinin yönetiminde önemli olmakla birlikte, hemşirelik tanılamasının ana bir bileşenidir. Yaşam bulgularının zamanında, bireye özgü olarak izlenmesi ve klinik karar verme sürecinde etkin bir şekilde kullanılması hasta güvenliği konusudur. Öte yandan, hemşirelerde üretkenliğin ve başarının bir göstergesi olan duygusal zekâ, bakımın kalitesinde etkili olan davranışları etkileyebilmektedir. Bu kapsamda araştırma, hemşirelerin yaşam bulgularını izleme tutumları ile duygusal zeka düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile gerçekleştirildi.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde planlanan araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinde Temmuz-Eylül 2021 tarihleri arasında aktif olarak çalışan toplam 390 hemşire; örneklemini ise, güç analizine göre belirlenen, evren içinden, araştırmanın amacı ve kapsamı konusunda yapılan bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden 301 hemşire oluşturdu. Veriler, Hemşire Bilgi Formu, Yaşam Bulguları Ölçeği ve Duygusal Zeka Değerlendirme Ölçeği ile araştırmacılar tarafından yüz yüze toplandı. Çalışmanın yürütülebilmesi için, kurum izni ve etik kurul onayı alındı (26.07.2021/ E-54022451-050.05.04-24442). Verilerin analizleri, bilgisayar ortamında R vers. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı (bağımsız gruplar t testi,tek yönlü varyans analizi, bonferroni testi, pearson korelasyon analizi, kruskal-wallis testi) istatistikler kullanılarak gerçekleştirildi. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin %81.1' i kadın, yaş ortalaması 25.99±6.18 yıl ve %38.3' ü lisans ve lisansüstü mezunu idi. Hemşirelerin Yaşam Bulguları ve Duygusal Zeka Değerlendirme Ölçekleri toplam puan ortalamaları sırasıyla 58.45±7.41 ve 140.82±29.35 idi. Hemşirelerin Yaşam Bulguları ile Duygusal Zeka Değerlendirme Ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Ancak; Yaşam Bulguları Ölçeği toplam puanları ile Duygusal Zeka

Değerlendirme Ölçeği' nin Duyguları Yönetme ve Kendini Motive Etme alt boyut puan ortalamaları arasında, Yaşam Bulguları Ölçeği İletişim alt boyut puan ortalaması ile Duyguların Farkında Olma, Duyguları Yönetme, Kendini Motive Etme, Empati, Sosyal Beceriler alt boyut ve Duygusal Zeka Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. Aynı zamanda, Yaşam Bulguları Ölçeği Bilgi alt boyutu puan ortalamaları ile Duyguların Farkında Olma, Duyguları Yönetme, Kendini Motive Etme alt boyut ve Duygusal Zeka Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması arasında, Yaşam Bulguları Ölçeği İş Yükü alt boyut puan ortalaması ile Duygusal Zeka Değerlendirme Ölçeği Kendini Motive Etme alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

Sonuç

Hemşirelerin yaşamsal bulgularını izleme tutumlarını, duygusal zekanın göstergeleri olan iletişim, empati, duygusal farkındalık, duyguları yönetme ve kendini motive etme gibi faktörlerin etkilediği sonucuna varılabilir. Bu doğrultuda, hemşirelere yaşam bulgularını izlemeye yönelik olumlu tutum ve davranışlar kazandırmada, duygusal zekanın etkilerine odaklanılması önerilebilir.

Kaynakça

1. Adams K, Iseler JI. The Relationship of bedside nurses' emotional intelligence with quality of care. J Nurs Care Qual. 2014; 29(2): 174-181.
2. Brekke IJ, Puntervoll LH, Pedersen PB, Kellet J, Brabrand M. The value of vital sign trends in predicting and monitoring clinical deterioration: A systematic review. PLoS ONE 14. 2019. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210875
3. Dall'Ora, C., Griffiths, P., Hope, J., Barker, H., Smith, G.B. (2020). What is the nursing time and workload involved in taking and recording patients' vital signs? A systematic review. J. Clin. Nurs. 29:2053–2068.
4. Ertuğ N. Evaluating the validity and reliability of the V-scale instrument (Turkish version) used to determine nurses' attitudes towards vital sign monitoringInt. J. Nurs. Pract. 2018;24. https://doi.org/10.1111/ijn.12637
5. Kyriacos U, Jelsma J, Jordan S. Monitoring vital signs using early warning scoring systems: a review of the literature. J. Nurs. Manag. 2011;19: 311–330.
6. Mok W, Wang W, Cooper S, Ang ENK, Liaw SE. Attitudes towards vital signs monitoring in the detection of clinical deterioration: scale development and survey of ward nurses. Int J Qual Health Care. 2015; 27(3): 207–213.
7. Okumuş, D.Ç., Uğur, E. Hemşirelerin duygusal zeka düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi. AUHSJ. 2017; 2:104-109.
8. Taylan, S., Özkan, İ., Şahin, G. (2021). Caring behaviors, moral sensitivity, and emotional intelligence in intensive care nurses: A descriptive study. Perspect Psychiatr Care. 57(2):734-746.
9. Watkins, T., Whisman, L., Booker, P. (2015). Nursing assessment of continuous vital sign surveillance to improve patient safety on the medical/surgical unit. J.Clin. Nurs.25:278–281.

HİSTEREKTOMİ YAPILAN HASTALARIN HİSTOPATOLOJİK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Selim GÜLÜCÜ
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
selim.gulucu@gop.edu.tr

Total abdominal histerektomi operasyonu çeşitli endikasyonlarla uygulanan majör operasyon olup jinekolog tarafından sezaryen operasyonundan sonra en sık olarak uygulanan bir ameliyattır (1). Histerektomi çeşitli nedenlerle gerçekleştirilse de dünyada en sık endikasyonu uterin myomlardır. Anormal uterin kanama, adenomyozis, pelvik ağrı ve pelvik organ prolapsusu diğer başlıca histerektomi endikasyonlarını oluşturur (2). Genellikle 40-55 yaş aralığı en sık histerektomi yapılan yaş aralığıdır. Histerektomi prosedürü abdominal ya da vajinal yol ve laparoskopi ya da laparotomi tekniği kullanılarak yapılmaktadır. Histerektomi yönteminin belirlenmesinde; hasta ile ilgili faktörler ile cerrahın bilgisi ve tecrübesi ön planda bulundurulmalıdır (3). Histerektomi uygulaması ile birlikte eş zamanlı salpingooferektomi yapılması hastanın menapozal durumuve ve operasyon endikasyonu ile yakından ilgilidir. Bilateral salpingooferektomi prosedürünün cerrahiye eklenmesi ile ileri yaşlarda olası tuba ve over kanser riskini ortadan kaldırmaktadır. Ancak bunun durumun yol açtığı cerrahi menapoz, kardiyovasküler ve osteoporoz risklerini arttırmaktadır. Bu çalışmanın amacı histerektomi yapılan hastaların endikasyonlarını, histerektomi yöntemlerini ve histopatolojik sonuçlarını değerlendirmektir

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesinde kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde 2015-2021 tarihleri arasında histerektomi yapılan olguların kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (Tarih:18.11.2021). Dosyalardan hastaların yaş, histerektomi endikasyonu, histerektomi yöntemi varsa prosedüre ek yapılan cerrahiler ve histopatolojik sonuçlarının değerlendirilmesi planlandı.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için IBM SPSS Statistics 22 programı kullanıldı. Veri değerlendirmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, medyan, standart sapma, oran, frekans, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Kolmogorov-Smirnov ve grafiksel değerlendirmeler ile nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. $p<0.05$ değeri anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Çalışmada 1028 hastaya histerektomi uygulandığı tespit edildi. Bu hastaların ortalamaları yaşları 43,71±2,83 (24-80) yıl idi. Abdominal açık cerrahi ile histerektomi uygulanan hastaların ortalamaları

yaşları 42,43±3,12 (24-78), laparoskopik ile histerektomi uygulanan hastaların ortalamaları yaşları 45,68±1,97 (39-72), vajinal cerrahi ile histerektomi uygulanan hastaların ortalamaları yaşları 47,51±2,09 (45-80) yıl idi.. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo-1. Demografik özellikleri

Ort:ortalama, St:standart sapma, min:minimum, max:maxium

Prodesür	Ort.yaş+St (min-max)	Hasta Sayısı
Abdominal açık cerrahi	42,43±3,12 (24-78)	711
Laparoskopik	45,68±1,97 (39-72)	155
Vajinal cerrahi	47,51±2,09 (45-80)	162

Çalışmada hastaların histopatolojik sonuçları değerlendirildiğinde en sık leiomyoma tespit edildi (% 27,91). Daha sonra sırasıyla % 10,99 endometrial polip, % 9,94 atrofik endometrium izlendi. Yapılan histerektomi endikasyonlarının en sık sebebi leiomyoma ve tedaviye dirençli uterin kanama olduğu kaydedildi (% 54). Histopatolojik sonuç verileri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo-2. Histopatolojik Sonuçlar

Histopatoloji	Sayı (n)	Yüzde oranı (%)
Leiomyoma	287	27,91
Adenomyozis	74	7,19
Endometrial Hiperplazi	91	8,85
Endometrial Polip	113	10,99
Atrofik endometrium	92	9,94
Karsinom	78	7,58
Obtetrik nedenli	32	3,11
Mol Hidatiform	1	0,09

Çalışmada abdominal açık cerrahi ile histerektomi yapılan hastaların % 74,52'sine tek veya bilateral ooferektomi prosedürü cerrahiye eklenmiştir. Vajinal cerrahi ile histerektomi yapılan hastaların % 47'sine sistosel veya sistorektosel prosedürü cerrahiye eklenmiştir. Laparoskopik ile histerektomi uygulanan hastaların % 76,54'sine tek veya bilateral ooferektomi prosedürü cerrahiye eklenmiştir.

Histerektomi sıkça uygulanan cerrahi operasyonlardan birisidir. Sık uygulan cerrahi yöntem olmasıyla beraber halen bu tedavi yöntemi ile ilgili tartışmalı noktalar vardır. Histerektomi uygulama endikasyonları geniş olup leiomyomlar, endometriozis, adenomyozis, uterovaginal prolapsus, pelvik ağrı, anormal uterin kanama gibi durumlarda uygulanabilmektedir(1). Uterusun en sık görülen benign tümörü

uterin leiomyoma olup bütün yumuşak doku tümörleri içinde ilk sıradır. Postmortem incelemelerde, kadınların % 50'sinde saptanmıştır (2). Uterin leiomyoma en sık histerektomi nedeni olup neden olduğu semptomlar nedeniyle yılda yaklaşık 140.000 histerektomi ve 20.000 myomektomi yapılmaktadır (3). Histerektomi piyeslerinin histopatolojik incelenmesinde insidansı % 77'ye çıkmaktadır (3). Çalışmada histerektomi endikasyonlarının en sık sebebinin leiomyoma ve tedaviye dirençli uterin kanama olduğu kaydedildi (% 54). Dinçgez ve arkadaşları 949 histerektomi olgusunu değerlendirmiş ve en sık histerektomi endikasyonunu % 32.77 ile myoma uteri olarak bulmuşlardır (4). İsaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise % 33,72 ile ilk sırada anormal uterin kanama, % 28,29 ile myoma uteri ise ikinci sırada yer almıştır (5). Tazegül ve arkadaşlarının çalışmasında histerektomi uygulamasının en sık sebebi % 41,9 ile myoma uteri olup operasyon endikasyonlarının % 13'ünü ovarian kistler, % 10'unu disfonksiyonel uterin kanamalar, %3,16'sını servikal displazilerin oluşturduğunu rapor ettiler (6). Sistemik bir derlemede anormal uterin kanamalarda histerektomi ile endometrial ablasyon tedavi seçenekleri karşılaştırılmış histerektominin başarısının daha fazla olduğu saptanmıştır (7).

Çalışmada hastaların histopatolojik sonuçları değerlendirildiğinde en sık leiomyoma tespit edildi (% 27,91). Daha sonra sırasıyla % 10,99 endometrial polip, % 9,94 atrofik endometrium izlendi. Bukhari ve arkadaşlarının çalışmasında; % 94,1 benign, % 4,3 malign, kalan % 1,62 olguda belirgin bir patolojik değişiklik saptanmadığını bildirmişlerdir (8). Yapılan bir çalışmada benign endikasyonlarla uygulanan 1832 histerektomi piyesinin histopatolojik sonucunun değerlendirildiği çalışmada sonuç; leiomyoma (% 27,8), adenomyozis (% 20,5), malign lezyonlar ise karsinom (% 3,5) ve sarkom (% 0,81) olarak raporlanmıştır (8). Ojeda ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada değerlendirdikleri 621 hastada; % 44,76 leiomyoma, % 14 adenomyozis, , % 22,33 endometrial hiperplazi, % 12,23 malign hastalık tespit etmişlerdir (9). Atılgan ve arkadaşlarının çalışmasında 361 hasta değerlendirilmiş bu hastaların % 40,16'sında myoma uteri, % 25,48'inde adenomyozis, % 38,22'sinde endometrial hiperplazi ve % 8,86'sında endometrial polip bildirmişlerdir (10). İsaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların % 32,17'inde leiomyoma, % 30,23'inde adenomyozis, % 29,84'ünde endometrial hiperplazi ve % 5,04'ünde endometrial polip bulunduğu saptandı (5). Histerektomi materyallerinin histopatolojik değerlendirme sonrası birden fazla patoloji beraberliğine rastlanabilmektedir. Shegill ve arkadaşlarının histerektomi materyalinin histopatolojik sonuçlarını değerlendirdikleri 100 vakalık çalışmalarında; 38 vakada leiomyoma ile birlikte adenomyozis, 25 vakada sadece leimyomoma, 3 vakada ise sadece adenomyozis raporladılar (11). İsaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında 37 olguda (% 34,57) myoma uteri ve endometrial hiperplazi, 23 olguda (% 21,49) myoma uteri ve adenomyozis, 18 olguda (% 16,82) myoma uteri ve endometrial polip tespit edildi (5). Talukder ve ark. yaptığı 328 olguluk serilerinde bir çalışmada serviksin histopatolojik olarak değerlendirilmesi sonrası % 87,8 oranında kronik servisit tespit edildiğini bildirmişlerdir (12). İsaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında % 54,26 olguda kronik servisit olduğu tespit edilmiş (5). Çalışmada abdominal açık cerrahi ile histerektomi yapılan hastaların % 74,52'sine tek veya bilateral ooferektomi prosedürü cerrahiye eklenmiştir. Vajinal cerrahi ile histerektomi yapılan hastaların % 47'sine sistosel veya sistorektosel prosedürü cerrahiye eklenmiştir. Laparoskopik ile histerektomi uygulanan hastaların % 76,54'sine tek veya bilateral ooferektomi prosedürü cerrahiye eklenmiştir.

Sonuç

Histerektomi öncesinde hastaya tam bir fizik muayene yapılması, operasyon hakkında bilgi verilmesi ve cerrahi tedavi uygulaması anlatılmalıdır. Histerektomi prosedürü hastanın kliniği ve risk faktörleri dikkate alınarak uygun yöntemle uygulanmalıdır. Operasyon sonrası sonrasında hastanın histopatolojik sonucunun olası bir malignite açısından takip edilmesi ve belirli aralıklarla kadın doğum polikliniklerine kontrole gelmesi gerektiği hastalara hatırlatılmalıdır.,

Kaynakça

1. Rock AJ, Jones WH (eds). Te Linde's Operative Gynecology 9th ed. Chap 30. Philadelphia: Wiliams & Wilkins Lippincott 2003; 753-98.
2. Lepine LA, Hillis SD, Marchbanks PA, Koonin LM, Mor-row B, Kieke BA, Wilcox LS. Hysterectomy surveillance- United States 1980-1997. MMWR 1997; 46: 1-15.
3. Cramer SF, Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. Am J Clin Pathol 1990; 94: 435-8.
4. Dinçgez B, Coşkun Eİ, Ayanoğlu YT. Kliniğimizde gerçekleştirilen histerektomi olgularının değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2011; 45: 35-8.
5. İsaoğlu Ü, Yılmaz M, Delibaş İB, Gözükara İ, Bilici AE, Uluğ P, Kabalar E. Histerektomi materyallerinde histopatolojik tanıların incelenmesi. Abant Tıp Dergisi 2013;2(2):91-94.
6. Tazegül A, Acar A. Kliniğimizde Gerçekleştirilen Histerektomi Olgularının Klinik ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Selçuk Tıp Derg 2010;26(1):19-22.
7. Fergusson RJ, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C: Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev 2013;11:CD000329
8. Bukhari U, Sadiq S. Analysis of the underlying patho-logical lesions in hysterectomy specimens. Pak J Pathol 2007; 18: 110-12.
9. Ojeda VJ. The pathology of hysterectomy specimens. Z Med J 1979; 89: 169-71.
10. Atılgan R, Boztosun A, Ozercan MR. Histerektomi materyallerinde histopatolojik tanıların insidansı. Fırat Tıp Dergisi 2012; 17: 19-229.
11. hegill SK, Shergill HK. Clinicopathological study of hysterectomies. J Indian Med Assoc 2002; 100: 238-9.
12. Talukder SI, Haque MA, Hug MH, Alam MO, Roushan A, Noor Z, Nahar K. Histopathological analysis of hysterec-tomy specimens. Mymensing Med J 2007; 16: 81-4.

IDENTIFYING THE TRAINING NEEDS OF PHARMACISTS IN THE FIELD OF PREVENTIVE HEALTHCARE AND NEEDS ASSESSMENT FOR TRAINING PLANNING

*Merve Güneyisi [1], **İlayda Yıldız[1]**, Ömer Faruk Akıncı[1], Tahir Cem Dokumacı [1], Meryem Merve Ören [2]*
[1]Final Year Medical Student, Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey
[2]Asst. Prof. at Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Department of Public Health, Istanbul, Turkey
yilayda616@gmail.com

Introduction- Aim

Health education within the scope of promoting and improving good health carries a sheer impact on advancing personal skills through improving health literacy. Pharmacists, being the provider of medicines, are in contact with a large portion of the public and are easily reached by the public. This puts pharmacists in a place where they frequently advise on subjects mattering public health throughout their professional lives.

This study is the first stage of the project that is planned to identify the primary educational needs of pharmacists in the field of preventive healthcare services, to provide training on the identified subject and to evaluate the impact of the training. In this study, it is aimed to make the "need assessment" of the project.

Materials and Methods

Our descriptive research has been conducted between 1 and 29 September 2021. The population of our study consists of 148 pharmacists who were enrolled in the communication network of the Gaziantep Chamber of Pharmacists. We aimed to reach all the members.

We initially carried out interviews with 3 pharmacists who are competent and have been active in the field for at least 10 years to determine subject topics for their primary training needs in the field of preventive medicine. The determined topics in view of interviews are as follows: Child health and monitoring, early childhood screenings and their importance, immunisation schedules for children, early diagnosis and screening in cancer, infectious diseases other than COVID, healthy diet and management of obesity, healthy diet in pregnancy and antenatal screening, prevention and management of hypertension, prevention and management of diabetes, healthy aging, and elderly health. We created an online survey form asking pharmacists to choose four topics they most felt incompetent in among these topics and shared it through their communication network.

Results

The questionnaire regarding the ten determined topics in view of the pre-interview with competent pharmacists is filled out by 87 of the pharmacists and the engagement rate over the sample is 58%.

The most need for training is identified in the topics of "healthy aging and elderly health" and "healthy diet and management of obesity" with 42 individuals (48.3%). These topics are followed by "prevention and management of diabetes" and "early diagnosis and screening in cancer" (n=39, 45%), "screening tests in children and their importance" (n=28, 32%), "healthy diet in pregnancy and antenatal screening" (n=24, 28%), "prevention and management of hypertension" (n=24, 28%), "infectious diseases other than COVID" (n=22, 25%) respectively. Apart from these, three participants stated that they lack knowledge in the topics of "efficacy and credibility of non-pharmaceutical products", "treating Alzheimer's and preventing it through lifestyle guidance" and "athletes' health and healthy diet for athletes" in addition to the initially determined topics.

Conclusion

The need for training in the topics of "healthy aging and elderly health" and "healthy diet and management of obesity" stands out in our study. Given that the studies that are available in the field of elderly health are rather limited, we planned to prioritize organising training programs for "healthy aging and elderly health" out of other standing out topics, in the first stage. Pharmacists having competent knowledge in subjects mattering public health will promote improving good health by increasing public capacity.

ISOLATION AMONG UNIVERSITY STUDENTS DURING THE COVID-19 LOCKDOWN: THE MEDIATING IMPACTS OF SOCIAL SITES USAGE AND PURSUING SOCIAL SUPPORT

Iqra IQBAL[1], *Aisha HAKIM*[1], *Tülay ATAY*[2]
[1]*University Of Central Punjab, Lahore, Faculty Of Media And Communication Studies*
[2]*Hatay Mustafa Kemal University, Faculty of Communication*
IQRA.IQBAL777@OUTLOOK.COM

Social isolation and sanctuary have become mandatory in all parts of the world as a result of the COVID-19 epidemic for public health and safety reasons. This phase of social solitude can be a risk factor for psychological wellness concerns, specifically for younger adults who are already lonely. Young adults also utilise social media more than other age groups, a kind of socialising linked to negative mental health outcomes such as isolation and major depression. The present research investigated the possible mediating functions of social networking site usage as well as social support searching on the association between age and isolation signs and symptoms throughout the COVID-19 epidemic.

This study takes a qualitative approach to better understand the challenges that university students face during the lockdown. Data is collected from ten university students each from USA and Pakistan. Semi - structure interviews were done to better understand the phenomenon of depressive symptoms, lonely, coping strategies, and alterations in their everyday lives as an outcome of the epidemic.

According to the findings, university students were even more lonely than older people during the epidemic, used more social media, and sought less social assistance.

Higher raises in social media usage and poorer social support soliciting moderated the relationship among age group and isolation. The findings are mentioned in the context of previously research, along with the prospective effects of anxiety and remoteness during the pandemic. The medical ramifications and restorative recommendations are extensively evaluated.

İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN OBEZİTE VE GEBE BİRLİKTELİĞİNE YAKLAŞIM

Betül KEYİF[1], **Muhammet Fatih KEYİF**[2], *Elif KEYİF[3]*
[1]*Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum*
[2]*Tokat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi*
[3]*Tokat Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum*
dr_fatihkeyif@hotmail.com

Obezite, vücutta aşırı derece yağ sebebi ile normal olan kilonun %20 kadar fazla olması durumu olarak tanımlanmaktadır.

Kadınların yaklaşık %40 kadarında obezite durumunun olduğu bilinmektedir.

Yapılmış birçok yayında obez annenin gestasyonel diyabet, doğum sonrası kanama ve iri bebek doğurma gibi negatif obstetrik sonuçlarla alakalı olabileceği paylaşılmıştır.

Giderek obez gebelerin sayısındaki artış nedeni ile iki merkezli bir seri ile obezitenin gebelikteki yönetimini sunmayı amaçladık.

Ocak-Kasım 2021 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Tokat Devlet Hastanesi merkezlerine başvuran vücut kitle indeksi (VKİ) 30 ile 40 arasında olan sadece obez gebeler retrospektif olarak incelemeye alındı.

Normal kilolu , fazla kilolu ve morbid obez hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Demografik veriler, VKİ düzeyi, morbidite incelendi.

3.basamak merkez olan Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi (Grup1) ve 2.basamak merkez olan Tokat Devlet Hastanesi (Grup2) kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde takip ve doğum yapmış olan 92 kadın hasta çalışmaya dahil edildi.

Grup 1 de 62 ve grup 2 de ise 30 hasta vardı.

Grup1 de eğitim seviye yüksekliğinden kaynaklı eğitimle grup 2 ye göre daha olumlu sonuçlar alındı. Hastaların yaş ortalaması 33.2 olduğu görüldü. Gebelerin %13 ü daha önceden gebelik ile ilgili eğitim aldığını söyledi.

Morbidite ve komplikasyonların yüksek olduğunu bilen grupta eğitim ile önerileri uygulama sonrası risklerin azaldığı görüldü.

Obezite medikal bir sorun olmaya devam etmekle birlikte çoğu zaman hem hekim hem de hasta açısından güçlüğe sebebiyet vermektedir.

Multidisipliner bir yaklaşım ile gerek diyet gerekse de egzersiz gibi önleyici çalışmalar ve verilen eğitimler, komplikasyonları azaltıp gebelerin yaşamını olumlu etkilemekte ve onlara cesaret kazandırmaktadır.

İLETİŞİM ÜZERİNE UYGULAMALI BİR DERSTE OYUNLAŞTIRMANIN ETKİSİ: ECZACILIK VE ECZANE TEKNİKERLİĞİ ÖĞRENCİLERİNİN MOTİVASYON, EĞLENCE VE HIRS DÜZEYLERİ

Bilge SÖZEN ŞAHNE[1], *Selay ARKÜN KOCADERE*[2]
[1]*Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi*
[2]*Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Bilgisayar ve Öğ. Tek. Eği. Bölümü*
bilgesozen@yahoo.com

Oyunlaştırma, oyun ögelerinin oyun dışı ortamlarda kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Oyunlaştırma kullanımı son yıllarda eğitim alanında artmıştır ve söz konusu oyun ögelerinden en sık kullanılanların puan, rozet, lider tahtası olduğu görülmüştür. Araştırmalar oyunlaştırmanın öğrencilerin motivasyonunu, derse bağlılığını ve başarısını artırabildiğini göstermiştir. Bu çalışmada eczacı ve eczane teknikeri adayı gruplarının ayrı ayrı gerçekleştirdikleri, iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik standart hasta görüşmeleri bağlamında, 4 hafta süre ile yürütülen oyunlaştırma çalışmasının sonuçlarına yer verilecektir.

Çalışmada 4 grup yer almıştır; gruplardan ikisi eczacı adaylarından, diğer ikisi ise eczane teknikeri adaylarından oluşmaktadır. Gruplardaki öğrenci sayıları, kullanılan oyunlaştırma tasarımlarına göre şu şekildedir: Puan ve rozet bileşenleri, Eczacılık (E1-57) ve Eczane teknikerliği (ET1-25); Puan, rozet ve lider tahtası bileşenleri – Eczacılık (E2-52), Eczane teknikerliği (ET2-24). Rozetler, sözlü olmayan iletişim, sözlü iletişim, sağlık hizmeti sunumu ve bu üç alanda birden üstün başarıyı temsil eden, eczacılığın simgelerinden olan havan olarak dört tür geliştirilmiştir. Havanda olduğu gibi diğer rozetler de kapsamına göre ikonlar kullanılarak görselleştirilmiştir. Rozetlerin her biri için kazanılma şartları ise sözlü olmayan ve sözlü iletişim kısımlarından en az 20'şer puan, sağlık hizmeti sunumundan en az 45 puan, havan için toplamda 90 ve üzeri puan almak şeklinde belirlenmiştir. Lider tahtası, en yüksek puanı alan üç öğrencinin yer alması şeklinde işe koşulmuştur. Çalışmanın sonunda öğrencilerin motivasyon, hırs ve eğlenceye ilişkin görüşlerini soran bir anket doldurmaları istenmiştir. Gruplar arasındaki istatistiksel farklılıkları belirleyebilmek için Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri IBM SPSS ver.23 kullanılarak yapılmıştır.

Anket sonuçlarına göre, hem oyunlaştırma tasarımları arasındaki fark olan lider tahtasının motivasyon, hırs ve eğlence üzerindeki etkisini; hem de eczacı ve tekniker adaylarının oyun ögelerine ilişkin görüşlerini değerlendirmek mümkün olmuştur. Eğlence ve hırs açısından, lider tahtasının kullanıldığı eczacı ve tekniker grupları (E2 ve ET2) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Tekniker adayları daha çok hırslanmış ve daha çok eğlenmişlerdir. Ayrıca eğlence açısından, lider tahtası bulunan ve bulunmayan eczacı adayı grupları (E1 ve E2) arasında da lider tahtası bulunmaması lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Eczacılık fakültesindeki oyunlaştırma çalışmaların sayısı oldukça azdır; bu çalışmaların çoğunun da oyunlaştırma değil, oyun tabanlı öğrenme örneği olduğu görülmektedir. Oyunlaştırma uygulanılan bu çalışma sonucunda, eczacı ve teknikerlerin motivasyonları denk olmasına karşın; hırs ve eğlence açısından, lider tahtası bileşenine ilişkin hislerinin farklılaştığı görülmüştür. Gerek diğer sağlık eğitimi alanlarında, gerekse eczacılık ve teknikerliği eğitiminde hangi bileşenin etkili olacağını belirlemek amacıyla benzer çalışmaların devam etmesi; nitel çalışmalarla bu çalışmada bulunan nicel farkın irdelenmesi önerilebilir.

İNFEKTİF ENDOKARDİT TANISINDA NEREDEYİZ?

Emin Burak ERAS[1], *Fatma SIRMATEL*[1], *Kerem Hasan DİLCAN*[1], *Aslı KURTAR MANSIROĞLU*[2], *Oğulcan ÖZARSLAN*[1]
[1]*Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları*
[2]*Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji*
burak.eras@icloud.com

Tanısında geç kalındığı zaman morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan İnfektif endokardit tanısında halen Duke kriterleri geçerlidir. Kesin İE tanısı alan olgularımızı değerlendirerek tanı kriterlerinde serolojinin önemini vurgulamak için bu retrospektif çalışmayı düzenledik

Son beş yıl içersinde kliniğimizde izlediğimiz toplam 20 kesin infektif endokardit olgusu değerlendirildi. Olguların mikrobiyolojik, serolojik, kardiyolojik, ve laboratuvar verileri ile prognozları kayıt altına alınarak irdelendi.Duke kriterlerine göre kesin İE tanısı konularak tedavi edilen ve tedaviye cevap vermeyen olguların lejyonella ve Q ateşi serolojisi yapılarak İE tanısında Q ateşi ve lejyonella antikorları Ankara Halk Sağlığı Laboratuvarında çalışıldı. Tüm hastaların EKO, Kan kültürleri ve kan biyokimyaları hastanemizde yapılmıştı

Toplam 20 hastanın 16'sı erkek, 4'ü kadın olup yaş ortalaması 62.1 ± 16.2 olup şikayetlerinin başlama süreci 38.8± 29.3, yatış süresi 24.7 ± 13.5 dir. Hastaların 9 u bakteriyel, 9 Q ateşi, 2 lejyonella İE olarak doğrulandı. Hastaların tedavileri rehberlere göre düzenlendi. Hastaların bir yıllık izleminde 6 kişide ölüm görüldü. Tüm hastaların kardiyak komorbiditesi vardı. Mortal seyreden İE olguların üçü bakteriyal, ikisi lejyonella ve birisi Q ateşi idi.

Kardiyak komorbiditesi olan ve İE düşünülen hastaların antibiyotik tedavisi yapıldıktan sonra izlenmesi ve mutlaka nadir görülen İE etkeni olan lejyonella ve Q ateşi serolojisinin değerlendirilmesi gerekir. Nadir görülen İE etken patojenlerinin tanısında halen yetersiz olduğunu düşünüyoruz.

İNTRATEKAL KOLİSTİNLE BAŞARIYLA TEDAVİ EDİLEN ÇOĞUL DİRENÇLİ ACİNETOBACTER BAĞLI NOZOKOMİYAL MENENJİT; OLGU SUNUMU

Mustafa UĞUZ, ***Ali Kutta ÇELİK***
Mersin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği
drakcelik27@yahoo.com

Acinetobacter baumannii özellikle yoğun bakım ünite (YBÜ)'lerinde sık karşılaşılan, çoğul antibiyotik direnci gösterebilmesi nedeniyle tedavisi güç, mortalitesi yüksek nozokomiyal infeksiyonlara neden olan Gram negatif nonfermentatif kokobasildir. Bu yazıda ; ateşli silah yaralanması sonrası beyin cerrahi kliniği tarafından opere edilen ve menenjit kliniği gelişen ve intratekal kolistin ile tedavi edilen 36 yaş erkek hasta sunularak literatür gözden geçirilmiştir.

Bu yazıda ; ateşli silah yaralanması sonrası beyin cerrahi kliniği tarafından opere edilen ve menenjit kliniği gelişen ve intratekal kolistin ile tedavi edilen 36 yaş erkek hasta sunularak literatür gözden geçirilmiştir.

36 yaş erkek hatsa ateşli silah yaralanması sonrası subdural hematom tanısı ile beyin cerrahi tarafından opere edilmiş operasyonu takip eden dönem de hastada ateş yüksekliği, ense sertliği ve şuur bulanıklığı gelişmesi üzerine kliniğimize sevk edildi. Hastanın başvuru anında üriner sondası ve santral venöz kateteri de mevcuttu. Ateş yükekliği ense sertliği tespit edilen olguya lomber ponksiyon uygulandı. Bos mikroskopisinde mm3 de 960 .lokosit tespit edildi. BOS glukozu ;7 mg/dl, BOS proteini; 68 mg/dl idi.hatsanın BOS kültürü ekilerek IV vankomisin ve meropenem tedavisi başlandı. Tedavisinin ikinci günününde BOS kültüründe Acinetobacter baumannii (kolistin ve amikasin S) üremesi üzerine kontrol LP uygulandı. Tedavisi Meropenem ve kolistin ıv olarak revize edildi. Antibiyoterapiye rağmen klinik yanıt alınamayan hastaya tedavisinin 4. Günü kontrol LP uygulandı. Bos mikroskopisinde mm3 de720.lokosit tespit edildi. BOS glukozu 4 mg/dl, BOS proteini; 65 mg/dl idi. Ateş yüksekliği, şuur bulanıklığı ve ense ertliği devam eden hastanın tedavisine kolistin 10 mg/gün intratekal ve netilmisin 9 mg intratekal tedavi eklendi. Tedavi eklenmesi sonrası 10. Günde alınan BOS mikroskopisinde hücre saptanmadı. BOS biyokimyasal değerleri düzeldi. Hastanın ateşi düştü, şuuru açıldı ve klinik olarak iyileşme görüldü. . İntravenöz kolistin ve meropenem tedavileri 21 güne tamamlandı. Tedaviye bağlı yan etki görülmedi.

A. baumannii'ye bağlı nozokomiyal menenjit tanısı konulmuş olan olgumuz, İV kolistin ve meropenem tedavisine intratekal kolistin ve netilmisi eklenmesiyle başarıyla tedavi edilmiştir. Bizim olgumuz gibi çoğul ilaç direnci olan A. baumannii menenjiti olgularında İV tedaviye intratekal kolistin eklenmesinin klinik başarıyı artırabileceği görüşündeyiz.

İSKİOFEMORAL SIKIŞMA: BİR VAKA SUNUMU

Serdar DERYA[1], *Serkan ÜNLÜ*[2]
[1]*Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp*
[2]*Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji*
dr.serdarderya@gmail.com

İskiofemoral sıkışma kalçada oluşan ağrının nadir bir nedenidir. Patolojisinde küçük trokanter ile iskiumun lateral sınırı arasındaki boşluğun daralması ile birlikte kuadratus femoris kasının sıkışması yer alır (1,2). İskiofemoral sıkışmanın çok nadir görülmesi, klinik bulgularının spesifik olmaması ve tanısal testlerin olmaması nedeniyle hala sıklıkla yanlış teşhis edilmekte yada ihmal edilmektedir (3). Bazı çalışmalarda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de kuadratus femoris kasındaki sinyal değişiklikleri veya iskiofemoral sıkışma semptomlarının iskiofemoral mesafenin daralması olmadığı halde gözlemlenebileceği de bildirilmektedir (4).

43 yaşında bayan hasta uzun zamandır efor ile artan sol kalçada ağrı şikayeti bildirmiştir. Hasta ağırlık taşıdığında ağrısının çok artması ve bacağında tutukluk olması sebebiyle acil servise başvurmuştur. Hastaya daha öncesinde lomber MRG çekilmiş ama herhangi bir patolojiye rastlanmamıştır. Hastadan alınan anamnezde travma yada cerrahi öykü bulunmamaktadır. Hastanın adduksiyon ve iç rotasyonunda çok şiddetli ağrısı mevcuttu. Hastaya MRG çekildi (Şekil 1) ve sol kalçada iskiofemoral mesafenin daraldığı tespit edilmesi üzerine hasta ortopedi poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edildi.



Şekil 1: İskiofemoral Darlık

Genel olarak, iskiofemoral sıkışma sendromu nadiren ortaya çıkar, ancak kalça cerrahisi veya travmasından sonra potansiyel bir kalça ağrısı nedenidir (5). Yapılan yayınlarda travma ve cerrahi öyküsü olmadan iskiofemoral sıkışma vakası bildirilmiştir (6). Bizim vakamızda travma ve cerrahi öyküsü mevcut değildi. İskiofemoral sıkışmanın etyolojisi net olarak belli değildir, edinsel ve konjenital de olabilir (5). İskiofemoral boşluğun daralması kuadratus femoris kası ve diğer kalça kaslarında, özellikle hamstring kasında ödem ve yırtılmaya yol açarak ağrıya sebep olabilir (7). Yansıyan ağrılar ödematöz quadratus femorisin yakınlığından kaynaklanan siyatik sinirin irritasyonu ile gelişebilir (6). Bizim hastanızda çektiğimiz MRG sonucunda hastanın sol taraf iskiofemoral mesafenin daraldığı ve biraz sinyal artışı olduğu tespit edilmiştir. Eğer iskiofemoral sıkışma erken teşhis edilirse hasta yapısal değişiklik olmadan cerrahiye gerek kalmadan non steroid inflamatur ilaçlarla tedavi edilebilir (7).

İskiofemoral sıkışma çok nadir görülmesi, klinik bulgularının spesifik olmaması ve tanısal testlerin olmaması nedeniyle teşhisinde gecikmeler olabilmektedir. Fizik tedavi veya non-steroid anti-inflamatuarlarla iyileşme sağlanabilecekken teşhisteki gecikme sebebiyle hasta cerrahiye gidebilir. Bu nedenle hastanın travma öyküsü olmasına bakmaksızın kalçada olan ağrılarda mutlaka iskiofemoral sıkışma sendromu ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Kaynakça

1. Torriani, M., Souto, S. C., Thomas, B. J., Ouellette, H., & Bredella, M. A. (2009). Ischiofemoral impingement syndrome: an entity with hip pain and abnormalities of the quadratus femoris muscle. American journal of roentgenology, 193(1), 186-190.
2. Tosun, Ö., Çay, N., Bozkurt, M., & Arslan, H. (2012). Ischiofemoral impingement in an 11-year-old girl. Diagnostic and Interventional Radiology, 18(6), 571H
3. Nakano, N., Yip, G., & Khanduja, V. (2017). Current concepts in the diagnosis and management of extra-articular hip impingement syndromes. International orthopaedics, 41(7), 1321-1328.
4. Nakano, N., Shoman, H., & Khanduja, V. (2020). Treatment strategies for ischiofemoral impingement: a systematic review. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, 28(9), 2772-2787.
5. Ali, A. M., Whitwell, D., & Ostlere, S. J. (2011). Case report: imaging and surgical treatment of a snapping hip due to ischiofemoral impingement. Skeletal radiology, 40(5), 653-656.
6. Patti, J. W., Ouellette, H., Bredella, M. A., & Torriani, M. (2008). Impingement of lesser trochanter on ischium as a potential cause for hip pain. Skeletal radiology, 37(10), 939-941.
7. Lee, S., Kim, I., Lee, S. M., & Lee, J. (2013). Ischiofemoral impingement syndrome. Annals of rehabilitation medicine, 37(1), 143.

KAFA TRAVMASI OLGULARINA AİT ACİL SERVİS TRANSFERLERİNİN 2019-2020 YILLARINA AİT RETROSPEKTİF ANALİZİ

*Bora TETİK[1], **Serdar DERYA[2]***
[1]İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi
[2]Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp
dr.serdarderya@gmail.com

Bu çalışmada kafa travması olgularına ait acil servis transferlerinin retrospektif analizi ile kafa travmalarının sıklığı ve vaka transfer bilgilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Retrospektif nitelikte tasarlanan bu araştırmada, 2019 ve 2020 yıllarındaki çocuk ya da erişkin tüm kafa travması olgularına ait Malatya 112 Komuta Merkezi tarafından acil servislere yapılan transferler incelenmiştir. Kafa travmalarına ait veriler geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 24.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

2019-2020 yıllarına ait toplam kafa travması transfer sayısı 4793'dir. Bu transferlerin 2297'si (%47.9) 2019 yılına, 2496'sı (%52.1) ise 2020 yılına aittir. Travma nedenleri arasında ilk üçte; %35.3 düşmeler, %24.5 araç içi trafik kazası, %20.7 travma nedeni bilinmeyen hastaneler arası nakiller yer almaktadır. 112 komuta merkezine yapılan vaka ihbar adresleri arasındaki ilk üçte adres; %31.6 trafiğe açık alan, %29.6 açık alan/sokak, %20.7 sağlık kurumudur. Nakil öncesi vakaların %99.6'sının yaşadığı, Glaskow Koma Skalası (GKS) sınıflamasına göre vakaların %97.1'inin hafif (13-15), %1'inin orta (9-12), %1.9'unun ise ağır (3-8) grupta yer aldığı belirlendi.

Acil servislere yapılan kafa travması transferlerinin yaygın olduğu ve düşme ile araç içi trafik kazalarının en sık karşılaşılan travma nedenleri olduğu görüldü. Bulantı-kusma, bilinç kaybı, baş dönmesi ve baş ağrısının vaka ile ilk karşılaşmada rastlanan semptomlar olduğu belirlendi.

KAN İMİTASYON MALZEMELERİNİN (KİM) TIBBİ KULLANIM ALANLARI

Hatice BİLGİLİ, *Ali ERDOĞAN, Teymuraz ABBASOV, Esengül AKKÖK*
İnönü Üniversitesi
hatice.bilgili@inonu.edu.tr

Biyomühendislikte yapılan çalışmalarda gerçek kanın kullanımı, yapısının değişmesi, saklama koşulları, işleme sorunları ve ihtiyaç duyulan kan miktarı gibi çeşitli problemlerden dolayı in vitro kan deneylerinin gerçekleştirilmesinin karmaşıklığını arttırmaktadır. Bu yüzden biyomühendislik çalışmalarındaki laboratuvar koşullarında yapılan in vitro deneylerde kana en yakın sıvıların kullanılması ihtiyacı, son yıllarda araştırmacıları gerçek kana benzer reolojik özelliklere sahip sıvılar geliştirmeye yönlendirmiştir.

Bu sıvıların özellikleri, yapılacak çalışmanın niteliğine göre değişmekle birlikte reolojik davranış açısından kana en yakın Kan İmitasyon Malzemelerinin (KİM) kullanılması gereklidir. Fakat kan reolojisi son derece karmaşık olduğundan, kanın tüm reolojik özelliklerini karşılayan kan benzeri sıvılar geliştirmek oldukça zordur. Tek bir analog sıvısı ile kanın bütün özellikleri aynı anda sağlanamadığından, laboratuvar ortamında yapılacak çalışmanın özelliğine bağlı olarak kan yerine geçecek farklı KİM'lerin seçimi yapılmalıdır. Ayrıca yapılacak çalışmanın özeliğine göre mikroparçacıkların KİM'lere dâhil edilmesi, Fähraeus-Lindqvist etkisi gibi mikro dolaşım sisteminde meydana gelen çok fazlı etkileri yeniden üretmek için gerekebilir. KİM sıvıları biyomühendislikte; yapay kalp kapakçıklarında fizyolojik perfüzyonunun simüle edilmesi, protez replasman kalp kapakçıklarının uzun dönem uygunluklarının test edilmesi ve olası komplikasyonlarının belirlenmesi, yapay kalplerin test edilmesi, kardiyovasküler hastalıkların değerlendirilmesi ve teşhisi, vasküler ameliyatların planlanlanması, kan akışı hemodinamiğinin incelenmesi, kardiyovasküler ekipmanların geliştirilmesi, implante edilebilir tıbbi cihazların tasarımı, santrifüj kan pompasının test edilmesi, elektrikli ventriküler destek cihazının testi, doppler ultrason velosimetrisi testleri, kardiyopulmoner baypas sırasında bir kan oksijenatöründe akan kanın kayma inceltme davranışının incelenmesi, hesaplamalı akışkan dinamiğinden elde edilen sonuçların doğrulanması için deneyler yapılması, doku mühendisliğinde fizyolojik in vivo koşullarının yaratılması, hücre kültürü deneyleri, arter modellemesi, ilaçların dolaşım sistemi yoluyla taşınması, modellenmesi ve konsantrasyonlarının belirlenmesi, parçacık görüntüsü hız ölçümü (PIV) gibi alanlarda kullanılmaktadır. Deneysel akış çalışmalarında kullanılan ilk ve en geleneksel kan analogları, su/gliserol ve su/DMSO (dimetil sülfoksit) karışımı kullanan Newton sıvılarıdır. Bunlar, üretilecek en basit KİM sıvılarıdır ve büyük arter modellerinden mikroakışkan cihazlara kadar çok çeşitli biyomedikal uygulamalarda kullanılmıştır. Diğer popüler KİM'ler, ksantan zamkı (XG-Xanthan Gum) ve/veya poliakrilamid (PAA), sodyum iyodür ve üre gibi katkı maddelerinin genellikle gliserol ve/veya su içinde seyreltildiği ve ayrıca farklı akış türlerinde uygulandığı Newtonyen olmayan sıvılardır. Ayrıca kandaki eritrositleri taklit eden parçacıklar için polistiren kürelerin kimi çalışmaların konusu olmuştur.

Sonuç olarak biyomühendislik çalışmalarında çalışmanın niteliğine bağlı olarak uygun kan benzeri sıvılar olan KİM'lerin seçimi çok önemlidir.

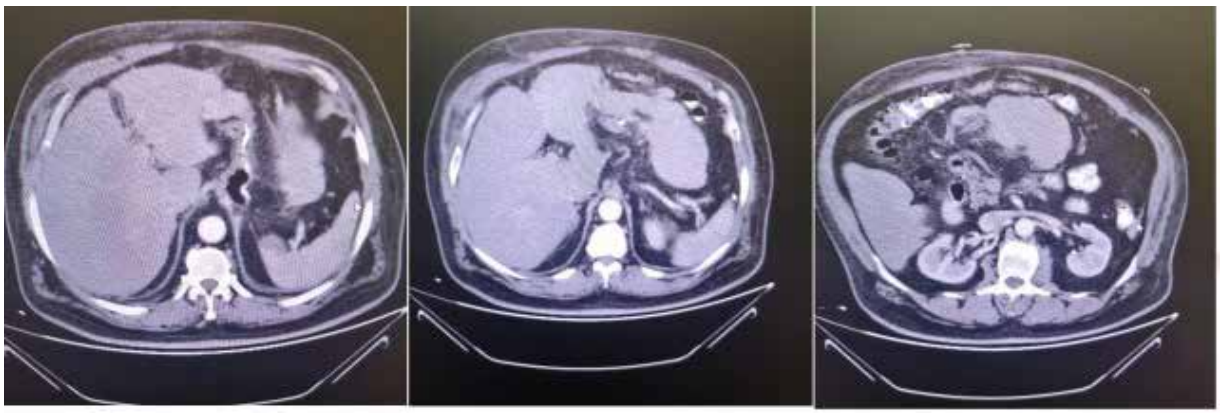
Bu çalışma İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi (Proje No: FDK-2017-775) tarafından desteklenmiştir.

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI BATIN İÇİNE KANAMA

Serhat DOĞAN
Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye
drserhatdogan@gmail.com

Obezite günümüzde ciddi bir sağlık sorunudur. Günümüzde obezite tedavisinde cerrahi başarılı ve etkili bir yöntemdir. Cerrahi işlem sonrası kanamalar literatürde %1-2 civarında görülmektedir. Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) sonrası intraabdominal kanaması olan hastamızı sunmayı amaçladık.

Hastamızın verileri bilgisayar kayıtlarından, hasta dosyasındanelde edildi.





Hastamız 61 yaşında erkek hasta. Yaklaşık 15 yıldır diyabet hastası. HgA1c (HPLC): % 8,4 Vücut Kitle Endeksi: 38 kg/m2 olan hasta preop olarak hazıralndı. Opere edildi. Operasyonda herhangi bir kanaması olmadı. Post operatif takip edilirken post op 2. saatte direninden hemorajik vasıfta yaklşık 400 cc geleni oldu. Hastadan gönderilen Hg: 15,3 g/dL den 13,5 e geriledi. Tansiyonu 110/80 mm/hg olarak seyrediyordu. Nabızı 90 / dak idi. Post operatif 24. Saatte direninden 250 cc hemorajik vasıfta geleni oldu. Kontrol Hg: 8,8 g/dL olarak geldi. Tansiyonu 100/80 mm/Hg, nabzı 120 / dak idi. Bunun üzerine hastaya 3 ünite Eritrosit Süspasiyonu ve 1 ünite Taze Donmuş Plazma verildi. Hastanın kontrol Hg:11,4 geldi. Tansiyonu 120/80, nabızı:75/dak. Olarak seyretti. Orali rejim 1 şeklinde açıldı. Hasta Post operatif bakılan kan şekerlerinin hepsi 180 mg/dL altında geldi. Hastaya kontrol amaçlı oral iv kontrastlı tomografi çekildi. Mide fundusundan başlayıp pelvise kadar uzanan hematom mevcuttu. Direninden 300 cc beklemiş kan getireni oldu daha sonra diren getirmedi. Hastanın cilt altında ekimoz oluştu. Hasta post operatif 6.günde önerilerle taburcu edildi.

LSG sonrası hastalar dikkatli bir şekilde postoperatif sıkı takip edilmelidir. Diyabet kontrolünde LSG etkili bir cerrahi prosedürdür. Hızlı müdahaleler relaparatomileri engelleyebilir.

KANSER TEDAVİSİNDE MANYETİK NANO PARÇACIKLARLARLA MANYETİK İLAÇ HEDEFLEME

Hatice BİLGİLİ, *Ali ERDOĞAN, Teymuraz ABBASOV, Esengül AKKÖK*
İnönü Üniversitesi
hatice.bilgili@inonu.edu.tr

Kemoterapinin başarısı veya başarısızlığı arasındaki fark, sadece kullanılan ilaca değil, aynı zamanda bu ilacın hedefine nasıl ulaştırıldığına da bağlıdır. Antikanser ilacın nispeten spesifik olmayan etkisinden dolayı, optimal koşullar altında bile normal dokuda bir miktar toksisite oluşur. Bu nedenle, ilacın kanserli dokuya mümkün olduğunca kesin bir şekilde hedeflenebilmesi, sistemik toksik yan etkilerin azaltılması ve çok daha küçük bir dozun kullanılabilmesi önemlidir. Manyetik ilaç hedefleme sistemleri (MDT), bu sorunun üstesinden gelmek için kullanılan yöntemlerden biridir.

MDT'de temel hedef, antikanser ilaçlarının yan etkilerinin azaltılması ya da ortadan kaldırılması ve dozun maksimumunun manyetik alan kullanılarak tümörlü dokuya yönlendirilmesidir. MDT, temel olarak iki multidisipliner çalışma içermektedir. Bunlar; i) kontrol edilebilir ve iyi manyetik özelliğe sahip ilaçların sentezlenmesi, hazırlanması ve yönlendirilmesi, ii) sentezlenen manyetik özellikli ilaçların hedef bölgelere harici manyetik alanın etkisinde taşınması, tutulması ve salımı şeklindedir. MDT'yle yapılan aslında; manyetik bileşenler olan manyetik nanoparçacıklara (MNP) ilaç bağlanması ve bu sayede ilaca manyetik özelliklerin kazandırılması sonucu bir nevi akıllı ilaç formuna getirmektir. Günümüzde tedavi amacıyla kullanılan ilaçların önemli bir kısmı MNP sentezleme ve ilaç bağlama stratejileriyle akıllı ilaç formuna getirilebilir. MDT'de ilaca manyetik özellik kazandırılması için kullanılan MNP'ler küçük boyutları dolayısıyla büyük yüzey / hacim oranları ve süperparamanyetizma gibi boyuta bağlı sergiledikleri fiziksel, kimyasal ve termal özellikleri sayesinde birçok alanda kullanılmaktadır. MDT'de kullanılan MNP'lerin vücutta biyouyumluluğu ve stabilizasyonu için yüzey kaplamalarına ihtiyaç vardır. Kitosan, dekstran, polietilenglikol bu kaplamalarda kullanılan polimerlerden bazılarıdır. Yüzey kaplamalı MNP'ler, ilaçlara, proteinlere, enzimlere, antikorlara veya nükleotidlere bağlanabilir ve bir dış manyetik alan kullanılarak yönlendirilebilir. MNP'lerin MDT dışında kullanım alanları arasında; içme suyu arıtımı, manyetik depolama ortamları, manyetik mürekkepler, biyo-algılama, biyosensör, manyetik rezonans görüntülemede (MRI), hipertermi, gen tedavisi, doku mühendisliği, manyetik hücre ayırma gibi alanlar vardır. MDT'de kullanılan MNP'lerin biyotıpta kullanımı, ilk olarak Gilchrist tarafından (1957), MNP'li lenf düğümlerinin indüktif ısıtılması üzerinedir. Gilchrist bu çalışmasında, MNP'lerin manyetik olarak yönlendirilebileceğini öngörmemişti. 1963'te Meyers, mıknatıs kullanarak köpeklerin bacak damarlarına enjekte edilen küçük demir parçacıklarının biriktirebildiğini gösterdi. 1975'te Gilchrist'in çalışmalarından yola çıkan Turner, bu ısıtma yöntemini embolizasyon tedavisiyle birleştirdi. Bu çalışmalar hipertermi çalışmalarının dışında ilaç hedefleme çalışmalarına da ışık tutmuştur. MNP'lerin ilaç taşıyıcıları olarak hareket etme fikri 1970'lerin sonlarına kadar uzanmaktadır. Widder ve arkadaşları,

sitotoksik ilaçların bağlanabileceği MNP'ler geliştirdi. Dünya çapında manyetik hedefleme ile ilgili insanlarda ilk klinik deneyler, epirubisinin bağlandığı bir ferroakışkan kullanan Lübbe ve arkadaşları (1996) tarafından bildirilmiştir

Sonuçta MDT sistemleri daha iyi hastalık yönetimi için etkili teşhis ve tedavi rejimlerinin kullanılmasına yardımcı olurken, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin genel maliyetini de azaltma potansiyeline sahiptir.

Bu çalışma İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi (Proje No: FDK-2017-775) tarafından desteklenmiştir.

KLİNİĞİMİZDE PANKREATİT TANISI İLE TAKİP EDİLEN HASTALARDA KOLESİSTEKTOMİ ZAMANI DENEYİMİMİZ

Ahmet TOPÇU, **Muhammet Fatih KEYİF**
Tokat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi
dr_fatihkeyif@hotmail.com

Pankreatitin en önemli nedenlerinden biri olan safra taşı olguların çoğunda görülmektedir. Akut biliyer pankreatit tanısı alınmışsa kolesistektomi operasyonu yapılmalıdır Ancak operasyonun ne zaman yapılacağı ile ilgili hala net bir karar bulunmamaktadır. Bizim amacımız ise kliniğimizdeki biliyer pankratit tanısı koyduğumuz hastalarda açık veya laparoskopik olarak kolesistektominin hangi süreçte yapıldığı sonuçlarını değerlendirmekti.

Kliniğimizde Mart 2018 – Ekim 2021 tarihleri arasında biliyer pankreatit tanısı koyulup takip ve tedavi başlanan hastalar retrospektif olarak incelemeye alındı. İlk başvuru esnasında (grup1) veya tedavi sonrası 6-8 hafta sonra elektif şartlarda operasyon yapılan (grup2) hastalar değerlendirildi. Demografik veri, atak geçirme sayıları, yattığı süre, morbidite ve mortalite incelendi.

Yaklaşık 3.5 senelik bir süreçte hastanemiz kliniğinde pankreatit nedeni ile kolesistektomi yapılan 27 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalaması 52.7 (18-84 dağılım aralığı) olan 20 kadın ile 7 erkek hasta var idi. Hastaların %56'sında akut kolesistit hali olduğu bilinmekteydi. Grup 1 de 17, grup 2 de ise 10 hasta mevcuttu. Hastanede kalış zamanı grup 2 de anlamlı olarak yüksek olduğu görülürken bu hasta popülasyonunda tekrar hastaneye başvuru oranı da fazla idi. Ayrıca morbidite oranları da grup 1'e göre yüksekti. Operasyon yapılan hastalarda postoperatif 2 aylık takipte eksitus görülmedi.

Pankreatit tanısı koyulmuş hastalarda hastane içi yatışı varsa ve tetkik ve safrada taşı da varsa taburcu edilmeden kolesistektomi yapılması önerilmektedir.

Komplikasyon oranı ve tekrar başvuru nedenlerini azalttığından ayrıca yatış süresini de kısalttığından biliyer pankratit tanısı konulan hastalarda kliniğimizde tedavi verilmesini takiben taburcu edilmeden erken yapılan kolesistektominin gerektiğini literatüre de uygun olarak önermekteyiz.

KLİNİK FARMAKOLOGLARIN SAĞLIK İLETİŞİMİ VE HASTA UYUMUNDAKİ ÖNEMİ

Cavit Can ÖZMAL, *Ahmed Mesih KARADUMAN*
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi
cavitcanozmal@yandex.com

Giriş - Amaç

Bu çalışmada; klinik farmakologların, hem sağlık profesyonelleri içinde hem de hastalarla olan iletişimde sağladığı faydalar araştırılmıştır. Ülkemizde henüz yaygınlaşmamış olsa da güncel literatür taramaları ile klinik farmakologların Dünya üzerindeki sağlık merkezlerinde sağladığı faydalar güncel olarak ortaya konulmuştur.

Gövde Metin

Klinik farmakoloji, eczacılığın klinik ortamda ilaçlarla uğraşan ve doğrudan hasta bakımı yapabilen bir dalıdır[1]. Klinik farmakologlar, büyük ölçüde ilaç kullanımının düzeltilmesi, ilaç yan etki olaylarının tespiti, reçete konsültasyonu ve hasta eğitimine odaklanır, tedavi ortamlarında çok çeşitli rollerde önemli bir etkiye sahiptir[2]. Biz bu çalışmada ise klinik farmakologların, iletişim konusunda faydaları üzerinde durduk. İrlanda Üniversitesi Eğitim Hastanesinde yapılan çalışmada, hastaneden klinik farmakolog ile çalışan hemşirelerin görüşü soruldu ve hemşireler genel olarak klinik farmakologların çalışmalarından memnun olduklarını dile getirdiler. Aynı araştırmada klinik farmakologların, hasta ve ilaç hakkında doktor ve hemşirelere sağladığı bilgilerin önemine vurgu yapılmıştır[3]. 17 İngiliz doktor ile yapılan bir araştırmada ise, doktorların yanına klinik farmakolog görevlendirilmiş. 415 hasta ile hekim ve farmakolog ilgilenmiş ve ardından hastalara anket gönderilmiş. Geri bildirim anketi gönderen 166 hastanın %83'ü hizmeti faydalı bulmuş, ilaçla ilgili endişesi olan %94'lük kısmın %80'i klinik farmakologdan sonra ilaçlarını daha iyi anladığını söylemiştir. Çalışmada ayrıca hastalar klinik farmakologların kişisel yaklaşımını, tavsiyelerini ve açıklamalarını takdir edip olumlu görüşler dile getirmişler[4]. Ağrı ve Palyatif Bakım Farmakoterapisi Dergisinde yayınlanan çalışmada klinik farmakologlar, cerrahi öncesi ve sonrasında yaklaşık bir ay boyunca haftada bir telefon görüşmeleri ile hastaları takip edilmiş, anket uygulanmış ve hastaların %90'ı klinik farmakolog tarafından takip edilmekten çok memnun olduğunu dile getirmiştir[5]. Yemen'deki Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Hastanesinin farklı birimlerinin dahil edildiği bu çalışmada, klinik farmakolog tarafından günlük aktiviteler sırasında verilen tüm tavsiyeler ve hizmetler, Haziran 2013 ile Kasım 2015 arasında incelenmiştir. Çalışma süresi boyunca farklı hastane birimlerinde toplam 957 hasta ziyaret edilmiş, 3307 müdahale ve hizmet sağlanmıştır. Klinik farmakologların önerileri, Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Hastanesinde yatan hastalarda ilaç tedavisinin iyileştirilmesi ve yan etkilerin azalması ile sonuçlanmıştır. Çalışmanın yazarları, klinik farmakoloji hizmetlerinin uygulanmasının gerekli olduğunu ve hasta bakımı üzerinde olumlu bir sonucu olduğunu makalelerinde belirtmektedirler[6].

Sonuç

Yapılan literatür taraması sonucu klinik farmakologların sağlık iletişimdeki önemini ortaya koyan pek çok olumlu çalışma tespit edilmiştir. Literatürdeki bu çalışmalar, klinik farmakologlar ile çalışan doktor, hemşire gibi sağlık profesyonellerinin bu işbirliğinden yüksek derecede memnun olduğunu gösteriyor. Yapılan işbirliğinin aynı zamanda hastaların memnuniyetine de yansıdığı pek çok çalışmada vurgulanmaktadır. Ülkemizde de klinik farmakologların hastanelerde daha çok yer alması sağlık iletişimi ve yönetimi açısından önemlidir ve durum ilgili kuruluşların çalışmalarıyla hızla gerçekleşmelidir.

Kaynaklar

1) Bean, C.L. (2008). The Definition of Clinical Pharmacy. Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy, 28.

2) Dunn, S. P., Birtcher, K. K., Beavers, C. J., Baker, W. L., Brouse, S. D., Page, R. L., 2nd, Bittner, V., & Walsh, M. N. (2015). The role of the clinical pharmacist in the care of patients with cardiovascular disease. Journal of the American College of Cardiology, 66(19), 2129–2139. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.09.025

3) Ronan, S., Shannon, N., Cooke, K., McKeon, T., Walsh, E. K., Kearney, A., & Sahm, L. J. (2020). The Role of the Clinical Pharmacist in an Irish University Teaching Hospital: A Mixed-Methods Study. Pharmacy (Basel, Switzerland), 8(1), 14. https://doi.org/10.3390/pharmacy8010014

4) Snell, R., Langran, T., & Donyai, P. (2017). Patient views about polypharmacy medication review clinics run by clinical pharmacists in GP practices. International journal of clinical pharmacy, 39(6), 1162–1165. https://doi.org/10.1007/s11096-017-0538-z

5) Coulson, E. E., & Kral, L. A. (2020). The Clinical Pharmacist's Role in Perioperative Surgical Pain Management. Journal of pain & palliative care pharmacotherapy, 34(3), 120–126. https://doi.org/10.1080/15360288.2020.1734141

6) Kubas, M. A., & Halboup, A. M. (2020). Implementation of clinical pharmacist recommendations and services at a University Hospital in Yemen. International journal of clinical pharmacy, 42(1), 51–56. https://doi.org/10.1007/s11096-019-00936-x

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE KULLANILAN MONOPOLAR KOTER, İLERİ BİPOLAR TEKNOLOJİ VE ULTRASONİK ENERJİ KAYNAĞI KULLANIM DENEYİMLERİMİZ

Muhammet Fatih KEYİF, *Ahmet TOPCU*
Tokat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi
dr_fatihkeyif@hotmail.com

Laparoskopik kolesistektomi safra kesesi hastalıklarında altın standart tedavi olarak uygulanmaktadır. 1991 yılından itibaren ülkemizde uygulanmaya başlamıştır. Laparoskopik girişimlerde günümüzde diseksiyon esnasında çeşitli enerji cihazları kullanılmaktadır.

Bu çalışmada laparoskopik cerahide kullanılan enerji kaynaklarından olan monopolar koter, ileri bipolar teknoloji ve ultrasonik enerji kaynağının peroperatif ayrı ayrı kullanılması sonrasında hastalar üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Tokat Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Mart 2019 ile Ekim 2021 tarihleri arasında kolesistit tanıları ile yapılan acil ve elektif şartlarda laparoskopik kolesistektomi operasyonu olan 200 hasta retrospektif çalışmaya alınarak üç cerrahi teknik ayrı ayrı kullanıldı. Açık başlanan veya açık cerrahi prosedüre dönülen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Tüm hastalara laparoskopik kolesistektomi yapıldı ve sistik kanal ile arterine de endoskopik klip kullanıldı. Postoperatif dönemde ya klinik bakı iyi ya da dren takibi ile kanama ve kaçak görülmemesi sonrası hastalar taburcu edildi. 10 gün sonra poliklinik kontrolüne çağrıldı, komplikasyon olmadığı görüldü.

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan 200 hastanın 92'sinde (%46) monopolar koter, 87'sinde (%43.5) ultrasonik enerji kaynağı, 21'inde (%10.5) ileri bipolar teknoloji kullanıldı. Hastaların 112'si (%56) kadın, 88'i (%44) erkek ve yaş ortalaması 52.3 (17-80 yıl) olarak bulundu. 48 (%24) hasta acil olarak operasyona alınırken, 152 (%76) hasta elektif şartlarda operasyona alınmıştır

Laparoskopik kolesistektomi esnasında diseksiyon ve koterizasyon amacı ile kullanılan ultrasonik cerrahi enerji kaynağı kullanımının peroperatif komplikasyonları azalttığı ve postoperatif semptomların daha az görüldüğü, monopolar koterden de daha az travmatik olduğu söylenmektedir.

Bu operasyon sırasında literatürde ultrasonik cerrahi kullanımının termal hasarı azalttığı, rahat diseksiyon olması ve kaçak ihtimalinin çok daha az olması ile diğer enerji kaynaklarına kıyasla daha güvenilir olduğu belirtilmiş olup bizim çalışmamızda postoperatif takiplerde fark olmadığı gösterildi.

Yeni teknolojilere uyum sağlayan cerrah sayısındaki artışların buna sebep olduğunu düşünmekteyiz.

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNA YÖNELİK TEDAVİNİN ÖNÜNDEKİ BİR ENGEL: DAMGALAMA

Demet HAVAÇELİĞİ ATLAM
Ege Üniversitesi, İzmir, Turkey
demet.havaceligi@gmail.com

Tarihten günümüze etkili olan damgalamanın toplumlar üzerindeki etkisi her zaman tartışma konusu olmuştur. Hastalıkların nedenlerinin bilinmesi ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine rağmen damgalama tedavinin önündeki bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu derlemede dünyada en şiddet damgalanan ruhsal hastalıklardan biri olan madde kullanım bozukluğunun damgalanma sürecine yer vermek ve sağlık alanındaki yansımalarına dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Hastalıklara yönelik damgalamanın tarihsel süreci

Tarih boyunca, kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, özellikle de ruhsal hastalıklar toplum tarafından damgalanmıştır. Hastalığın nedenselliğinin bilinememesi, bulaşıcılığının olması ya da toplumsal alanda işlevselliği bozacak yönde olması toplumsal algının şekillenmesinde belirleyicidir. Bu açıdan tarih boyunca salgın hastalıkların ve ruhsal hastalıkların daha fazla damgalandığı görülmektedir. Ortaçağdaki inanç sistemi üzerinden yeni bir düşünce sisteminin geliştirilmesi ruhsal hastalıklara yönelik damgalamada etkili olmuştur. Ortaçağda ruhsal hastalığı olan kişilerin tanrı tarafından cezalandırıldığı, şeytani ruhların etkisinde olduğu ve çevrelerine zararlı olabileceklerine ilişkin bir düşünce sistemi geliştirilmiştir (Ertem, 2020).

Damgalamanın mekanizması

Damgalama, bireye yönelik stereotiplerin oluşması, bu stereotipleri destekleyen duyguların açığa çıkması ile önyargıların etkinleşmesi ve ayırımcı davranışların harekete geçmesi sürecidir. Damgalama, politika, medya, hukuk, sağlık, ekonomi, din ve eğitim gibi yapıyı oluşturan sistemlerin damgalaması ile başlar. Yapısal damgalama, kamu kurumları, sağlık kurumları, eğitim kurumları, işyerleri gibi günlük hayatımızın bir parçası olan alanlarında yaşanabilir (Özmen ve Erdem, 2018). Yapısal damgalama, toplumsal damgalamanın oluşmasına yol açar. Toplum, kendi düzeninde normlarını, ölçütlerini ve değerlerini belirler, bu ölçüt ve değerlere uymayan farklılığı farkettiğinde dikkatini ona yöneltir (Taşkın, 2007). Goffman, bu süreci bireyin özelliklerinden öte toplumun bir inşa süreci olarak değerlendirir. Böyle bir süreçte bireye toplumsal bir kimlik yaratılır. Toplumsal damgalamayı algılayan bireyin, kendine yönelik yapılan etiketlemeleri farkedip kabul ettikten sonra kendisiyle ilgili algısı değişebilir. Kendini damgalama sürecinde damgalamanın algılanması ve içselleştirilmesi söz konusudur. Damgalanmanın içselleştirilmesinde değersizlik, ümitsizlik, utanç, öfke, korku gibi duygular deneyimlenir. Bu durum bireylerin kamusal alandan, tedaviden ve sosyal ilişkilerden kaçınmasına yol açar. Damgalanmayı şiddetli hisseden bireylerde, hastalığını kabul etme, tedaviyi erteleme, tedaviye karşı direnç oluşturma, tedaviyi bırakma gibi daha

zor süreçler yaşanır (Copello ve ark., 2009). Bu açıdan damgalanma, tedavinin önündeki bir engel olarak karşımıza çıkar.

Madde kullanım bozukluğuna yönelik damgalama ve sağlık alanına etkileri

Bir hastalığın tanımlanma biçimi, terminolojisi, nedenselliği ile ilgili belirsizlik ve bilgisizlik düzeyi, işlevselliği bozması damgalama ile ilgili süreçleri etkiler. Günümüzde ruhsal bozuklukların nedenselliğine ilişkin bilgi düzeyinin değişimine, bilimsel ilerlemelere ve etkili tedavi yöntemlerine rağmen ruhsal bozukluklar hala damgalamaya en çok maruz kalan hastalık türüdür (Link ve ark., 1999; Hinshaw, 2007). Dünya Sağlık Örgütü'nün yürüttüğü uluslararası bir araştırmaya göre, madde kullanım bozukluğunun damgalanması diğer ruhsal hastalıklar içerisinde dünyada ilk sıradadır (Room ve ark., 2001). Madde kullanım bozukluğunun, "hastalık" yerine ahlaki bir durum ve davranış sorunu olarak değerlendirilmesi, madde kullanımının suç ile ilişkilendirilmesi, "madde kötüye kullanıcısı", "bağımlı" gibi kelimelerin kullanımı, toksikoloji test sonuçlarının "kirli" şeklinde ifadelendirilmesi damgalamayı arttırır (Wakemann, 2019). Damgalama, bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal yaşantılarını ve tedavi sürecini olumsuz etkilemesi açısından alınması gereken mesafenin önündeki bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır (Corrigan ve ark., 2001). Madde kullanım bozukluğunun sağlık sistemi içerisinde damgalanması bireylerin danışmanlık almasını, yardım arayışını, tedaviye başvurmasını engellemekte ya da tedavinin erken bırakmasına yol açmaktadır. Bir çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan kişilerin ancak %50'sinin tedavi gördüğü, damgalanma ve işten atılma korkusundan dolayı tedaviden kaçındıkları, tedavinin sosyal sonuçlarından korktukları ortaya konulmuştur (Clement ve ark., 2015). Madde kullanan kadın ve erkeğe yönelik bakış açısı ve etiketlemeleri de farklıdır. Kadına yönelik bu yaklaşımı, madde kullanan kadınların yardım arama davranışında büyük bir engele yol açmaktadır. Özellikle madde kullanan kadınlarda tedaviye erişme motivasyonu ve yardım arama davranışı daha düşüktür. Bu durum da klinikte çok az sayıda kadın hastanın olması ve kadınların tedaviye başvurmada geç kalmaları şeklinde kendini göstermektedir. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi 2018 yılı raporuna göre, kadınlarda yaşamboyu en az bir kez madde deneyimi 36,3 milyon, erkeklerde 56 milyondur. Oysa ki esrar kullananlarda tedaviye başvuranların %14'ü, eroin kullananlarda %20'si, kokain kullananlarda %16'sı kadındır (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2018). Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.)'nin ırk ve renk temelli yaklaşımı toplumu ve sağlık sistemini etkilemiştir. Beyaz ırktan olanların çoğunluğu ruhsal açıdan rahatsız ve tedaviye ihtiyacı olan hastalar olarak düşünülürken, siyah ırktan olanların çoğuna ise suçlu damgası yerleştirilmektedir (Netherland ve Hansen, 2016; Mendoza ve ark., 2019). Opioid bağımlılığı, siyah ırk için kriminalleştirme, beyaz ırk için de medikalleştirme ile ilişkilendirilmektedir. Opioid bağımlılığın azalması için kullanılan Buprenorfin tedavisinin de, özellikle beyaz ırk için önerildiği belirtilmektedir (Mendoza ve ark., 2019). Damardan madde kullanan ve toplumsal damgalamayı içselleştiren bireylerde ise enjektör değişimi gibi zarar azaltma programlarına katılım daha düşüktür. Bu durum da bulaşıcı hastalıkların artışı açısından risk oluşturduğu için önemli bir başka unsurdur (Rivera ve ark., 2014).

Hekimlerin ve tıp öğrencilerinin tutumları diğer fiziksel ve ruhsal hastalıklara göre daha olumsuzdur. Hekimler tıp eğitimlerinde "bağımlılığın bir beyin hastalığı olduğu"nu öğrense de olumsuz tutuma sahip olanlar, madde kullanımını ahlaki bir başarısızlık olarak algılayabilir (Avery, 2019). Bu durum, hekimlerin bağımlılıkla ilgili yeterli düzeyde eğitim görmemesine, hastayı değerlendirmede ve yeni tedavi yöntemleri konusunda bilgi düzeyindeki yetersizliğine bağlanır. Hekimlerin, bağımlılık tedavisini etkisiz olarak görmelerinin de damgalayıcı yaklaşıma yol açtığı yönünde düşünceler vardır (Ögel, 2007). Bazı psikiyatristlerin de bağımlı hastalara yönelik olumsuz tutuma sahip olduğu görülmektedir. Psikiyatristlerin bir kısmı, hastalığın tedavi sürecinin uzun olduğunu, tedavi için ayrılan maddi kaynakların olağandışı harcandığını; bu zamanın ve maddi kaynakların başka hastalara kaydırılabileceğine düşünmektedir (Lindberg ve ark., 2006). Hekimlerin çok azı madde bağımlılığı alanında çalışmaya karar vermektedir. Bu alanda çalışan kişilerin ayırıcı özelliklerinin olduğuna dikkat çekilir (Avery, 2019). Araştırmalar, olumlu yaklaşım sergileyen hekimlerin, tedavi sürecinde kendilerini daha sorumlu hissettiklerini ve mesleki, bireysel tatminin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Ögel, 2007). Bu süreç madde kullanan bireyler açısından değerlendirildiğinde ise hastalar, almış oldukları bireysel ve grup terapilerinin, özellikle de sağlık çalışanlarından aldıkları psikososyal desteğin, hastalıkla mücadele sürecinde yararlı olduğunu ifade etmiştir (Akbaş ve Mutlu, 2016). Hemşirelerin de bağımlılık konusunda farklı yaklaşımları olmaktadır. Bir çalışmada, hemşirelerin madde kullanan hastalara yönelik tutumlarının katı olduğu (Howard ve Chung, 2000); bir diğerinde, genel olarak hemşirelerin madde kullanımının taranmasında rol oynadıkları fakat müdahalede bulunmayı düşünmedikleri bulunmuştur (Puskar ve ark., 2013). Bir araştırmada, acil servis hemşirelerinin olumsuz tutumlarının olduğu, madde kullananları sorun çıkaran kişiler olarak gördükleri ve sağlık hizmeti vermekten kaçındıkları sonucuna ulaşılmıştır (Ögel, 2007).

Sonuç ve Öneriler

Madde kullanım bozukluğunun ruhsal hastalıklardan içerisinde şiddetli bir şekilde damgalanması hastalıkla ilişkili mücadele sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Damgalama, tedaviye katılımın önündeki büyük bir engel olarak karşımıza çıkmakta ve hastalığın kendisi kadar tehlikeli olarak görülmektedir. Damgalamanın azaltılması ve kişilerin tedaviye yönlendirilmesinde toplumun bu hastalık konusunda bilgi düzeyinin arttırılması ve tutumunun değiştirilmesi önemlidir. Sağlık alanında damgalamanın önüne geçilmesinde sağlık çalışanlarının Tıp eğitiminin içeriğine madde kullanım bozukluğu ile ilgili eğitimlerin entegre edilmesi önemlidir. Ayrıca sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimlerinde damgalayı azaltıcı müdahale programlarının eklenmesi önerilir. Bu müdahale programları düşünce, duygu ve davranış değiştirme yönünde ve empati odaklı oturumlar şeklinde olmalıdır. Bunun yanı sıra toplumsal cinsiyet eşitliği odaklı yaklaşımının madde kullanım bozukluğunun terapi süreçlerine eklenmesinin kadın ve erkek hastalara yönelik farklı yaklaşımların sergilenmesinin önüne geçileceğine inanılmaktadır.

Kaynakça

1. Akbaş, G.E. ve Mutlu, E. (2016). Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin bağımlılık ve tedavi deneyimleri. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 27(1), 101-122.
2. Avery, J.J. (2019). Addiction Stigma in the US Legal System. J.D.Avery & J.J.Avery (Eds). The Stigma of Addiction: A Essential Guide (pp 93-130). Springer.
3. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi. (2018). Avrupa Uyuşturucu Raporu 2018: Eğilimler ve Gelişmeler. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18 Erişim : Nisan 20, 2021
4. Clement, S., Schauman, O., Graham, T. ve ark. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on helpseeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med, 45(1), 11-27
5. Copello, A., Templeton, L. ve Powell, J. (2009). Adult family members and carers of dependence drug users: Prevalence, social cost, resource savings and treatment responses. London: UKDPC.
6. Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R.K., Penn, D.L., Uphoff'-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J. ,Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H. ve Kubiak, M.A. (2001). Three Strategies For Changing Attributions About Severe Mental Illness. Schizophrenia Bulletin, 27(2), 187-195.
7. Ertem, M.E. (2020). COVID-19 Pandemisi ve Sosyal Damgalama. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(2), 135-138.
8. Hinshaw, S.P. (2007). The Mark of Shame: The Stigma of Mental Illness and an Agenda for Chance. Oxford: Oxford University
9. Howard, M.O. ve Chung, S.S. (2000). Substance Use ve Misuse. Nurses Attitudes Towards Substance Misusers.II. Experiments Comparing Nurses to Other Groups 35(4), 503-532.
10. Lindberg, M., Vergara, C., Wild-Wesley, R. ve Gruman, C. (2006). Physicians-intraining Attitudes Toward Caring for and Working with Patients with Alcohol and Drug Abuse Diagnoses. Southern Medical Journal, 99(1), 28-35
11. Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A. ve Pescosolido, B.A. (1999). Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness and Social Distance. American Journal of Public Health, 89(9), 1328-1333.
12. Mendoza, S., Hatcher, A.E. ve Hansen, H. (2019). Race, Stigma and Addiction. J.D.Avery ve J.J.Avery (Eds). The Stigma of Addiction: A Essential Guide (s:131-152). Berlin: Springer.
13. Netherland, J. ve Hansen, H.B. (2016). The War on Drugs That Wasn't: Waste Whiteness, "Dirty Doctors," and Race in Media Coverage of Prescription Opioid Misuse. Culture, Medicine and Psychiatry, 40(4), 664-86.
14. Ögel, K. (2007). Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama, Taşkın, E.O. (Ed.), Alkol ve Madde Bağımlılığında Damgalama (s:31-40). İzmir: Meta.
15. Özmen, S. ve Erdem, R. (2018). Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23(1), 185-208.

16. Puskar, K., Gotham, H., Terhorst, L., Hagle, H., Mitchell, A.M., Braxter, B., Fioravanti, M., Kane, I., Talcott, K.S., Woomer, G.R. ve Burns, H.K. (2013). Effects of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) Education and Training on Nursing Students' Attitudes Toward Working with Patients who Use Alcohol and Drugs. Substance Abuse 34(2), 122-128.

17. Rivera, A.V., DeCuir, J., Crawford, N.D., Amesty, S. ve Lewis, C.F. (2014). Internalized stigma and sterile syringe use among people who inject drugs in New York City, Drug and Alcohol Dependence, 144, 259-264.

18. Room, R., Rehm, J., Trotter, R.T. II., Paglia, A. ve Ustun, T.B. (2001). Disability and Culture: Universalism and Diversity, T. B. Üstün, S. Chatterji, J. E. Bickenbach, R. T. Trotter II, R. Room, J.Rehm, S. Saxena (Eds), Cross-cultural Views on Stigma, (s:247-297). Seattle: Hogrefe & Huber

19. Taşkın, E.O. (2007). Stigma, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. İzmir: Meta.

20. Wakeman, S.E. (2019): The Language of Stigma and Addiction. J.D.Avery ve J.J.Avery (Eds). The Stigma of Addiction: A Essential Guide (S:71-80). Berlin: Springer.

MAKİNE ÖĞRENİMİNDE ÇAPRAZ DOĞRULAMA YÖNTEMİNİN ÖNEMİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

Usame Ömer OSMANOĞLU
Nevisoft Bilişim, Ar-Ge
usa.osm@gmail.com

Makine öğrenme yöntemi, 21. yüzyılın en önemli gelişmelerinin başında gelmektedir. Makine öğrenmesi, bilgisayar kullanarak tahminlerde bulunmaya dayanan hesaplamalı istatistik bilimidir. Çapraz doğrulama, bir sınıflandırma algoritmasının performansını tahmin etmek veya bir veri setindeki iki sınıflandırma algoritması arasındaki performansı karşılaştırmak için sık kullanılan bir yöntemdir. Bu çalışmada kalp yetersizliği veri üzerinde çapraz doğrulamanın makine öğrenmesi algoritmalarıyla birlikte kullanımının istatistiksel önemi hakkında bir inceleme yapmak amaçlanmıştır.

Açık veri kaynağından alınan "Heart Failure Prediction" isimli kalp yetersizliği veri setinde bulunan 13 değişkenli 299 örnek hacimli hasta verisi çalışmaya dahil edilmiştir. Veri tanıma, veri birleştirme, sentetik veri türetme adımlarından oluşan veri ön işleme aşamasından geçirilerek makine öğrenmesi sınıflandırma algoritmalarıyla ölüm durumunun tahminlemesi yapılmıştır. Lojistik regresyon, yapay sinir ağları, destek vektör makinesi, rasgele orman, naive bayes, karar ağacı ve k en yakın komşuluk algoritmaları ile oluşturulan tahmin modellerinin başarı ölçütlerinin hesaplanması için doğruluk, duyarlık, özgüllük ve ROC AUC (Receiver Operating Characteristic, Area Under the Curve) skoru kullanılmıştır. Eğitim aşamasında çapraz doğrulama uygulanmıştır.

Veri setinde yaş, anemi, kreatinin fosfokinaz, diyabet, ejeksiyon fraksiyonu, yüksek kan basıncı, trombositler, serum kreatinin, serum sodyum, cinsiyet, sigara kullanımı, zaman değişkenleri bağımsız değişken olarak yer almaktadır. İkili formatta olan ölüm durumu bağımlı değişken olarak alınmıştır. Yapılan uygulama çalışmasında çapraz doğrulama yapılmadığı %80-20'lik eğitim sonucunda lojistik regresyon algoritmasının doğruluk oranı %87, duyarlık %87, özgüllük %87 ve %82 ROC AUC değerlerine olarak tespit edilmiştir. Çapraz doğrulama yapıldığı uygulamanın sonucunda %85 doğruluk, %78 duyarlık, %88 özgüllük ve %83 ROC AUC değerlerine rasgele orman algoritmasıyla ulaşılmıştır. Çapraz doğrulamanın katlarında doğruluk oranının değişim aralığı %70-95 olduğu görülmüştür.

Özellikle sağlık alanında tahmin hatasının minimize edilmesi hayati önem taşımaktadır. Bu gibi alanlarda makine öğrenmesi ile tahmin modelleri geliştirilirken elde edilen sonucun şans eseri iyi veya kötü çıkma ihtimalini ortadan kaldırmak çalışmanın güvenirliği adına önem arz etmektedir. Bu çalışma sonucunda bu gibi durumlarda çapraz doğrulama kullanımının ihmal edilmemesi gerektiği düşünülmektedir.

MEDICAL STUDENTS BASED ANALYSIS OF MEDICAL SPECIALIZATION THESES

***Nida TURGUTELİ*[1]**, *Meryem Esma DÜZ*[2], *Nurullah YÜCEL*[1], *Süeda UZUN*[1]
[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi*
[2]*Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi*
nidaturguteli@gmail.com

In medical faculties, it is aimed to train candidates who have necessary knowledge to eliminate health problems. In the study, it was aimed to determine the scientific studies on the general habits of medical students and their perspectives on medical education. In this direction, 108 medical specialization theses with "Medicine Students" in the title of the thesis on the website Thesis Center of the Council of Higher Education between 1990 and 2021 were researched within the scope of the study. It was aimed to give direction to the studies to be prepared after examining the studies.

The data of the theses, which had "Medical Students" in the title of the thesis, made in the field of specialization in medicine (108) on the website Higher Education Council Thesis Center were included.

Results show that 50% of the coordinators of the theses were female and 50% were male. 91.6% of the theses were shared with permission and 8.4% were shared without permission within the National Thesis Center. Medical branches in the studies: Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Emergency Medicine, Forensic Medicine, Family Medicine, Anesthesiology and Reanimation, Pediatrics, Skin and Venereal Diseases, Physiology, Chest Diseases, Public Health, Internal Medicine, Obstetrics and Gynecology, Clinical Bacteriology, Neurology, Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery, Psychiatry, Biochemistry. 54.6% of the theses were written with Professor, 18.5% as Associate Professor, and 26.9% with PhD Lecturer and Assistant Professor degrees. In all of the theses, the language preference was Turkish. 0.9% of theses had teachers, 1.8% had patients, and 7.4% had workers included in the research together with medical school students. Methods used to determine data are: 88.8% survey, 1.8% interview, 1.8% observation, 3.7% measurement on the body, 5.5% examination and %1.8 vaccination.

Researches were carried out in many disciplines. The information of the study will be shared with the participants of the 1st International Medicine, Health and Communication Sciences Congress where the Multidisciplinary and Interdisciplinary team members come together. The study will provide direction for future research.

Kaynakça

1. Gönüllü, İ., Öztuna, D., Artar, M., Saka, M. C., Cihan, B., Palaoğlu, Ö., & Atbaşoğlu, E. C. (2013). "Probleme Dayalı Öğrenme Müfredatının Uygulandığı Tıp Öğrencilerinde Stres Oluşturucu Faktörler Ölçeği" nin Türkçe Çevirisinin Psikometrik Özelliklerinin Araştırılması.
2. Günay, O. (2002). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin tıp eğitimi hakkındaki düşünceleri. Tıp Eğitimi Dünyası, 7(7).
3. Öğetürk, M., KAVAKLI, A., İlter, K. U. Ş., Songur, A., ZARARSIZ, İ., & SARSILMAZ, M. (2003). Tıp Öğrencileri Nasıl Bir Anatomi Eğitimi İstiyor?. Tıp Eğitimi Dünyası, 10(10).
4. YARIŞ, F., TOPBAŞ, M., ÇAN, G., & ÖZORAN, Y. (2001). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi hakkındaki düşünceleri. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 18(4).

MENTAL HEALTH AND CINEMA, STIGMATIZED PERCEPTIONS AND REPRESENTATION

Carla Gabriela JINES MUNOZ
Anadolu University, Institute of Social Sciences, Master in Cinema and Television
jines916@anadolu.edu.tr

Film is considered an integral part of our culture, representing in some sort of mirror our daily experiences, exaggerating them with the addition of biases and misconceptions in its narrative. "Film is most often used as an attempt to present objectively objective states of mind; such as dreams" (Damjanović, Vukovic, Jovanović. 2009).

In addition, public perception of mental health is still limited to recurring stereotypes, considering individuals with mental problems as dangerous and incompetent, reducing their persona to exaggerated behaviors, almost caricaturized versions of their diagnoses. Furthermore, cinematic portrayals of mental illness have a significant impact upon public perceptions, building into stigma, marginalization and discrimination. However, the stigmatized perceptions of mental health not only affect the patients, but also take over health care representatives, who often are portrayed as antagonists.

In order to analyze how films, embody mental health conditions, this study focused on the most popular films developed in different eras of cinema narrative, and also, different approaches in representation. From the maniac and dangerous stereotype, derived from "Psycho" (Hitchcok, 1960), to the rebel and heroic loner in "Taxi Driver" (Scorsese, 1976), the obsessive paranoid in "Pi" (Aronofsky, 1998) and also the creative genius in "Frank" (Abrahamson, 2014). All of the afore mentioned films work in very different ways into approaching mental disorders, exanimating each element of the films and drawing conclusions about the characters, the surroundings, the stories and the motivations. Also, it is important to gather information about how culturally important each movie was in the corresponding period.

All of this films portray different sides of a mentally ill individuals; they either represent them as dangerous or romanticize their condition. It is also evident that psychiatric terms are often misquoted, misinterpreted and used in inadequate, arbitrary, colloquial and rather offensive manner." Hiler et al. (1995), depicting the most common stereotypes that perpetuates stigma by psychiatric patients. Early representations of psychopaths in film were often shaped with an incomplete understanding of psychopathic disorders, often caricatured as sadistic, unpredictable, sexually depraved, and emotionally unstable with a compulsion to engage in random violence, like it is shown in Psycho. Also, in more recent films, this characters are more romanticized, they are depicted as creatives, free spirited individuals and they portray their disorder as an attribute and a personality trait, as it shown in Frank.

Unfortunately, cinematography is dominated by twisting and distortion of reality and very often disorders are simplified and romanticized. It is important to watch this films with specific criteria for coding media depictions, rather than relying on individual judgment, mainly because, mental and psychopathic disorders cannot be addressed subjectively, the audience should be well informed in order to make a proper judgement.

Finally, after further analysis on different representations of mental illness, it is evident the one sided frame in which these movies are developed, not just because of stereotyped perceptions, but also, because the represented individuals are males, there is almost zero female representation in the movie industry. Moreover, mental health is not just misrepresenting but also gendered labeled.

Kaynakça

1. Beachum, Lauren, "The Psychopathology of Cinema: How Mental Illness and Psychotherapy are Portrayed in Film" (2010). Honors Projects. 56.http://scholarworks.gvsu.edu/honorsprojects/56
2. Damjanović, A. Vukovic, O. Jovanović, A. Jasović-Gasić, M. (2009). Psychiatry and movies. Psychiatria Danubina. 21. 230-5.
3. Leistedt, SJ and Linkowski, P. (2014), Psychopathy and the Cinema: Fact or Fiction?. J Forensic Sci, 59:167-174. https://doi.org/10.1111/1556-4029.12359
4. McCann, E. Huntley-Moore, S. (2016). Madness in the movies: An evaluation of the use of cinema to explore mental health issues in nurse education. Nurse Education in Practice, Volume 21. Pages 37-43. ISSN 1471-5953. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.09.009

MESLEK HASTALIĞINI ÖNLEMEDE ÖNEMLİ BİR BASAMAK: MESLEK ANAMNEZİ

Eliz KUMAN OYMAN, *Sevgi CANBAZ*
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.B.D., İş ve Meslek Hastalıkları Yandal Eğitim Programı
elizoyman@istanbul.edu.tr

Giriş- Amaç

Meslek hastalıkları işyeri ortamında bulunan faktörlerin etkisi ile ortaya çıkan ve önlenebilir hastalıklardır. Dolayısıyla hastalıkların etiyolojisinde mesleki maruziyeti ortaya koymak oldukça önemlidir. Bunun için en önemli basamak mesleki anamnez almak ve risk faktörlerini sorgulamaktır. Bu derlemede hekimlerin mesleki maruziyet sorgulama sıklığı ve meslek hastalıklarına yönelik yaklaşımları incelenmiş olup, mesleki anamnezin önemini vurgulamak ve uygulama aşamasındaki aksaklıklara öneri sunmak amaçlanmıştır.

Gövde Metin

Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) verilerine göre dünya nüfusunun %15'i iş kazası veya meslek hastalıklarına maruz kalmakta, tüm ölümlerin %3.9'u iş kazası veya meslek hastalığı sonucu olmaktadır. Bu veriler her ne kadar ciddi bir küresel yükü gözler önüne serse de, UÇÖ tahminlerine göre yılda her bin işçi için 4-12 yeni meslek hastalığı olgusu beklendiği gerçeğinin karşısında, buzdağının görünen yüzü gibidir. Ülkelerin çalışan nüfusa oranla meslek hastalığı tanısı konulan kişi sayısına bakıldığında beklenenin çok altında rakamlar karşımıza çıkmaktadır. Bunun en önemli nedenlerinden birisi, hekimlerin anamnez alırken hastalara mesleklerini ve /veya mesleki maruziyetlerini detaylı bir şekilde sorgulamamasıdır.

Mesleki karsinojenler, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astıma neden olan mesleki ajanlar, silika, asbest, kömür tozu, gürültü ve ergonomik risk faktörlerinin neden olduğu mesleki hastalıkların incelendiği bir araştırmada, sadece bu seçilmiş meslek hastalıkları ve yaralanmalarının 2000 yılı için küresel yükü, 850.000 ölüm ve yaklaşık 24 milyon yıllık sağlıklı yaşam kaybı olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada göğüs hastalığı polikliniğine başvurmuş hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendiğinde, %21,9 oranında ayrıntılı meslek öyküsü alındığı ve erkeklerde (%79) kadınlardan (%31) daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin meslek hastalıklarına yönelik yaklaşımlarının değerlendirildiği bir anket çalışmasında ise "Ayırıcı tanıda meslek hastalıklarını düşünür müsünüz?" sorusunu; %40'ı "nadiren", %6.7'si "hiç" olarak yanıtlamıştır. "Hastalarınızın mesleklerini anamnezlerinde sorguluyor musunuz?" sorusuna ise; %30'u "nadiren", %6.7'si "hiç" yanıtı verirken, "her zaman" diyen hekim oranı %10 olarak saptanmıştır.

Mesleki hastalıklar önlenebilir hastalıklar olduğundan mevcut istatistiki bilgiler oldukça düşündürücüdür. Meslek hastalıklarını önlemede birincil yaklaşım çalışanlara koruyucu sağlık

hizmetlerinin sunulmasıdır. Diğer önemli bir yaklaşım da, meslek hastalıklarına erken tanı konulabilmesi için detaylı bir mesleki anamnez alınmasıdır. Çünkü bu yaklaşımlar sayesinde sadece tanı alan çalışan değil, çalışma ortamını paylaşan diğer çalışanlar da korunmuş olur. Bir işyerinde meslek hastalığı tanısı alan bir çalışan olması durumunda yasal mevzuata göre, risk değerlendirmeleri ve çalışanların sağlık gözetimi tekrar yapılarak iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları yeniden değerlendirilir ve uygun önlemler alınır.

Sonuç

Ülkemizde hekimlerin meslek anamnezi alma konusunda eksikliklerinin olduğu anlaşılmaktadır. Meslek hastalıklarını önlemede tanı süreci oldukça önemli olup, bu konuda hekimlerin ihtiyacını belirlemeye yönelik daha geniş çaplı araştırmalar yapılmalıdır. İhtiyaç doğrultusunda, belli aralıklarla hekimlerin uzmanlık alanına uygun olarak meslek hastalıkları ve mesleki risk faktörleri hakkında eğitim verilmesi, mesleki anamnez formlarının hasta tarafından doldurulacak şekilde hazırlanması gibi pratik yaklaşımlar oluşturulabilir.

MEZUNİYET ÖNCESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE PANDEMİ EĞİTİMİ İHTİYAÇ ANALİZİ

Fatma SELMAN
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı
selmanfatma28@gmail.com

Giriş

Dünyada ve ülkemizde korona virüs hastalığı 2019 (COVİD-19) pandemisi nedeni ile sağlığı, sosyal hayatı ve ekonomiyi etkileyen pek çok sorun ile karşılaşılmıştır (1). Bu durum hekim, hemşire ve diğer sağlık alanında görev yapan çalışanların çalışma şekillerinde değişiklikler yaparken en büyük değişimlerden bir tanesi de tıp eğitiminde ortaya çıkmıştır (2).

Pandemi nedeniyle mezuniyet öncesi tıp eğitimin önemli bir parçasını oluşturan yüz yüze eğitimler ve klinik eğitimler pandemi nedeni ile uygulanamaz hale gelmiştir (3). Virüsün yakın temas ve damlacık yoluyla bulaşması eğitimde aksaklıkların en büyük nedenlerinden birisini oluşturmuştur (1). Bu durumda hem öğrencileri korumak hem de öğrencilerin pandeminin yayılmasına neden olabileceği düşüncesiyle fakültelerde birçok önlem alınmış ve eğitim stratejileri değiştirilmiştir (4,5,6)

Tıp fakültelerin çoğunda klinik eğitimler, küçük grup etkileşimleri sağlayan yüz yüze eğitimler kaldırılarak, online uygulama başlamıştır (4,7,8). Eğitimin nasıl yürütülmesi gerektiğine yönelik tartışmalarda bir grup araştırmacı, öğrencilerin klinikten uzak tutulması gerektiğini düşünürken (10,11), diğer grup eğitimciler ise pandemi döneminde öğrencilerin aktif görevler alması gerektiğini savunmuştur (3,9,12)

Birçok farklı fakülte pandemi döneminde öğrencilere farklı sorumluluklar vermiştir (13). Bazı tıp fakültelerinde öğrencilere COVİD-19 hastalığının semptomlarını gösteren hastaları veya taburculuk sonrası izlemleri tele tıp ile gerçekleştirmek görevleri verilmiştir (9). Bazı tıp fakültelerinde öğrencilere pandemi hakkında halk bilgilendirmesi yapması görevi verilmiştir. Bazı tıp fakültelerinde öğrencilere ise kişisel koruyucu ekipman (KKE) verilerek orada aktif olarak çalışan asistanlara veya uzmanlara yardım etmesi görevi verilmiştir (14). Hatta pandemi döneminde çok fazla sağlık personeli açığı ortaya çıkan ülkelerdeki tıp fakültesi öğrencileri erken mezun edilerek, aktif olarak sahada çalışmaya başlamıştır (15,16).

Öğrencilerin pandemi dönemlerindeki en önemli gereksinimlerinden bir tanesi bulaşıcı hastalıklar ve pandemi hakkında iyi bir eğitimden geçmeleridir. Aslında COVİD-19 hastalığı pandemisi mezuniyet öncesi tıp fakültelerinde pandemi eğitimlerinin geliştirilmesi gereken yönlerini ortaya çıkarmıştır. Yapılan çalışmalarda bulaşıcı hastalıklar hakkında eğitimlerin sınırlı hastalıklardan oluştuğu, pandemi eğitimlerinin yüzeysel sunulduğu ve uygulamaların yapılmadığı izlenmiştir (3,17).

Bu çalışmanın amacı mezuniyet öncesi tıp eğitimi programında yer alan bulaşıcı hastalıklar ve pandemi konularının öğrenciler tarafından değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma 2020-2021 eğitim yılında dönem altı öğrencileriyle yürütülen tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. Anket Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin online olarak gönderilmiştir. Örneklem seçiminde her beş öğrenciden birine ulaşmak hedeflenmiştir. Öğrencilerden 39 kişiye ulaşılmıştır.

Anket çevrimiçi bir platformda (Google formlar) oluşturulmuş ve katılımcılara e-posta ve telefon bağlantısıyla gönderilmiştir. Anketi online doldurulması istenmiştir. Anketi doldurmadan önce çalışmanın amaç ve hedeflerini anlatan bir gönüllülük formu gönderilmiş, rıza göstermeleri dahilinde anketi doldurmaları istenmiştir. Anket kısa bir sosyodemografik veri bölümünden sonra mezuniyet öncesi tıp fakültesi döneminde aldıkları bulaşıcı hastalık ve pandemi eğitimleri hakkındaki sorulardan oluşmaktadır. Toplamda 30 soru vardır. Soruların bir kısmında çoktan seçmeli yöntem kullanılmış, diğer kısımda ise açık uçlu sorular ile katılımcıların fikirleri sorulmuştur. Tanımlayıcı tablolar hazırlanmış, yüzde ve ortalamalar verilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 39 dönem altı öğrencisi katılmıştır. Katılımcıların %61,5 erkek ve %75'i 25 yaş üzerindedir.

Katılımcıların %95'inin bulaşıcı hastalık çeşitleri ve önleme konusunda kuramsal ders aldığı bunlardan %15,4'ünün bu dersi COVİD-19 sonrası aldığı saptanmıştır. Öğrencilerin %33,3'ü tıp fakültesi dönemlerinde bulaşıcı hastalık çeşitleri ve onları önleme konusunda uygulamalı ders almadıklarını söylemiştir. Pandemi hakkında ise katılımcıların %20,5'inin kuramsal ders almadığı, %20,5'inin ise COVİD-19 salgını sonrası aldığı saptanmıştır.

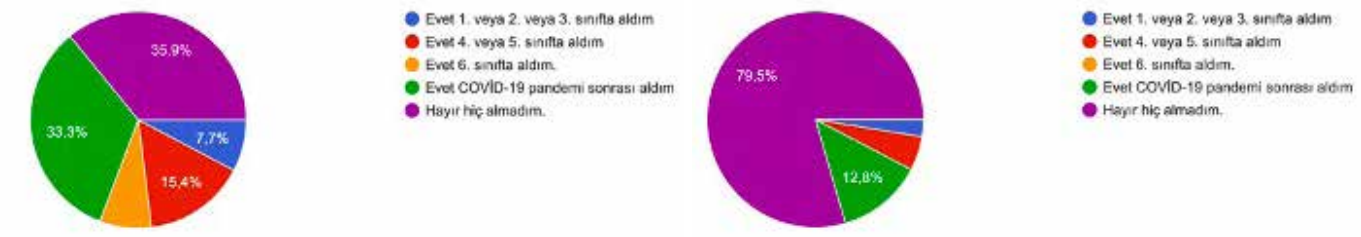
Araştırmamıza katılan öğrencilerin bulaşıcı hastalıklardan kendilerini korumak için tıbbi eldiven giyme, tıbbi maske çeşitleri ve kullanımı, kişisel koruyucu ekipman (KKE) giyme konusunda aldıkları kurumsal ve uygulamalı dersler tablo1' de özetlenmiştir.

Öğrencilerin pandemi döneminde bir sağlık personeli olarak görev ve sorumlulukları konusunda aldıkları dersler grafik 1 ve grafik 2 'de özetlenmiştir.

Katılımcıların %74,4'ünün pandemi döneminde bir sağlık personeli olarak görev yapmak konusunda kendini yeterli hissetmediğini söylemiştir. Bunların nedenleri arasında kuramsal ders alsalar bile uygulama yapmadıkları, bu konuda deneyime dayalı eğitim almadıklarını, klinikte yeterince bu konuda uygulama yapmadıklarını söylemişlerdir.

Öğrencilerin %64,1 'i pandemi döneminde sorumluluklarını bildiğini belirtmiştir. Bunun nedeni sorulduğunda; tıp fakültesinde iyi bilgilendirildiklerini, halk sağlığıyla ilgili online seminerler yapıldığı, kendilerini ve çevresindekileri korumaları gerekliliği, mesleki ve toplumsal önem taşımasını gibi cevaplar vermişlerdir.

Çalışmamızdaki öğrencilerin %97,4'ünün COVİD-19 pandemisini meslek hastalığı olarak gördüğü saptanmıştır. Pandemi hakkında güncel bilgilerin büyük bir kısmını katılımcıların %66,6'sı sosyal medyadan, %66,6'sı üniversitede verilen derslerden, %56,4'ü online kurslardan, 42,7'si güncel makalelerden, %38,4'ü medya ve televizyondan, %28,2'si tıp kitaplarından aldığı saptanmıştır.



Tablo1: Tıp fakültesi öğrencilerinin bulaşıcı hastalıklardan kendilerini koruma için aldıkları dersler

Ders çeşidi/ne zaman alındığı (%)	Covid-19 öncesi verilen kurumsal dersler	Covid-19 sonrası verilen kurumsal dersler	Hiç kurumsal ders almayan	Covid-19 öncesi verilen uygulamalı dersler	Covid-19 sonrası verilen uygulamalı dersler	Hiç uygulamalı ders almayan
Tıbbi eldiven giyme	87,1	10,3	2,6	79,5	0	20,5
Tıbbi maske çeşitleri ve kullanma	64,1	28,2	7,7	33,3	5,1	61,5
Kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanımı	51,3	35,9	12,8	28,2	5,1	66,7

Sonuç

COVİD-19 hastalığı tüm dünyada mezuniyet öncesi tıp fakültesindeki pandemi eğitimindeki eksiklikleri ortaya çıkarmıştır (3). Çalışmamızda da diğer ülkelerdeki durumlara benzer şekilde tıp fakültesindeki pandemi eğitiminde eksiklikler olduğu ortaya çıkmıştır. Bu eksikliklerin en sık görüldüğü alan ise uygulamalı eğitimler olduğu görülmüştür. Genel olarak öğrencilerin bulaşıcı hastalıklar ve pandemi konusunda hem kuramsal hem de uygulamalı eğitimlerin daha fazla olması konusunda istekli olduğu görülmüştür. Benzer şekilde İtalya'da yapılan bir çalışmada da öğrencilerin pandemi ve acil durum müdahaleleri hakkındaki eğitimleri almaktan memnun oldukları saptanmıştır (18).

Pandemi döneminde genel olarak tıp fakültesi öğrencileri gönüllü grup olarak düşünülmektedir (3). İrlanda'da ulusal bir üniversitede yapılan bir ankette öğrencilerin %81'inin pandemide aktif olarak çalışmayı ahlaki bir sorumluluk olarak algıladıkları görülmüştür (19). Bizim fakültemizdeki öğrencilerin ise pandemi döneminde görev ve sorumluluklarını bildiklerini söylemiş, bunun nedeni olarak da kendilerini ve çevresindekileri koruma gerekliliği, bu durumu mesleki ve toplumsal görev olarak görmeleri olduğunu söylemiştir. Görev ve sorumluluklarını bilmelerine rağmen büyük bir kısmı pandemi döneminde çalışmak konusunda yeterli hissetmediklerini söylemiş bunun nedeninin

uygulamalı derslerin çok az olmasından kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda öğrencilere kendilerini ve çevrelerini korumaları için verilmesi gereken tıbbi eldiven giyme, tıbbi maske kullanımı, KKE kullanımı konularındaki kuramsal derslerin genelde verildiği ama uygulamalı derslerin yeterli olmadığı görülmüştür. Ayrıca bu derslerin bir bölümünün COVİD-19 pandemisi sonrası verildiği görülmüştür.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin pandemi konusundaki güncel bilgileri almak için en sık sosyal medya ve üniversitede verilen kurslardan daha sonrasında sırasıyla online kurs, güncel makaleler, medya ve televizyondan yararlandıkları saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda bizimkine benzer şekilde sosyal medya en sık yararlandıkları görülürken onu haberler izlemiştir (20). Bizim öğrencilerimizin online ve üniversite kurslarından daha sık yararlanmalarının nedeni üniversitemizin bu konuda öğrencileri bilgilendirmek ve eğitmek konusundan çabasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızın tek merkezli olması ve katılımcı sayısı konusunda sınırlılıkları olmakla birlikte bu çalışma pandemi konusunda geliştirilecek eğitim programı için önemli veriler sağlamaktadır.

Çalışmanın sonuçlarına göre pandemi eğitimi konusunda kuramsal ve uygulamalı eğitimlerin yoğunluğunun arttırılması, öğrencilere daha fazla sorumluluk verilmesi ve tüm eğitim programında gereken önemin verilmesi vurgulanmıştır. Ek olarak pandemi eğitiminin tıp fakültesi eğitim programının tüm yıllarında spiral ve entegre şekilde yer verilmesinin gerekli olduğu izlenmiştir.

Kaynaklar

1. Coronavirus [Internet]. [cited 2021 May 1]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3
2. Kaul V, Gallo de Moraes A, Khateeb D, Greenstein Y, Winter G, Chae JM, et al. Medical Education During the COVID-19 Pandemic. Chest [Internet]. 2021 May 1 [cited 2021 Nov 11];159(5):1949. Available from: /pmc/articles/PMC7772576/
3. O'Byrne L, Gavin B, McNicholas F. Medical students and COVID-19: the need for pandemic preparedness. Journal of Medical Ethics [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 Nov 11];46(9):623. Available from: /pmc/articles/PMC7316103/
4. Theoret C, Ming X. Our education, our concerns: The impact on medical student education of COVID-19. Medical education [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Nov 11];54(7):591–2. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32310318/
5. COVID-19: How the virus is impacting medical schools | American Medical Association [Internet]. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.ama-assn.org/delivering-care/public-health/covid-19-how-virus-impacting-medical-schools
6. Coronavirus: Universities plan online classes and exams in case of campus closures [Internet]. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.irishtimes.com/news/ireland/irish-news/coronavirus-universities-plan-online-classes-and-exams-in-case-of-campus-closures-1.4191821

7. Medical students take final exams online for first time, despite student concern | Imperial College London | The Guardian [Internet]. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.theguardian.com/education/2020/mar/22/coronavirus-forces-medical-students-sit-final-exams-online

8. Alsafi Z, Abbas AR, Hassan A, Ali MA. The coronavirus (COVID-19) pandemic: Adaptations in medical education. International journal of surgery (London, England) [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Nov 11];78:64–5. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32304892/

9. Miller DG, Pierson L, Doernberg S. The Role of Medical Students During the COVID-19 Pandemic. Annals of Internal Medicine [Internet]. 2020 Jul 21 [cited 2021 Nov 11];173(2):145–6. Available from: /pmc/articles/PMC7151405/

10. Interim Guidance on Medical Students' Participation in Direct Patient Contact Activities: Principles and Guidelines.

11. Catanese VM. Guidance on Medical Students' Clinical Participation: Effective Immediately. 2020;

12. Medical students can help combat Covid-19. Don't send them home - STAT [Internet]. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.statnews.com/2020/03/14/medical-students-can-help-combat-covid-19/

13. AMA guiding principles to protect learners responding to COVID-19 | American Medical Association [Internet]. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.ama-assn.org/delivering-care/public-health/ama-guiding-principles-protect-learners-responding-covid-19?fbclid=IwAR0W82CMDRvj8g_xz6of2Wz0GEnRZnF1ZKxLV5aBNSqd4zQyoe7lSlYXLPw

14. University of Calgary medical students quadruple province's COVID-19 contact-tracing capacity | CBC News [Internet]. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/u-of-c-covid-19-contact-tracing-1.5509022?cmp=rss

15. Iacobucci G. Covid-19: medical schools are urged to fast-track final year students. BMJ [Internet]. 2020 Mar 16 [cited 2021 Nov 11];368:m1064. Available from: https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1064

16. Italy rushes 10K medical students into service during coronavirus outbreak, scrapping final exams - National | Globalnews.ca [Internet]. [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://globalnews.ca/news/6695581/italy-medical-students-coronavirus/

17. Patel VM, Dahl-Grove D. Disaster Preparedness Medical School Elective: Bridging the Gap Between Volunteer Eagerness and Readiness. Pediatric emergency care [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2021 Nov 11];34(7):492–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27455344/

18. L R, PL I, G G, M T, JM F, FD C. Italian medical students and disaster medicine: awareness and formative needs. American journal of disaster medicine [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2021 Nov 13];8(2):127–36. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24352928/

19. Gouda P, Kirk A, Sweeney AM, O'Donovan D. Attitudes of Medical Students Toward Volunteering in Emergency Situations. Disaster medicine and public health preparedness [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Nov 13];14(3):308–11. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31475653/

20. Magklara E, Angelis S, Solia E, Katsimantas A, Kourlaba G, Kostakis G, et al. The Role of Medical Students During COVID-19 Era. A Review. Acta Bio Medica : Atenei Parmensis [Internet]. 2021 Mar 5 [cited 2021 Nov 13];92(1):2021032. Available from: /pmc/articles/PMC7975932/

NUH NACİ YAZGAN ÜNİVERSİTESİ KIZ ÖĞRENCİLERİNİN EMZİRME BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslıhan AĞYAR[1], *Mualla AYKUT*[2], *Pınar SÖKÜLMEZ KAYA*[3]
[1]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Beslenme Bilimleri*
[2]*Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Sağlık BİlimleriFakültesi, Beslenme ve Diyetetik*
[3] *Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğr. Üyesi – Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü*
aslihanagyar00@gmail.com

Özet

Anne Sütünün hem bebek hem anne için sağlık, beslenme ve bağışıklık yanı sıra gelişimsel, psikolojik ve sosyal ve ekonomik yönden pek çok yararı vardır. Bebeklik dönemindeki beslenme; büyümeyi ve gelişmeyi sağlamakta ve hastalıklardan korunmada önemli rol oynamaktadır. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNİCEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tavsiyelerine göre; çocuklarının yaşamlarının ilk 6 ayında sadece anne sütü beslenmesi, ek gıdalılarının 6 ay sonra verilmesi, bu gıdalara ek olarak, emzirmeye 24 aya kadar devam edilmesi önerilmektedir. Nuh Naci Yazgan Üniversitesi son sınıf kız öğrencilerinin anne sütüne ve emzirmeye ilişkin; bilgi düzeylerinin, tutumlarını değerlendirmek ve sonuca ilişkin önerilerde bulunmak üzere bir araştırma yapıldı. Bu araştırma; Kayseri ilinde yer alan Nuh Naci Yazgan Üniversitesinin çeşitli fakültelerinde 2017/2018 eğitim-öğretim yılında öğrenim gören son sınıf kız öğrenciler üzerinde yapılmıştır. Araştırma verileri Literatüre dayalı olarak hazırlanan, 51 soru içeren anket formu yolu ile toplanmıştır Annelerinin emzirme bilgi düzeyi için emzirmeye yönelik bilgi anketi, tutum düzeyi için İOWA (The İOWA İnfant feeding attitude scale) Emzirme tutum ölçeği kullanılmıştır. Anket Formunun araştırmacı öğrenci gözetiminde örneğe alınan öğrenciler tarafından sınıflarında doldurulması sağlamıştır 434 kız öğrencinin katılımı ile çalışma tamamlanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 20 istatistik programı kullanarak değerlendirilirmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin fakültelere göre emzirme tutum ölçeği puanları ortamları en yüksek Sağlık Fakültesi (70+7,64) en düşük ortalama ise mühendislik fakültesi (54,06+11,97) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında ise anlamlı fark vardır($p<0.01$). Araştırma grubundaki öğrencilerin %27,9'u emzirmeye pozitif %63,8'i nötr, %8,3'ü emzirmeye negatif olarak bulunmuştur. Emzirmeye nötr olanların oranı ise en yüksek bulunmuştur. Emzirmeye pozitiflik oranın en yüksek olduğu bölüm ise %71,2 ile Beslenme ve Diyetetik olmuştur. Araştırma kapsamına alınan üniversite son sınıf kız öğrencilerin yaklaşık dörtte biri emzirmeye pozitif tutumda olup bu oran düşüktür. Elde edilen sonuçlar göz önünde bulundurarak Nuh Naci Yazgan Üniversitesinde eğitim görmekte olan emzirme bilgi düzeyi ve tutumları konusunda eksik olan kız öğrencilere anne sütü, emzirme, emzirme hakları konusunda eğitim, bilgi ve destek verilmelidir.

Yöntem

Araştırma verileri Literatüre dayalı olarak hazırlanan, 51 soru içeren anket formu yolu ile toplanmıştır Annelerinin emzirme bilgi düzeyi için emzirmeye yönelik bilgi anketi, tutum düzeyi için İOWA (The İOWA İnfant feeding attitude scale) Emzirme tutum ölçeği kullanılmıştır. Anket Formunun araştırmacı öğrenci gözetiminde örneğe alınan öğrenciler tarafından sınıflarında doldurulması sağlamıştır 434 kız öğrencinin katılımı ile çalışma tamamlanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 20 istatistik programı kullanarak değerlendirilirmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin fakültelere göre emzirme tutum ölçeği puanları ortamları en yüksek Sağlık Fakültesi (70+7,64) en düşük ortalama ise mühendislik fakültesi (54,06+11,97) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında ise anlamlı fark vardır($p<0.01$).

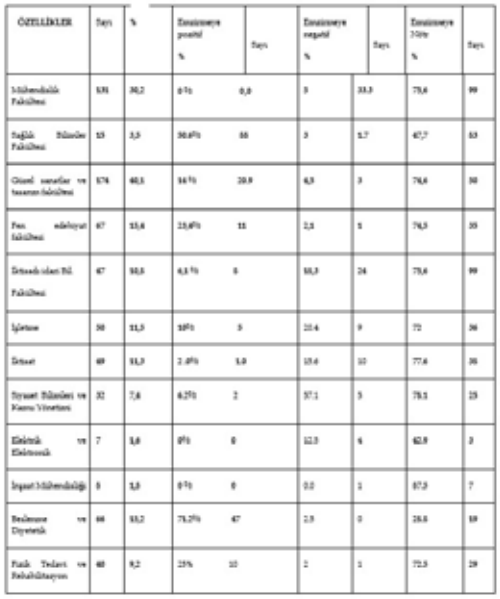
Araştırma grubundaki öğrencilerin %27,9'u emzirmeye pozitif %63,8'i nötr, %8,3'ü emzirmeye negatif olarak bulunmuştur. Emzirmeye nötr olanların oranı ise en yüksek bulunmuştur. Emzirmeye pozitiflik oranın en yüksek olduğu bölüm ise %71,2 ile Beslenme ve Diyetetik olmuştur. Araştırma kapsamına alınan üniversite son sınıf kız öğrencilerin yaklaşık dörtte biri emzirmeye pozitif tutumda olup bu oran düşüktür.

Araştırmaya alınan öğrencilerin %40'i Sağlık Bilimler Fakültesi İken bu oranın %15,2'si Beslenme ve Diyetetik bölümündedir. Öğrencilerin yaş ortalaması 22,62+1,390'dur. Öğrencilerinin ailelerinin %81,6'si İç Anadolu Bölgesi'nde yaşamaktadır. Katılımcıların %65,9'u evde ailesi ile yaşamaktadır. Katılımcıların %77,0'ı çekirdek aileye sahiptir ve %66,4'ü iki kardeşe sahiptir. Öğrencilerin annelerinin %36,4'ü lise mezunudur.

Öğrencilerin anne sütüne ilişkin bilgi sorularına en yüksek oranda yanıt verdikleri 3 soru ise şöyledir. İlk sırada %97,9 doğru yanıt oranıyla ''Anne sütü yeni doğan bebek için en uygun besindir. ''sorusu olmuştur. İkinci en çok doğru yanıtı alan ''Doğumdan sonra bebeğe ilk anne sütü verilmelidir. 'sorusu %95,9'lik orana sahiptir. Öğrenciler üçüncü en çok doğru yanıtı %94,2'lik oranla '' Bebeğe ilk altı ay sadece anne verilmelidir.'' Sorusuna vermişlerdir. Doğru yanıtın en düşük olduğu soru ise%12,7'lik oranla ''küçük memeye sahip annelerin sütü az olur.'' sorusu olmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin %47'si emzirmeye yönelik daha önce bilgi almıştır. Bilgi alanlar bu bilgiyi en yüksek oranda (33,3) sağlık personelinden almıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin emzirme tutum ölçeği puan ortalaması 63,34+10,14 olarak bulunmuştur.

Tablo: Araştırma grubuna alınan bazı öğrencilerin özeliklere göre emzirme tutumu;





Sonuç

Araştırma grubundaki öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre emzirme tutum ölçeği puan ortalaması; Sağlık Bilimler Fakültesi'nde diğer fakültelere , Beslenme ve Diyetetik bölümleri diğer bölümlere, Evli olanlar nişanlı ve bekar olanlara, Çekirdek ailede yaşayanlar geniş ve diğer aile tiplerine, ilerde çalışmayı düşünenlerde ,kararsız ve düşünmeyenlerde , kendi ifadeleri ile gelir durumu düşük olanlarda diğerlerine, daha önce bilgi alanlarda , daha önce bilgi alanlarda daha önce bilgi almayanlara, emzirmeye yönelik bilgi alanlardan bu bilgiyi okul eğitiminden alanlara göre anlamlı düzeyde anlamlı bulunmuştur. Öğrenciler yaş gruplarına, ailesinin yaşadığı bölgelere, öğrencinin kaldığı yere, kardeş sayısına göre emzirme tutumu ölçeği puan ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır

Araştırma gurubundaki öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklere göre emzirmeye pozitif tutumda olanlar; Sağlık Bilimler Fakültesi diğer bölümlere, Beslenme ve Diyetetik bölümlere,23yaş üzerindeki, evde tek başına kalanlarda diğerlerine, evli olanlarda bekar ve nişanlılara , çekirdek ailede yaşayanlarda geniş ve bölünmüş ailede yaşayanlara , halen bir işte çalışmayanlarda çalışanlara , gelecekte çalışmayı düşünenlerde kararsız ve düşünmeyenlerde , anne eğitimi ilkokul ve ortaokul olanlarda eğitim durumu daha yüksek olanlara, daha önce emzirmeye yönelik bilgi alanlarda almayanlara, bu bilgiyi okul eğitiminden alanlarda diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan üniversite son sınıf kız öğrencilerin yaklaşık dörtte biri emzirmeye pozitif tutumda olup bu oran düşüktür.

Bundan dolayı Nuh Naci Yazgan Üniversitesinde eğitim görmekte olan emzirme bilgi düzeyi ve tutumları konusunda eksik kız öğrencilere anne sütü, emzirme, emzirme hakları konusunda eğitim bilgi ve destek verilmelidir.

Kaynakça

1. Baysal A. Beslenme Dokuzuncu Baskı, Ankara: Hatipoğlu yayınevi,2002:60-155.
2. "Eker A, YurdakulM. Annelerin Bebek Beslenmesi ve Emzirmeye ilişkin Bilgi ve Uygulamalı. Sted 2006;15(9):158-163.
3. Dror DK, Allen LH. The importance of milk and other animal-source foods for children in low-income countries. Food
4. Nutr Bull 2011; 32:227-43.
5. Emzirme Danışmanlığı El kitabı, Ana çocuk sağlığı ve Aile planlaması Genel Müdürlüğü,2018.
6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütler Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
7. Akşit.S., (1993) Yeni doğana Giriş. (Ed.) Seçim H. AÖF Yayınları, Eskişehir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Sağlık araştırması 2016.Türkiye İstatistik Kurumu: Ankara 2016.
8. Ünsür Ek ve ark. Emziren Annelerin Emzirme ile İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, Emel Kabakoğlu Ünsür,
9. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul. Dintçtürk.Ç, (2006). Bir ve Birden Fazla Çocuğu Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması, [Yayınlanmış yüksek lisans tezi].

ÖZ ŞEFKAT VE STRESLE BAŞA ÇIKMA

Ayşe DEMİRDEN[1], *Gamze SARIKOÇ*[2]
[1]*Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Ankara, Turkey*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Turkey*
aysedmrden@gmail.com

Bireyler yaşamları boyunca birçok stres faktörüyle karşı karşıya kalmaktadır. Öz şefkatin bireylerin ruhsal hastalık belirtilerine karşı koruyucu olduğu, stresli durumlara yönelik etkili başa çıkmayı geliştirdiği belirtilmektedir. Bu çalışma, öz şefkat kavramını literatür doğrultusunda incelemek, öz şefkat ve stresle başa çıkma alanında yapılan çalışmaların derlemesini yaparak konuya ilgi duyan bireylerin faydalanması amacıyla literatüre sunulmuştur.

Budist felsefeden temel alan öz şefkat, bireylerin yaşamları boyunca psikolojik belirtilerle ve sorunlarla karşılaşmaması için sahip olması gereken, dayanıklılığı arttıran önemli bir özelliktir (1,2). Öz şefkat, başkalarına gösterdiğimiz insani duyguları kendimize göstermektir. Öz şefkat, sevdiğimiz bir kişiyle nasıl ilgileniyorsak kendimizle de öyle ilgilenmemiz gerektiğinin farkında olmamızdır (3). Öz şefkat bireyleri stresli durumlara karşı destekleyerek, rahatlatmada yardımcı olur (4).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde 'öz şefkat' kavramının Türkçe'ye 'öz anlayış', 'öz duyarlılık', 'öz şefkat' gibi farklı kavramlara çevrildiği ve bu kavramlarla ilgili birçok araştırma yürütüldüğü görülmüştür. Araştırmalarında Türkçe karşılığı olarak; Yılmaz (2009), Özyeşil (2011), Sarıcaoğlu (2011,2019), Deniz ve arkadaşları (2012), Oral (2016) 'öz anlayış' kavramını; Akın (2007), Nacar (2018) ve Korkmaz (2018) 'öz duyarlılık' kavramını; Bayar (2018), Vardar (2019), Gülmez (2019) ise 'öz şefkat' kavramlarını kullanmışlardır (4-14) Bu araştırma kapsamında da 'self compassion' kavramını 'öz şefkat' kavramının karşıladığı düşünülerek 'öz şefkat' kavramı kullanılmıştır.

Öz şefkat, bireylerin deneyimlediği sıkıntılı ve olumsuz durumları iyimser olarak kabul etmeleri ve bu durumları hayatın bir getirisi olarak değerlendirmesidir (15). Öz şefkatli bireyler; olumsuz durumlar karşısında, kendine karşı ön yargılı olmadan, yargılamadan ve eleştirmeden, kendine yüklenmeden, yetersizlik duygusuna kapılmadan içinde bulunduğu durumu kabul ederek tecrübeye çevirmeye yönelik çaba gösterir ve kendine karşı kibar davranır (11,16)

Öz şefkat kavramı; nasıl ki parmağımız kesildiğinde iyileşmesi için temizleyip yara bandı sararak kendimize fiziksel bir yardımda bulunuyorsak, olumsuz durumlar karşısında duygusal anlamda tehlikeyle karşı karşıya kaldığımızda da kendimize karşı şefkatle yaklaşmamız gerektiğini vurgular (3). Talihsiz bir durumla karşılaştığımızda ve işlerimiz yolunda gitmediğinde genellikle dünyada böyle bir acıyı çeken tek kişi olduğumuzu hisseder, olanlar karşısında kendimize şefkatle yaklaşmak yerine kendimizi acımasızca eleştirir ve suçlarız. Bu stresli durumlar karşısında kullandığımız etkisiz bir başa çıkma yöntemidir (16,17). Buna karşılık olarak öz şefkat, bireye daha etkili bir başa çıkma seçeneği sunar (16).

Öz şefkat kavramıyla ilgili kapsamlı birçok araştırma yapan Neff, öz şefkati; bireylerin acılarına karşı açık olması, acılarından kaçmak yerine acılarını azaltmak ve iyileştirmek istemesi olarak tanımlar. Neff'e göre, bireyin kendisine ya da bir başkasına karşı, hata yaptığında veya başarısız olduğunda yargılamadan yaklaşarak 'insanlık deneyimi' olarak görebilmeyi içerir. Her insan hatalar yapabilir, bazı durumlarda yetersiz kalabilir ancak her koşulda değerlidir (18). Başarısızlıkların ve hataların dikkate alınmaması değil, kişinin kendine ve bir başkasına yargılamadan ve eleştirmeden yaklaşabilmesidir (16).

Neff' göre öz şefkat, üç bileşenden oluşur. Bunlar; öz sevecenliğe karşı öz yargılama, farkındalığa karşı özdeşleşme ve ortak paylaşımların bilincinde olmaya karşı izolasyondur. Her bileşen kendi içinde olumlu ve olumsuz bir boyut barındırır. Öz sevecenlik, kişinin olumsuz durumlar ve olaylar karşısında kendine karşı daha nazik ve anlayışlı bir tutum içinde olmasıdır. Öz sevecenlik boyutu, bireyin kendini ve bir başkasını sert bir dille eleştirmek ve yargılamak yerine şefkatle yaklaşmaya ve sevecenliğe vurgu yapar. Genellikle bir konuda başarısız veya yetersiz olduğumuzda ve hata yaptığımızda kendimizi acımasızca eleştiren iç sesimizi duyarız. Neff'e göre, sevdiğimiz insanlara, çevremizdeki diğer insanlara hatta yabancı birisine bile bu eleştirel ifadeleri kullanmazken; bizim kontrolümüzde dahi olmayan durumlar karşısında kendimize karşı kolaylıkla kullanabilmekteyiz. Kendimizi eleştirmek ve yargılamak yerine, tüm insanlar gibi mükemmel olmadığımızı kabul etmek kendimize karşı daha destekleyici ve duyarlı yaklaşmamızı sağlayacaktır. Ortak paylaşımların bilincinde olma, bireyin yaşadığı sıkıntıların ve acıların tüm insanlığın ortak bir deneyimi ve insan olmanın doğal bir parçası olarak ve görmesini içerir. Bu boyut, bireyin acı verici yaşam deneyimlerini, tüm insanların ve yaşamın bir parçası olarak kabul ederek kendini diğer insanlardan ayrışmış ve izole şekilde algılamamasını ifade eder. Neff'e göre bu boyut ile kendimize ve çevremize daha geniş bakış açısıyla bakabilmekte ve diğer insanlarla benzer deneyimleri yaşadığımızın farkında olarak daha az hayal kırıklığı yaşayabiliriz. Bilinçli farkındalık, bireyin karşılaştığı zor durumlar karşısında yaşadığı olumsuz duygu ve düşüncelerin farkında olarak dengeli bir şekilde değerlendirmesidir. Yaşanılan anın farkında olarak, yaşanan deneyimlere daha geniş bakış açısından bakabilmeyi içerir. Olumsuz deneyimlere yönelik duygu ve düşüncelerin farkında olmak sorunun çözümünü kolaylaştırarak zihindeki aşırı tanımlamaya yönelik düşüncelerin engellenmesine yardımcı olacaktır. Neff' e göre bu bileşenler birbirinden bağımsız olmayıp sürekli etkileşim halindedir (3,16). Bu boyutlar ortak şekilde artabilmekte ve farklı deneyimlenebilmektedir. Bunula birlikte öz şefkatin, bireyin kendine karşı nazik olmasını, acı verici durum karşısında kendini kabullenmesini ve içinde bulunduğu durumu geniş bir bakış açısıyla ele alabilmesini vurgulamaktadır (19).

Bu derlemenin amacı, ruh sağlığı alanında önemli yeri olan öz şefkat kavramını inceleyerek; öz şefkat kavramını ruhsal hastalık belirtileri ve stresle başa çıkma bağlamında ele alarak öz şefkat kavramının önemini tartışmaktır.

Öz Şefkat ve Ruhsal Hastalık Belirtileri

Son yıllarda öz şefkatin ruhsal sağlığa faydalarına yönelik yapılan araştırmalarda artış olmuştur. Öz şefkat, psikoloji ve ruhsal hastalık belirtileriyle yakından ilgili olup birçok araştırmada da incelenmiştir.

Literatürdeki araştırmalarda öz şefkatin psikolojik iyilik haliyle pozitif; depresyon, travma, kaygı gibi ruhsal hastalık belirtileriyle ise negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür (20). Ayrıca kişilerde ruhsal hastalıkların gelişmesini önlemekle birlikte; sahip olunan pozitif psikolojiyle ilgili kavramları da güçlendirdiği düşünülmektedir (21).

Araştırmalar incelendiğinde yüksek düzeylerdeki öz şefkatin düşük depresyon belirtileriyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (18,21-23). Brophy ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada öz şefkatin bağlanma, depresyon ve yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir (24). Depresyonda görülen olumsuz bilişsel değerlendirme ve çarpıtmaların olumsuz duygulanıma neden olduğu bilinmekte (25); bu nedenle depresyon tanılı hastaların öz şefkat düzeylerinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerde yapılan araştırmada; bireylerin sağlıklı gruba göre öz şefkat düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (26). Yine sosyal anksiyete bozukluğu tanılı bireylerle yapılan bir başka çalışmada, öz şefkat temelli bir uygulamanın kullanılmasının bireylerin durumluk kaygı düzeylerini azalttığı ve öz şefkat düzeylerinde artış sağladığı belirtilmiştir (27).

Bipolar bozukluğu olan bireylerde öz şefkat düzeyinin araştırıldığı bir başka çalışmada da öz şefkatin yaşam doyumuyla ilişkili olduğu görülmüş; bipolar bozukluk tanısına sahip bireylerin sağlıklı kontrol grubuna göre düşük düzeyde öz şefkat gösterdikleri tespit edilmiştir (28).

Madde kullanım bozukluğu riski ve öz şefkat düzeyi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, madde kullanım bozukluğu riskinin yüksek olduğu bireylerde öz şefkat düzeyinin düşük olduğu bildirilmiştir (29).

Brooks ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada bireylerin alkol kullanımıyla öz şefkat düzeylerinin negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir (30). Öz şefkatli bireylerin madde ve alkol kullanarak başa çıkma durumlarının daha düşük olduğu bilinmektedir (16,30). Öz şefkat düzeyinin yüksek olmasının bireyi daha yapıcı ve olumlu stresle başa çıkma tarzlarına yönlendirdiği düşünülmektedir. Alkol ve madde kullanımı etkili olmayan başa çıkma yöntemleridir. Çalışmada alkol kullanan hastaların öz şefkat düzeylerinin düşük olmasının bununla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Eichholz ve arkadaşlarının (2020) obsesif kompulsif bozukluk tanılı bireylerin öz şefkat düzeyi ve duygu düzenleme zorluklarını incelediği araştırmada, bireylerin semptom şiddetinin ve obsesif inançlarının öz şefkat ile negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (31).

Öz şefkatin, travma ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarıyla ilişkisinin incelendiği sistematik derleme çalışmasında; yüksek düzeydeki öz şefkatin düşük travma sonrası stres bozukluğu semptomlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca öz şefkatin travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını azaltmada; travmaya bağlı suçluluk ve utanç duygularını azaltmada etkili olabileceği bilinmektedir (32).

Öz şefkat düzeyleri ile yeme patolojileri arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarda; hastaların öz şefkat düzeylerinin yüksek olduğu günlerde daha az yeme patolojileri bildirdikleri ve öz şefkatin

vücut ve yeme patolojilerine karşı koruyucu bir etken olduğu görülmüştür (33-35). Aşırı yeme davranışında öz eleştiri ve öz şefkatin rolünün incelendiği çalışmada da yüksek öz şefkatin aşırı yemeyle ilişkili düşünce ve davranışlarda azalmaya neden olduğu bildirilmiştir (34).

Öz şefkatle stresle başa çıkma arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara göre; öz şefkatin bireylerin karşılaştığı olumsuz yaşam olayları karşısında değerli bir baş etme kaynağı olabileceğini göstermektedir. Mevcut çalışmaların çoğu, öz şefkatin stresli durumlara yönelik başa çıkmayı geliştirecek şekilde düşünmeyi sağladığını göstermektedir (36,37). Yapılan araştırmalardaki bulgular incelendiğinde, yüksek öz şefkatin düşük ruhsal hastalık belirtileriyle ilişkili olduğunu gösteren birçok araştırma bulunmakla birlikte; öz şefkatin bireylerin ruhsal hastalık belirtilerine karşı korunmasında da etkili olduğu ortaya koyulmuştur (20,38).

Stres ve Tarihsel Gelişimi

Bireyler gündelik yaşam içinde birçok stres faktörüyle karşı karşıya kalırlar. Stres, bireyler için istendik bir durum olmamakla birlikte yaşam için de temeldir. Stres, bireylerin gerginliğe ve değişikliklere karşı uyum sağlamaları gereken zorlanma durumudur (39).

Stres kavramı Latince'de 'Estrictia', Fransızca'da 'Estrece' kelimelerinden türemiş; tarih boyunca zorlanma, baskı, felaket, gerilme, bela, dert, keder gibi anlamlarda kullanılmıştır. 19. Yüzyılda Fransız fizyolog Claude Bernard, bireylerin iç yapısındaki denge bozulduğunda hastalıkların meydana geldiğini söyleyerek stres kavramının günümüzdeki anlamını ele almıştır. Walter B. Cannon ise laboratuarında kaçma ve savaşma reaksiyonlarını incelerken stres kavramını kullanmıştır. 1925 yılında Hans Selye yaptığı hayvan deneyleriyle stres belirti ve tepkilerini incelemiştir. Lazarus ve Folkman'a göre stres bireyin çevresel faktörler nedeniyle zorlanması ve bireyin kendini tehlikede hissetmesi sonucu oluşur (40).

Stres bireyleri her zaman olumsuz şekilde etkilemez. Bireyleri çalışmak için motive ettiği, yeni hedefler peşine düşürdüğü ve yeni fikirler/ürünler yaratma konusunda harekete geçirdiği bilinmektedir (41). Olumlu stres; bireye günlük yaşamında karar vermesine yardımcı olur, enerji sağlar, bireyin motivasyonunu, performansını arttırır ve bireye uyanıklık sağlar (42). Olumsuz stres ise bireyin zorlayıcı hayat tecrübeleri sonucunda ortaya çıkan durumdur. Bireyin hayat kalitesini düşürür, verimliliğini azaltarak başarısızlığa ve performans düşüklüğüne neden olur (43,44). Selye, yaptığı çalışmalar sonucunda bireylerin stres karşısında bazı psikolojik ve fiziksel belirtiler oluşturarak 'savaş ya da kaç' tepkisi gösterdiğini ortaya koymuştur. Bireylerin bu stres karşısında dengesi bozulur ve stres tepkisi oluşur. Bu stres tepkisine 'Selye' nin Genel Uyum Sendromu' adı verilir. Alarm, direnç ve tükenme döneminden oluşur. Alarm aşaması; stresin algılandığı organizmada yeniden dengenin sağlanması ve korunması için bedende birtakım değişikliklerin görüldüğü dönemdir. Bu değişiklikler şunlardır:1. Gerekli enerjinin sağlanması için depolanmış olan yağ ve şeker kana karışır.2. Daha fazla oksijen alınıp enerjiyi arttırmak için solunum sayısı artar.3. Mücadeleyi sağlamak için beyne ve kaslara oksijen taşınması için kanda alyuvar artar.4. Organizmada gerekli yerlere kan ulaşması için kan basıncı artar.5. Olası yaralanmalara karşı kan kaybını azaltmak için kanın pıhtılaşma mekanizması

aktif hale gelir.6. Sindirim yavaşlar.7. Algıyı güçlendirmek, görüşü iyileştirmek için göz bebekleri büyür.8. Dış ortama karşı duyumlar artar.9. Hipofiz bezi uyarılır.Bu faaliyetlerle amaç, organizmayı sağlıklı tutmak, savaşarak ya da kaçarak organizmayı korumaktır.

Direnç aşaması vücudun direncinin normalin üzerine çıktığı dönemdir. Tükenme dönemi ise stres veren durumun ciddi olması ve uzun sürmesiyle ortaya çıkar ve hastalıklara açık bir dönemdir (39,43,45,46). Fizyolojik belirtilerin yanında bireylerin davranışlarında görülen belirtiler de vardır. Bunlar; karar vermede güçlük, değersizlik ve terk edilmişlik duyguları, davranış biçimlerinde değişiklik, sigara ve alkol tüketiminde artma, kişisel hata ve başarısızlıkların sık yaşanması, uyku bozukluğu, ölüm ve intihar fikirlerinin sık tekrarlamasıdır (45). Stres; şiddetine, maruz kalınan süreye ve verilen tepkiye bağlı olarak ruh sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Stresin ruh sağlığını etkileyen psikolojik ve davranışsal sonuçları bulunmaktadır. Stresin bireyler üzerindeki psikolojik sonuçları arasında gerginlik, anksiyete, depresyon, endişe, karamsarlık, bunaltı, dikkati toplamada zorlanma bulunmakta; davranışsal sonuçları arasında ise sigara alkol kullanımının artması, duygusal ve ani kararlar olup, bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (44,45)

Bireyler yaşamları boyunca birçok stres faktörüyle karşı karşıya kalmaktadır. Bu stres faktörleri; fakirlik, işsizlik, tehlikeli ortamda bulunmak, insanlar arası çatışmalar, gerginlikler, belirsiz sorumluluklar, sosyal izolasyon, kötü çevre şartları, hastalık, hayat değişiklikleri, iş hayatındaki vardiya düzeni, yoğun iş yükü ve maddi endişe vb. konular olabilmektedir. Uzun süreli stres sağlık için tehlikeli olabilmekte ve buna bağlı olarak insan vücudu hastalıklara daha duyarlı hale gelebilmektedir. Bireyler uzun süreli stres etkileri sebebiyle baş ağrısı, kilo kaybı, yorgunluk, kalp damar hastalıkları ve böbrek bozuklukları gibi sorunlar ile karşı karşıya kalabilmektedirler (45,47).

Stresle Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı

Stressiz bir yaşam mümkün olmamakta ancak etkili başa çıkmayla birlikte stresin verdiği zararlar azaltılabilmekte ve stres olumlu yönde bir araç olarak kullanılabilmektedir (45). Stresle başa çıkmak hayatta verimli olabilmek, ruh ve beden sağlığını koruyabilmek için gerekli ve öğrenilebilirdir. Bireylerin zorlu durumların üstesinden gelememeleri sağlıkta bozulmaya yol açmaktadır. Bireylerin sağlığındaki bozulma da yeni zorlayıcı durumların oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum kısır döngüye neden olmakta ve uygun başa çıkma yöntemleriyle birey bu kısır döngüden çıkabilmektedir (48). Baş çıkma kavramı stres yaratan durumlar karşısında bireylerin yaşadığı sıkıntıyı ve gösterdiği fizyolojik tepkileri azaltmak için gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabalardır (48,49). Folkman ve Lazarus'a göre 'başa çıkma'; 'bireyin stresli durumlar karşısında zorlukları aşabilmek, sıkıntılarını azaltabilmek ve zorlayıcı durumları kontrol altında tutabilmek amacıyla gösterdikleri çaba' olarak adlandırılır. Başa çıkma, bir süreçtir (40).

Folkman ve Lazarus'a göre başa çıkma etkili (problem odaklı) ve etkisiz (duygu odaklı) başa çıkma olarak iki grupta sınıflandırılmıştır. Etkili başa çıkma; bilgiye ulaşma, sorunu çözmeye yönelik eylemlerde bulunma, kişilerarası sorunları çözme, zamanı verimli kullanmayı kapsayan eylemleri içerir. Etkili başa çıkma doğrudan stresöre yöneliktir ve stresörü ortadan kaldırmaya odaklanır.

Etkisiz başa çıkmada ise bireyin algıladığı duygusal stresini azaltmasına ve kendini iyi hissetmesini sağlamasına yönelik uyguladığı dua etme, bağırma, ağlama, gevşeme gibi eylemler vardır. Etkisiz başa çıkma stresörün bireye olan etkisini azaltmayı amaçlar. Etkili ve etkisiz başa çıkma birbirine zıt, farklı başa çıkma tarzları olarak görülse de aslında birbirini tamamlayan, destekleyen uygulamalardır (40,48).

Bireyler yaşam boyunca karşılaştıkları zorlayıcı durumlarla başa çıkmak zorundadır. Stresle başa çıkmada kullanılan yöntemler kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Bu kullanılan yöntemlerin etkili olup olmaması, sorunun kendisine bağlı olmakla birlikte çevresel ve kişisel değişkenlere de bağlıdır (45,48).

Şahin ve Durak'ın yaptıkları çalışmada (1995) stresle başa çıkmayla ilgili beş farklı yaklaşım önerilmiştir. Kendine güvenli yaklaşım, zorlayıcı durumlar karşısında bireylerin mücadeleden vazgeçmediği ve kendine güvendiği durumlardır. Çaresiz yaklaşım, bireyin problem çözme becerisinin olmaması sebebiyle zorlayıcı durumlar karşısında süreci yönetememesi ve buna dair inancının olmaması ve olumsuzlukların sebebi olarak kendini görmesidir. Boyun eğici yaklaşım, bireylerin zorlayıcı ve stres yaratan durumları kaderci tutumla kabullenmeleridir. İyimser yaklaşım, bireyin zorlayıcı durumlara ve süreçlere iyimser bakış açısıyla ve mantıksal doğrultuda yaklaşmasıdır. Sosyal desteğe başvurma yaklaşımı, bireylerin zorlayıcı ve stresli durumlar karşısında durumları anlama, değerlendirme ve zor durumlarla başa çıkmak için diğer bireylerden yardım istemesidir (50).

Literatürde bireylerin stresle başa çıkma tarzlarını ortaya koymak amacıyla çeşitli gruplarla birçok araştırma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda birçok değişkenin bireylerin stresle başa çıkma tarzlarıyla ilişkisi araştırılmıştır (51-53).

Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada intihar olasılığının stresle başa çıkma ile ilişkili olduğu görülmüştür (51). Hemşirelik bölümü öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada, öğrencilerin sosyal destek algısı arttıkça stresle daha etkili başa çıktıkları görülmüştür (52).

Ekinci ve arkadaşlarının üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada (2013) stresle başa çıkma ve atılganlık düzeyi arasında pozitif doğrultuda ilişki olduğu görülmüş; stresle başa çıkma düzeyi arttıkça öğrencilerin atılganlık düzeyinin de arttığı gözlenmiştir (53). Yılmaz ve arkadaşlarının üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada (2017), öğrencilerin stresli durumlar karşısında stresle başa çıkma tarzlarından en çok kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama tarzlarını kullandıkları görülmüştür (54).

Bipolar bozukluk tanılı bireye bakım veren kişilerle yapılan çalışmada; işçi ve mesleği olmayan bakım verenlerde boyun eğici ve çaresiz yaklaşım düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (55).

Hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaş grupları, eğitim, hastalığa sahip olma, mesleği severek yapma, çalıştıkları birimden memnun olma, psikososyal desteğe ihtiyaç duyma durumları ile stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Hemşirelerin

psikososyal sorunlarında artış oldukça kendine güvensiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyut puanlarında artış olduğu saptanmıştır (56).

Nörolojik hastalığı bulunan bireylere bakım verenlerle yapılan bir çalışmada; bakım verenlerin bakım yükleri arttıkça kendine güvenli ve iyimser yaklaşımları kullanma durumlarının azaldığı, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları kullanma durumlarının arttığı belirtilmiştir (54).

Ruhsal hastalığı olan bireylerde yapılmış çalışmalarda ise hastaların genellikle etkisiz başa çıkma tarzlarını kullandıkları görülmüştür. Özarslan ve arkadaşlarının (2013) majör depresyon tanılı bireylerle ve sağlıklı kontrol grubuyla yaptığı stresle başa çıkma tutumlarını karşılaştırıldığı çalışmada fonksiyonel olmayan başa çıkma tutumları toplam puanının depresyon tanılı bireylerin olduğu grupta daha yüksek, problem odaklı başa çıkma toplam puanının ise kontrol grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür (57).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısıyla tedavi gören hastalarla yapılan çalışmada intihar girişimi öyküsü olan hastaların çözüme dönük başa çıkma puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. İntihar girişiminde bulunan hastaların daha az çözüme dönük başa çıkma yolları kullandıkları görülmüştür (58).

Konversiyon bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerde psikoloji dayanıklılık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzlarının incelendiği çalışmada; konversiyon bozukluğu tanısı alan bireylerin etkisiz başa çıkma tarzlarını etkili başa çıkma tarzlarına göre daha fazla kullandıkları görülmüştür (59).

Öz şefkat ve Stresle Başa Çıkma

Öz şefkatle stresle başa çıkma arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara göre; öz şefkatin bireylerin karşılaştığı olumsuz yaşam olayları karşısında değerli bir baş etme kaynağı olabileceğini göstermektedir. Mevcut çalışmaların çoğu, öz şefkatin stresli durumlara yönelik başa çıkmayı geliştirecek şekilde düşünmeyi sağladığını göstermektedir (36,37). Öz şefkat bireyleri stresli durumlara karşı destekleyerek, rahatlatmada yardımcı olur (4). Allen ve Leary'nin yaptığı araştırmada (2010) da öz şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin stresle daha etkili şekilde başa çıkabildikleri görülmüştür (60). Gerke'nin yaptığı araştırmada da (2016) öz şefkat temelli müdahalelerin stresi azalttığı belirtilmiştir (61). Ewert ve arkadaşlarının öz şefkat ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları meta analiz çalışmasında (2021) öz şefkat düzeyiyle problem odaklı başa çıkma tarzlarının pozitif yönde ilişkili olduğu vurgulanmıştır (62). Ülkemizde ise farklı örneklemlerde benzer çalışmalar bulunmakta ancak konuyla ilgili ruhsal sorunları olan bireylerle yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Ruh sağlığı bozulmuş bireylere bakım veren sağlık profesyonelleri, öz şefkat kavramı ve artırılmasına yönelik girişimler, stresle başa çıkma yöntemleri konusunda bilgilendirilerek farkındalıkları artırılmalıdır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin öz şefkat düzeyleri de ele alınarak, öz şefkati arttırmaya yönelik psikososyal müdahaleler ve eğitimler planlanmalıdır. Öz şefkat temelli müdahalelerin ve eğitimlerin planlanarak hastaların stresle etkili şekilde başa çıkması desteklenmelidir. Bireylerin

aile/iş/sosyal hayatı ve hastalık sürecinde yaşadığı stres verici durumların nedenleri araştırılarak bunun giderilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemler değerlendirilerek etkili başa çıkma yöntemleri konusunda eğitimler ve psikososyal müdahaleler planlanmalıdır.

Kaynakça

1. Korkmaz B., (2018). Öz Duyarlılık: Psikolojik Belirtiler ile İlişkisi ve Psikoterapide Kullanımı, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 10(1): 40-58
2. Gilbert, P. (2009). The compassionate mind. Robinson.
3. Germer C. (2018). Öz Şefkatli Farkındalık, İstanbul, Diyojen Yayıncılık
4. Deniz, M. E. (2021). Self-compassion, intolerance of uncertainty, fear of COVID-19, and well-being: A serial mediation investigation. Personality and Individual Differences, 177, 110824
5. Yılmaz, M. T. (2009). Üniversite öğrencilerinin öz-anlayışları ile anne baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya
6. Özyeşil, Z. (2011). Üniversite öğrencilerinin öz-anlayış düzeylerinin bilinçli farkındalık kişilik özellikleri ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. (Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya
7. Sarıcaoğlu, H. (2011). Üniversite öğrencilerinin psikolojik iyi olma düzeylerinin kişilik özellikleri ve öz-anlayış açısından incelenmesi. (Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya 8. Sarıcaoğlu, H. ve Arslan, C. (2019). "Bilinçli Öz-Anlayış Programının Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayışına Etkisi", Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(3): 2381-2399
9. Deniz M.E., Arslan C., Özyeşil Z., İzmirli M., (2012). Öz-Anlayış, Yaşam Doyumu, Negatif ve Pozitif Duygu: Türk ve Diğer Ülke Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Karşılaştırma, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 23, Haziran 2012, 428-446
10. Oral T. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Affetme Düzeylerinin Öz-Anlayış, Kişilerarası Hataya İlişkin Ruminasyon ve Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi (Doktora Tezi), Konya
11. Akın, Ü., Akın, A., & Abacı, R. (2007). Öz-duyarlık Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 33, 1-10
12. Nacar E.H., (2018). Annelerin bağlanma stilleri ve stresle başa çıkma tarzları ile maternal bağlanmanın ilişkisi: öz duyarlılığın aracı rolü (Yükseklisans Tezi), Yakındoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü, Lefkoşa
13 Bayar Ö., Tuzgöl Dost M. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Öz-Şefkatin Yordayıcıları Olarak Bağlanma Tarzı ve Algılanan Sosyal Destek, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education) 33(3): 689-704
14. Vardar Z.S. (2019). Yetişkinlerde öz şefkat düzeyi ve kişilerarası bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yükseklisans Tezi), Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul

15. Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., ve Peterson, C. (2005). Positive psychology progress, empirical validation of interventions. American Psychologist, 60 (5), 410-421

16. Neff K (2003a). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self Identity, 2: 85-101

17. Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: the construction of the Cognitive–Behavioral Avoidance Scale. Behaviour Research And Therapy, 42(3), 293-313

18. Neff K (2003b) The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self Identity, 2:223-250

19. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, Hancock J (2007) Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. J Pers Soc Psychol, 92:887-904

20. MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. Clinical psychology review, 32(6), 545-552

21. Neff K.D., Rude S.S., Kirkpatrick K.L. (2007) An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. J Res Pers, 41:908-916

22. Terry M.L., Leary M.R., Mehta S. (2013) Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. Self Identity, 12:278-290

23. Yamaguchi, A.., Kim, M. S., & Akutsu, S. (2014). The effects of self-construals, self-criticism, and self-compassion on depressive symptoms. Personality and Individual Differences, 68, 65-70

24. Brophy, K., Brähler, E., Hinz, A., Schmidt, S., & Körner, A. (2020). The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. Journal of affective disorders, 260, 45-52

25. Türkçapar H. Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi Depresyon, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2009

26. Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. Anxiety, Stress & Coping, 25(5), 543-558

27. Arch, J. J., Landy, L. N., Schneider, R. L., Koban, L., & Andrews-Hanna, J. R. (2018). Self-compassion induction enhances recovery from social stressors: comparing adults with social anxiety disorder and healthy controls. Anxiety, Stress, & Coping, 31(5), 594-609

28. Døssing, M., Nilsson, K. K., Svejstrup, S. R., Sørensen, V. V., Straarup, K. N., & Hansen, T. B. (2015). Low self-compassion in patients with bipolar disorder. Comprehensive psychiatry, 60, 53-58

29. Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. Drug and alcohol dependence, 183, 78-81

30. Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. Mindfulness, 3(4), 308-317

31. Eichholz, A., Schwartz, C., Meule, A., Heese, J., Neumüller, J., & Voderholzer, U. (2020). Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive–compulsive disorder. Clinical Psychology & Psychotherapy

32. Winders, S. J., Murphy, O., Looney, K., & O'Reilly, G. (2020). Self-compassion, trauma, and posttraumatic stress disorder: A systematic review. Clinical Psychology & Psychotherapy, 27(3), 300-329

33. Kelly, A. C., Waring, S. V., & Dupasquier, J. R. (2020). Most women with anorexia nervosa report less eating pathology on days when they are more self-compassionate than usual. International Journal of Eating Disorders, 53(1), 133-137

34. Serpell, L., Amey, R., & Kamboj, S. K. (2020). The role of self-compassion and self-criticism in binge eating behaviour. Appetite, 144, 104470

35. Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. Body image, 17, 117-131

36. Allen, R. J. (1983). Human stress: Its nature and control. New York: Macmillan Publishing Company

37. Lloyd J., Muers J., Patterson T., Marczak M., (2018), Self-Compassion, Coping Strategies, and Caregiver Burden in Caregivers of People with Dementia, Clinical Gerontologist.

38. Muris P., Petrocchi N. (2017). Protection or Vulnerability? A Meta-Analysis of the Relations Between the Positive and Negative Components of Self-Compassion and Psychopathology. Clin Psychol Psychother. Mar;24(2): 373-383

39. Köroğlu E, (2015). Psikiyatri Sözlüğü, Hekimler Yayın Birliği, Ankara

40. Folkman S., Lazarus R. S., Gruen, R.J., De Longis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 50 (3), 571

41. Baltaş A., Baltaş Z. (2015). Stres ve Başa çıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi

42. Çelik, M., & Muhammet, T. E. P. E. (2021). Stres Ve Motivasyon İlişkisi: Kadın Sağlık Çalışanları Örneği. Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 6(1), 43-61

43. Yanık E, Stres ve Stresle Mücadele Yöntemleri, (2019). Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı.

44. Gürhan N., Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, (2016), Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara

45. Slavich G., Life Stress and Health: A Review of Conceptual Issues and Recent Findings, Teach Psychol. 2016 October; 43(4): 346–355

46. Townsend M.C., (2012). Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence based practice. Philadelphia: FA Davis

47. Abrahams P., Beyin nasıl çalışır? Beynin işlevini ve kişiliğini anlamak, (2018). ODTÜ yayıncılık, Ankara

48. Oflaz F., Yıldırım N., (2020). Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri

49. Moon, E., Chang, J. S., Choi, S., Ha, T. H., Cha, B., Cho, H. S., et al. (2014). Characteristics o fstress-coping behaviors in patients. PsychiatryResearch, 69-74.

50. Şahin, N. H., Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi, 10(34), 56-73

51. Karataş Z., Çelikkaleli Ö., (2018). Beliren yetişkinlikte intihar olasılığı: Stresle baş etme, öfke ve cinsiyet açısından bir inceleme, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 14(1):450-462

52. Dil. S., Girgin B.A., (2016). Hemşirelik öğrencilerinin öfke, umutsuzluk, stresle baş etme düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 7(3): 121-128

53. Ekinci M., Altun Ö.Ş., Can G., (2013). Hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları ve atılganlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(2): 67-74

54. Yılmaz M, Yaman Z, Erdoğan S, (2017). Öğrenci hemşirelerde stres yaratan durumlar ve baş etme yöntemleri. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(2): 88-99

55. Ayyıldız E., Gümüş A.B., (2019). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde bakım yükü ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 10(4): 277-285

56. Nehir S., Güngör N., (2019). Hemşirelerin psikososyal sorunlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dergisi, 6(3): 174-180.

57. Özarslan Z, Fıstıkçı N, Keyvan A, Uğurad ZI,Saygılı S, (2013). Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri. Marmara Medical Journal, 26:130-5

58. Karabulut V, Evren C, (2018). Opioid sürdürüm tedavisindeki hastalarda intihar girişimi ile stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişki. Klinik Psikiyatri, 21:245-253

59. Alpat B., (2017). Konversiyon bozukluğunda psikolojik dayanıklılığın ve başa çıkma tarzlarının etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji, Sosyal Bilimler Enstitüsü

60. Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. Social and personality psychology compass, 4(2), 107-118

61. Gerke, Y. K. (2016). Promoting Self-Compassion: A Self-Help Compassion Training and its Effect on Stress-A Randomized Controlled Trial on the Effectiveness of a Compassion Based Intervention and a Mediation Analysis of Self-Compassion (Master's thesis, University of Twente)

62. Ewert, C., Vater, A., & Schröder-Abé, M. (2021). Self-Compassion and Coping: a Meta-Analysis. Mindfulness, 1-15

PANDEMİ DÖNEMİNDE YENİ BİR KAVRAM: ZOOM YORGUNLUĞU

Ayşe DEMİRDEN[1], *Belgin VAROL*[2]
[1]*Hacettepe Üniversitesi Hastanesi*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi*
aysedmrden@gmail.com

Dünya Sağlık Örgütü'nün Covid-19 hastalığını pandemi olarak ilan etmesiyle birlikte tüm yaşam alışkanlıklarımız etkilendi. Karantina veya kısıtlamalar nedeniyle eğitim ve çalışma hayatımız değişti. Bu süreçte daha fazla kullanılmaya başlanan bilgisayar destekli iletişim araçları pandemi sürecinde eğitim ve çalışma hayatının devam etmesine katkı sağlamakla birlikte bazı negatif belirtilerin olmasına da yol açmıştır. Bu çalışmada literatüre Zoom yorgunluğu olarak geçen bu negatif belirtilerle ilgili bilgi verilmesi amaçlanmaktadır. Fauville ve arkadaşları Zoom Yorgunluğunu "video konferans görüşmelerine katılmaktan dolayı bitkinlik hissi" olarak tanımlamaktadır. Zoom yorgunluğunun genel, duygusal, görsel, motivasyonel ve sosyal olmak üzere beş ayrı boyutu olduğunu belirtmektedirler.

Bailenson (2020) ise negatif belirtileri dört ana kategoride değerlendirmektedir. Bunlar; aşırı miktarda göz teması kurma, bilişsel yükte artış, kişinin kendi görüntüsüne sürekli bakması sonucu kendini değerlendirmesinde artış olması ve fiziksel hareketlerde kısıtlanma olmasıdır.

Zoom yorgunluğu ile ilgili yapılan çalışma sayısı kısıtlı olmakla birlikte onbinden fazla kişiyle yapılan büyük ölçekli bir çalışma, toplantı süresi, sıklığı ve toplantılar arasındaki sürenin Zoom yorgunluğunu artırdığını göstermektedir. Video görüşmelere karşı olumsuz tutum olan bireylerde de Zoom yorgunluğunun daha yüksek olduğu görülmektedir. Zoom ya da diğer video görüşme araçlarının kullanımı ile pandemi sırasında haftalık toplam çalışma saatlerinde de değişim olmuştur. Bir kurumda 350 kişi ile yapılan çalışmada kapanmalardan sonra haftalık toplam çalışma saatinin dört saat arttığı bildirilmektedir. Bu olumsuz koşullar bireylerde stres ve yorgunluk düzeyini artırabilmektedir.

Çalışma koşulları dışında Zoom yorgunluğunu etkileyen önemli bir faktör de cinsiyet olarak değerlendirilmektedir. Kadınların zoom yorgunluğu düzeyinin erkeklere daha göre yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Özellikle video görüşmede ayna etkisiyle kendini daha fazla görme ile ilgili kadınlar erkeklere göre daha fazla kaygı yaşamaktadırlar. Ayna etkisinin yanı sıra göz temasının fazla olması ve fiziksel olarak kapana kısılmış hissetme de Zoom yorgunluğunun kadınlarda daha fazla olmasının etkenlerindendir. Yeni bir fenomen olan Zoom yorgunluğunun pandemi döneminde artan stres ile birleşince kişinin günlük hayatını olumsuz olarak etkileyerek ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle Zoom yorgunluğunu etkileyen faktörler ile bu yorgunluğun azaltılması için yapılacak müdahaleler konusunda çalışmalar yapılması önerilir.

PANDEMİ SONRASI SİNEMA: AÇILMA SONRASI TÜRKİYE'DE SİNEMA SALONLARI VE VİZYON FİLMLERİ PANDEMİDEN NASIL ETKİLENMİŞTİR?

Buğra Mert ALKAYALAR
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema ve Televizyon Yüksek Lisans Programı
bugra.alkayalar@gmail.com

Pandemi, dünya çapında birçok kurumu ve sektörü ağırlıklı olarak olumsuz anlamda etkilemiştir. Toplumsal davranışların farklı biçimlerde değişimine sebep olmuştur. İnsanlar pandemiyle birlikte yeni alışkanlıklar edinmeye başlamışlardır veya eskilerini farklı bir biçime evirmişlerdir. İzleme alışkanlıkları da pandemiden etkilenen bu toplumsal meselelerden birisidir.

Pandeminin kapanma sürecinde sinemaların da kapanmasıyla birlikte Netflix, HBO Max, Hulu vb. çeşitli dijital platformlar film stüdyoları ile çeşitli anlaşmalara imza atmıştır. Böylece sinemalara gelmesi gereken ancak gelemeyen pek çok büyük yapım dijital platformlar üzerinden gösterime sunulmuştur. Sektörde bir kesim buna itiraz ederken diğer bir kesim de günümüz şartları için uygun görmüştür. Bugün ise sinemalar, açılma sonrası birçok ülkede, pek çok kurum ve sektör gibi, pandemi kuralları çerçevesinde, tekrar faaliyet göstermeye başlamıştır.

Günümüzde Türkiye'de HES kodu, aşı kartı ve maske ile sinemalarda film izlenebilmektedir. Ancak kapanma sürecinde Türkiye'de de izleme alışkanlıkları pek çok açıdan etkilenmiştir. Ülkemizde bulunan Netflix, Blutv, Exxen gibi dijital platformlarda sinemaya gelemeyen filmler yayınlanmıştır ve hatta bu platformların kullanıcı sayıları artmıştır. Ancak bu gelişmelerle birlikte sinema salonlarını tercih ve vizyon filmlerinin gişe başarısı olumlu ve olumsuz şekillerde etkilenmiştir.

Açılma sonrası Türkiye'deki sinema salonlarının ve vizyona giren filmlerin, pandeminin kapanma sürecindeki izleme alışkanlıklarının değişiminden nasıl etkilendiğinin sorgulanması Türkiye'deki sinema salonlarının ve sinema sektörünün geleceği açısından önem arz etmektedir. Bu araştırmanın amacı, Türkiye'deki sinema salonlarının tercih edilmesini ve vizyon filmlerinin gişe başarısını olumsuz etkileyen nedenleri ve bu nedenlerin nasıl olumsuz etkilediklerini incelemektir. Bu nedenle bu çalışmada değişen izleme alışkanlıklarının Türkiye'deki sinema salonları ve vizyon filmleri üzerindeki etkisi sorgulanacaktır.

Kaynakça

1. Anadolu, N., Koparan, E. (2021). Kapısı dijitale açılan sinema: pandemi sürecinde sinema deneyiminin çoğullaşması ve 1989 sinema kulübü üzerine bir inceleme. Güngör, N. (Ed.), *8. Uluslararası Dijital* Çağda *Kriz* İletişimi *Sempozyumu* içinde (95-119. ss.). İstanbul: Üsküdar.

2. Dilek Akdemir, B. (2021). Pandemi sürecinde dijital platformlar ile değişen seyir deneyimi üzerine izleyici araştırması. *Communication and Technology Congress – CTC 2021* içinde (783-795. ss.). İstanbul.

3. Ece, Ö. (2020). Pandemi sırasında ve sonrasında kültür-sanat. TRT AKADEMİ, 5 (10), 882-887.

4. Erkılıç, H., Duruel Erkılıç, S., Değirmen, S. (2021). Covid-19 pandemisi ve sinema sektöründe kriz: Yapısal sorunlarla yüzleşme fırsatı. *Connectist: Istanbul University Journal of Communication Sciences*, 60, 91-125.

5. Kavas, B. (2021). Pandemi döneminde sinema ve yeni medyanın imkanları. *Communication and Technology Congress – CTC 2021* içinde (797-806. ss.). İstanbul.

6. Mezda, K. (2021). Covid 19 pandemisi sürecinin Türkiye'deki sinema salonlarına etkisi üzerine bir analiz. *Egemia Ege* Üniversitesi İletişim *Fakültesi Medya Ve* İletişim *Araştırmaları Hakemli E-Dergisi*, (8), 72-90.

7. Sunal, T. (2020). Üniversite öğrencilerinin film izleme alışkanlıklarının covid-19 pandemisi sürecinde değişiminin belirlenmesi. İletişim *Kuram ve Araştırma Dergisi,* 52, 187-200.

8. Tanyel Başar, Ç. (2021). Pandeminin gölgesinde sanat-sanatçı-izleyici. *yedi: Sanat, Tasarım ve Bilim Dergisi*, 25, 51-67.

9. Türten, B. (2021). Covid 19 sürecinde sinema endüstrisinin ekonomik yapısı üzerine bir değerlendirme. *Gümüşhane* Üniversitesi İletişim *Fakültesi Elektronik Dergisi (e-gifder)*, 9 (2), 976-1006.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR:

10. 2019 Yılı Box Office. Erişim adresi https://boxofficeturkiye.com/yillik/2019/tum-filmler

11. 2020 Yılı Box Office. Erişim adresi https://boxofficeturkiye.com/yillik/2020/tum-filmler

12. 2021 Yılı Box Office. Erişim adresi https://boxofficeturkiye.com/yillik/2021/tum-filmler

PANDEMİ SÜRECİNDE COVID-19 AŞISINA YÖNELİK TUTUMLAR: YOUTUBE'DA YER ALAN SOKAK RÖPORTAJLARININ ANALİZİ

Gülcan YUMURTACI[1], *Elif GÜNTÜRKÜN*[2]
[1]*Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, İletişim Tasarımı Ve Yönetimi*
[2]*Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema Ve Televizyon*
gulcanymrtc@gmail.com

2019'dan itibaren etkili olan Covid-19 salgını, pandemi olgusunun hayatımızın her alanında etkisini göstermesine neden olmuştur. Çözüm olarak aşı konusu yeniden gündeme gelmiş, bu konuda farklı görüşler ortaya çıkmıştır. Özellikle aşı konusundaki kararsızlık ve aşı karşıtlığıyla ilgili çeşitli nedenlerin bulunduğu bu görüşler, insanların bilinçlenmesinde sağlık iletişiminin önemini ortaya koymuştur. Bu bağlamda insanların aşı konusunda ne düşündükleri ve neden öyle düşündükleri araştırılmaya değer görülmüştür. Bu nedenle bu çalışmada, geniş bir kitleye ulaşan sokak röportajları incelenmiş ve aşı konusunda insanların fikirleri ve aşı olup olmamadaki gerekçeleri analiz edilmiştir. Bu röportajların en çok bulunduğu sosyal medya olan YouTube'a "aşı sokak röportaj" anahtar kelimeleri girilerek eskiden yeniye bir sıralama yapılmış ve zaman içerisinde kişilerin aşıya yönelik tutumları incelenmiştir.

Yöntem olarak içerik analizinden yararlanılan çalışmada, 12/08/2020-06/10/2021 tarihleri arasında mevcut 23 videoda 377 kişiye sorulan aşıya ilişkin sorularla aşı konusundaki görüşler derlenmiştir.

Analiz sonucunda 377 kişinin %42,7sinin, 5li Likert ölçeğinde, olumlu tarafta, %20,9unun olumsuz tarafta, %9,8inin ise ortada (çekimser) tarafta olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aşının ilk gündeme geldiği zamandan günümüze doğru kişilerin görüşünde olumluya doğru bir yönelim olduğu ve kararsızlığın azaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca, aşıya yönelik görüşleri şekillendiren 10 ana temaya ve alt temalara ulaşılmıştır. Bu ana temalar; güvenlik, inanmama/sorgulama, korku/tereddüt, bilgi eksikliği, ekonomik ve sınıfsal boyut, dini boyut, Çin'e yönelik görüşler, önem verilenler, önyargılar ve teoriler olarak sınıflandırılmıştır. Özellikle aşıya ve aşının menşeine yönelik güvensizlik, bilgi eksikliğinden kaynaklı kararsızlık, bilim insanlarının ve devlet büyüklerinin konuyla ilgili tutumuna verilen önem, aşıyla ilgili önyargılar ve pandeminin/aşının bir oyun/proje olduğuna yönelik teoriler göz önünde bulundurulduğunda aşıyla ilgili bilgi eksikliğinin ve bilgi kirliliğinin bu gibi görüşlere yol açtığı sonucuna varılmıştır. Bu durum post-truth çağında infodemiyle örtüşmektedir. Post-truth (hakikat ötesi), nesnel bilgilerin ve hakikatin değersizleştiği, gerçeğin yerine duygular ve inançların yönlendirici olduğu durumlara işaret etmektedir. Günümüzde internet bilgiye erişimi demokratikleştirse de bireyleri özgürleştirdiği mi yoksa egemen güçlerin lehine korku/kaygı senaryoları üreten ve yayan bir kaynak mı olduğu tartışılmaktadır. Herkesin iletişimde etkin olmasıyla bilginin kontrolü imkansızlaşmıştır. Özellikle kriz zamanlarında korku, kaygı ekseninde dönen,

komplo teorileri olarak adlandırılan argümanlarla nesnel bilgi çarpıtılmaktadır. İnsanların pandemi ve bilhassa aşıyla ilgili görüşleri de kitle iletişim araçlarından ve sosyal medyadan edindikleriyle sınırlıdır.

Dünya Sağlık Örgütü, pandemi sürecinde sosyal medyadaki bilgi kirliliğini "infodemi" olarak adlandırmıştır. Bu durum sağlık iletişiminde doğru ve yeterli bilginin kitlelere ulaştırılabilmesinin ve bilgi kirliliğinin önüne geçilmesinin önemini vurgulamaktadır. Sonuç olarak, özellikle sosyal medyadan etkilenerek Covid-19 aşısı konusunda tavır alan bireylerin dayanaklarının komplo teorilerinden beslenebildiği ve bu durumun post-truth ve infodemiyle ilişkili olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Covid-19 aşısı, YouTube, sokak röportajı, post-truth, infodemi

PATELLA FRACTURE AFTER MEDIAL PATELLOFEMORAL LIGAMENT RECONSTRUCTION

İzzet KORKMAZ[1], *Muhammed Ali BEKİR*[2]
[1]*Ankara Şehir Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği*
[2]*Sincan Devlet Hastanesi*
izzetkorkmaz2021@gmail.com

Recurrent patellar dislocation is the lateral subluxation of the patella from the trochlear groove after rupture of the medial patellofemoral ligament (MPFL). Patellar dislocations occur with an incidence of 5.8 per 100,000 people and with increasing frequency in younger age groups (10-20 years). After the first dislocation, the risk of dislocation increases by 40%. Numerous graft sources, techniques, and fixation methods have been described with positive results during the reconstruction of the MPFL.

A 25-year-old female patient was admitted to our clinic with recurrent patellar dislocation.

MPFL reconstruction was performed by tunneling the patella with a harmstring autograft. Open reduction + internal fixation was performed with the tension band method in the patient who developed patella fracture after sudden flexion in the 6th month of follow-up.

There are studies in the literature investigating the relationship between MPFL reconstruction techniques and fracture risk. It was observed that patellar tunnels did not increase the fracture risk statistically significantly. That's why we performed MPFL reconstruction with patellar tunnel. There is a low risk of patella fracture after MPFL reconstruction with patellar tunnel. Therefore, the risk of patella fracture should be kept in mind after MPFL reconstruction with patellar tunnel.

POPÜLER DİZİ VE FİLMLERDE AKIL SAĞLIĞI HASTALIKLARININ TEMSİLİ

İrem BAYDAR
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema ve Televizyon Yüksek Lisans Programı
baydar3507@gmail.com

Akıl sağlığı, çağımızı etkileyen en büyük rahatsızlıklardan biridir. Popüler film ve dizi sektörü, geçtiğimiz senelere oranla daha fazla akıl sağlığı temalı içerikler ve karakterler üretmektedir. Fakat bu içeriklerin aslını doğru oranda temsil etmemesi durumunda izleyici üzerinde yıkıcı etkiler bırakma ihtimali yüksektir. Bu sebeple bu içerikler incelenmeli ve temsillerin doğruluğu araştırılmalıdır. Bu çalışmanın amacı her gün binlerce kişiye ulaşan bu içeriklerin gerçeği ne oranda yansıttığını ortaya koymaktır.

Akıl sağlığı, günümüzde toplumun üzerine en çok konuştuğu sağlık sorunlarından biridir. Yaşadığımız dönemde toplumsal buhranın giderek arttığı gözlemlenir. Yapılan son çalışmalarla birlikte mutsuz olduğunu belirten bireylerin ciddi oranda arttığı görülür. Bununla birlikte akıl sağlığı, toplumda daha fazla dile getirilmeye başlamıştır. Popüler dizi ve filmler artık akıl sağlığı temasını ve akıl sağlığı hastası olan karakterleri sıkça işlemektedirler. Burada asıl sorulması gereken soru, bu içeriklerin akıl sağlığı hastalıklarını ne kadar gerçekçi bir şekilde yansıttığıdır. İçerikte algılanan temsillerin doğru olarak kabul edilmesi durumunda, koşullanma ile birlikte birey hasta değilse bile hasta hissedecektir. Temsillerin gerçeği yansıtmadığına dair bulgulara ulaşılması durumunda, farkındalık yaratılarak izleyicinin kendine yanlış teşhis koyması engellenecektir.

Bu çalışma sonucunda popüler dizi ve filmlerdeki mental sağlık temsilinin ne oranda doğru olduğu ortaya konacaktır. Dizi ve filmlerdeki mental sağlık temsillerinin yanlış olması durumda izleyicinin bu konularında yanlış izlenime kapılması olasıdır. İzleyicilerin bu temsillere göre mental rahatsızlıklar gibi önemli bir sağlık konusunda yanlış izlenimlere kapılması olasıdır. Bu nedenle çalışmanın mental sağlık konusundaki temsillerin ortaya konması önemlidir.

PROBLEMS MEDICAL STUDENTS ENCOUNTER WHILE COMMUNICATING WITH PATIENTS

Muhammet Ertuğrul ER[1], *Muhammet Levent ER*[2]
[1]*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi*
[2]*Çanakkale Yenice Devlet Hastanesi*
edoero1@gmail.com

Medical students begin to encounter patients and achieve their first experiences during their transition to clinical training. These initial encounters are sometimes problematic in terms of students and patients. Our goal is to find that if these problems are more patient originated or due to medical students or that both of them are active in various stages. It is essential to shed light on these problems, to learn about their source, and to find solutions to resolve them if a clear source is found.

It is an observational, analytical research. It was conducted in November 2021 with 91 medical students who passed the clinical stage. The students were asked 18 questions with a questionnaire and they were asked to score with the Likert scale.

The patients' unwillingness to be examined by the students, not wanting to have students as observers during the examination or intervention, rejects the pre-acceptance of being a part of education in the university hospital, causes various problems.

It has been concluded that communication with the patient depends on many factors from health literacy to the intellectual level, and that the problems are not entirely patient-related, and patients should be informed that these procedures are the basis for the education of students.

RİZE'DE KAMU ÇALIŞANLARININ PANDEMİ SÜRECİNDE TÜTÜN ÜRÜNLERİ İLE İLGİLİ UYARI MESAJLARINI FARKETME DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Demet KARAGÖZ, *Leyla KARAOĞLU*
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
demet.karagoz@erdogan.edu.tr

Görsel, işitsel yöntemlerle tütün ürünleri hakkında halkı bilgilendirme aktiviteleri tütün kontrolü uygulamaları arasındadır. Tütünle ilgili mesajların farkedilme düzeyi ve etkinliği araştırma konuları arasındadır. Bu araştırmanın amacı, pandemi sürecinde, Rize il merkezindeki kamu çalışanlarının, tütünle ilgili çeşitli uyarı mesajlarını ne düzeyde farkettiklerini ve ilişkili faktörleri saptamaktır.

Kesitsel tipteki araştırmanın evreni, Rize Merkez'deki on kamu kurumu/kuruluşunda çalışmakta olan 1600 kişidir. Araştırmanın örneklemi, tabakalı rastgele yöntemle seçilen 365 çalışandır. Veriler, 26 Eylül-26 Ekim 2021 tarihleri arasında, kurumlarda, çalışanlara gözetim altında anket uygulanarak toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri tütünle ilgili kamu spotlarını, sigara paketlerindeki resimli mesajları farketme, tütün ürünlerini teşvikle karşılaşma, mesajlar ve uygulamalar hakkındaki görüşlerdir. Bağımsız değişkenler, sosyo-demografik özellikler ve tütün ürünü kullanımıdır. Veriler SPSS 21 programında analiz edilmiş, analizlerde Ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırma için Sağlık Bakanlığı'ndan, kurumlardan resmi izinler ve etik kuruldan onay alınmıştır.

Katılımcıların %58.9'u erkek, %41.1'i kadın, yaş ortalaması 37.9±0.4 yıldı, %26.8'i her gün tütün ürünü kullanıyordu. Son bir ay içinde, katılımcıların %82.2'si tütün ürünlerinin zararları ile ilgili bir mesajı farketmişti. Sigara paketleri üzerinde resimli mesajlar çalışanların %66.0'ı, televizyondaki kamu spotları %57.3'ü, gazete ve dergilerdeki mesajlar %34.5'i tarafından farkedilmişti. Son bir ay içerisinde %11.0'ı marketlerde, %1.6'sı internet, e-posta ve okul gibi ortamlarda tütün kullanımını teşvik eden mesajla karşılaşmıştı. Çalışanların %35.1'i sigara paketleri üzerindeki resimlerin korkutucu, %17.3'ü paket alma ya da içmeyi önleme açısından caydırıcı, %25.5'i sigara zararlarını açıklama açısından resimlerin etkili olduğunu, %49.3'ü içmeyi önlemede etkili olmadığını ve %6.0'ı pakette markanın görünmemesi açısından faydalı bulduğunu belirtti. Tütün ürünü kullananlar (%91.0), kullanmayanlara kıyasla (%78.3) sigaranın zararlarını açıklayan mesajları daha yüksek düzeyde farketmişlerdi ($p<0.05$). Sigara paketi üzerindeki resimli mesajları, tütün ürünü kullananlar (%86.5) ve erkekler daha yüksek düzeyde farketmişti (%70.2) ($p<0.05$). Paketlerdeki resimli uyarıların etkisiz olduğu düşüncesi kadınlarda daha yaygındı (%56.0) ($p<0.05$). Paketlerdeki resimli uyarıların etkisiyle sigarayı bırakmayı düşünmeye başlama ara sıra sigara içenlerde (%69.2) ve önümüzdeki 1-6 ay içinde bırakmayı planlayanlarda (%73.9), pandemi sonrası sigarayı bırakmayı denemiş olanlarda (%69.7) daha yüksek düzeydeydi ($p<0.05$). Çalışanların %25.8'i düz paket uygulamasının faydalı olacağı görüşündeydi. Bu görüş, ara sıra tütün ürünü kullananlarda (%46.2), 40 yaş ve üzerinde

(%30.0) ve erkeklerde (%31.6) daha yaygındı (p<0.05). Bir katılımcı kamu spotlarının, bir katılımcı resimli mesajların sigarayı bırakmasında etkili olduğunu belirtti.

Tütün ürünlerinin zararları hakkındaki mesajlar, başta ürün kullananlar olmak üzere çalışanların çoğu tarafından farkedilmiştir. Paketlerdeki resimli uyarıların sigarayı bırakma düşüncesi oluştururken bırakmada etkili olmadığı gözlenmiştir. Bulgular ışığında ülkede düz paket uygulamasına geçilmesi, bu süre içinde, bırakma düşüncesine olumlu katkısı nedeniyle paket üzerindeki resimli uyarıların kullanımına devam edilmesi önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sigara, resimli uyarı, kamu spotu, çalışanlar

RUH SAĞLIĞININ İYİLEŞTİRİLMESİNDE HAYVAN DESTEKLİ TEDAVİNİN "AHTAPOTTAN ÖĞRENDİKLERİM'' BELGESEL FİLMİ ÜZERİNDEN İNCELENMESİ

Ayberk KARAKURUM
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema ve Televizyon Yüksek Lisans Programı
akarakurum@anadolu.edu.tr

İnsan ve hayvan etkileşimi ilk çağlardan günümüze süre gelmektedir. Bu etkileşim insanlara birçok fayda sağlamıştır, tedavi de bu faydalardan biridir. Ruhsal rahatsızlıkların tedavisinde bu etkileşimin iyileştirici etkisi araştırmalarla ortaya konmuştur. Bu araştırmalarda bireyin hayvanlarla kurduğu ilişkinin başta yalnızlık ve korku olmak üzere farklı ruhsal rahatsızlıklar üzerinde onarıcı etkisi gözlemlenmiştir. Hayvanların etkileşimde olduğu kişinin ihtiyacına göre belirli bir iletişim yolunu tercih etmemeleri tedavinin ayırt edici özelliğidir.

Ahtapottan Öğrendiklerim belgesel filmi hayvan destekli tedavinin özel bir örneğini olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu belgesel filminde hayat amacını kaybeden film yönetmeni Craig Foster ahtapotla kurduğu etkileşimi belgesel türünde bir çalışma olarak seyirciye aktarmaktadır. Yönetmen Craig Foster yaşadığı ruhsal bunalımın sonucunda çocukluk tutkusu olan serbest dalış yapmaya başlar. Kendi konfor alanını her gün terk ederek sığ sulardaki deniz canlılarını gözlemler. Bu serbest dalışlar esnasında takip etmeye başladığı ahtapotla etkileşim içine girer. İlerleyen zamanlarda Craig Foster bu ahtapotla kurduğu doğal ilişkinin öğretici ve iyileştirici etkilerini keşfetmeye başlar. Belgesel filmin anlatısında bu etkileşimin yönetmenin kendi üzerinde yarattığı duygusal etki betimlenir. Bu yapımda bireyin başka bir türdeki canlı ile onun kendi ortamında kurduğu etkileşim bir gözlem örneği olarak ortaya konmaktadır. Bu çalışmada hayvan destekli terapi yaklaşımı göz önünde bulundurularak Craig Foster'in ahtapotla kurduğu etkileşim, bu ektileşimin ruh sağlığına etkisi, bu etkinin oluşmasındaki etkenler, nedenler ve sonuçlar hayvan destekli terapi çalışmalarından faydalanılarak incelenecektir.

Kaynakça

1. Çakıcı A., Kök M. (2020), Hayvan Destekli Tedavi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, Current Approaches in Psychiatry, 12(1):117-130 doi: 10.18863/pgy.526378
2. Demiralay Ş., Keser, İ., (2019), Ruh Sağlığını Koruma ve İyileştirmede Hayvan Destekli Uygulamaların Kullanımı, Mediterranean Journal of Humanities
3. Cherif S., (2019), Sinemada Psikoterapi Tedavisi, İstanbul, Marmara Üniversitesi
4. Yılmazkol Özgür, Honeyland ve My Octopus Teacher Örnekleri Üzerinden Belgeselde Gerçeklik Algısı, https://www.iienstitu.com/blog/honeyland ve-my-octopus-teacher-ornekleri-uzerinden-belgeselde-gerceklik-algisi

SAĞLIK ALANINDA ŞİDDETSİZ İLETİŞİM UYGULAMALARI: KISA BİR GÖZDEN GEÇİRME

Fatma Betül BOYLU[1], *Muhammed Emin BOYLU*[2]
[1]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi*
[2]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi*
betul.boylu@istanbul.edu.tr

Şiddetsiz İletişim, bir psikolog ve eğitimci olan Dr. Marshall Rosenberg tarafından, suçlama yerine empatiyi teşvik eden, duygulara şefkatli bir tepki vermeyi sağlamak için geliştirilmiş bir iletişim yöntemidir. İnsanlar olarak evrensel ihtiyaçlara sahip olduğumuz ve bu ihtiyaçlar etkin bir şekilde karşılandığında neşe, huzur ve memnuniyet gibi tatmin edici duygular yaşadığımız teorisine dayanmaktadır [1]. İhtiyaçlar karşılanmadığında hayal kırıklığı, öfke, korku gibi olumsuz duygular ortaya çıkar. Şiddetsiz iletişimde; şefkatli iletişim ve çatışma yönetimi olarak da adlandırılan, etkili empatiyi etkinleştirmek için 4 aşamalı bir süreç önerilir.[2] İlk olarak, yargıdan kaçınılarak bir durum hakkında nesnel bir gözlem yapılır; İkincisi, duruma verilen duygusal tepki not edilir; üçüncü olarak, hangi ihtiyaçların karşılanıp karşılanmadığına ilişkin bir araştırma yapılır. Son olarak, talep edilmeyen bir istek sunulur [1,2] Biz bu çalışmamızla şiddetsiz iletişim yönteminin sağlık alanındaki uygulamalarını, hangi alanlarda çalışmalar yapıldığını ve yapılabileceğini, nasıl sonuçlarla karşılaşıldığını özetlemek istedik.

Şiddetsiz İletişim; sağlık, eğitim, iş ve sosyal alanlarda çalışmaların devam ettiği, şefkatle bağlantı kurma esasına dayalı bir iletişim yöntemidir. Biz bu çalışmamızda sağlık alanındaki uygulamaları, şimdiye kadar yapılanları, yapılabilecekleri özetleyen bir derleme ile literatüre katkı sunmayı amaçlamaktayız.

Şiddetsiz iletişim son dönemde içerisinde sosyal ilişki olan her alanda daha kaliteli bir iletişim sağlamak amacıyla kullanılan bir yöntem olarak karşımıza çıkmakta. Yapılan çalışmalardan özetle bahsetmek gerekirse evlilik iletişiminden (3) çevre koruma bilimcilerinin uygulama alanlarına (4), hapishanelerde mahkumlara uygulanan eğitimlerden (5-6) farklı meslekler arasında işbirliğine (7), oradan özel eğitim ihtiyacı olan çocukları ile anneleri arasındaki iletişime (8) kadar bir çok alanda etkinliği çalışılmaktadır.

Sağlık alanında yaygın olarak iki farklı temel uygulama sahası görülmektedir. Hastalarda ve sağlık çalışanlarında iletişim becerilerini, empati kabiliyetini, ve sosyal uyumu geliştireceği öngörülerek çalışmalar planlanmış ve bu gruplara yönelik şiddetsiz iletişim eğitimi verilerek sonuçlar gözlenmiştir.

Sağlık alanında yapılan uygulamalara örnek vermek gerekirse Lee, M., & Lee, S. B'nin 48 hemşire ile 15 haftalık(haftada bir gün 100 dakika) bir şiddetsiz iletişim programı planlayıp eğitim öncesi ön test ve eğitim tamamlandığında son test yaparak tasarladıkları, hemşirelerde iletişim becerileri, insan ilişkileri ve öfke değerlendirmeyi hedefledikleri çalışmada iletişim yeteneği ölçeği (9), ilişki

ölçeği(10-11) ve görsel analog öfke ölçeği uygulanmış olup eğitim sonrası sonuçlarda anlamlı düzeyde değişimler görülmüştür. (p<0,001) (12)

Sağlık çalışanları ile yapılan 78 katılımcının dahil edildiği ve 61 kişilik kontrol gurubu ile karşılaştırıldığı bir başka müdahale çalışmasında katılımcılara 3 günlük bir şiddetsiz iletişim eğitimi verilmiş olup ön test ve 3 ay sonra son test yapılmıştır, Çalışma sonucunda katılımcılarda şiddetsiz iletişim eğitiminden sonra iletişim becerilerinin arttığı bulunmuş, empatik sıkıntının azaldığı ve iş yerindeki sosyal stresörlerle daha kolay başa çıkıldığı gözlenmiştir.(13)

Hemşirelik öğrencileriyle(N=74) yapılan bir diğer çalışmada, karma yöntemle tek gruplu ön-son test çalışması tasarlanmış. 8 oturumluk şiddetsiz iletişim eğitimi öncesi ve sonrasında empatik değerlendirme için Kişilerarası Tepki İndexi(IRI) (14) testi uygulanarak ve niteliksel görüşmeler yapılarak(eğitim sırasında günlük girişleri, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 2 yıl sonra odak grup görüşmeleri) çalışma tamamlanmıştır. Nitel veriler; şiddetsiz iletişim eğitiminin kişilerde kendileriyle ve başkalarıyla empati kurmada olumlu etkileri olduğunu göstermiştir. Nicel sonuçlarda da empati açısından anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır.(p=0.037) (15)

Hasta gruplarıyla yapılan birkaç müdahale çalışmasına bakacak olursak; iki psikiyatri kliniğinde şizofreni hastalarından 30 kişi çalışma 31 kişi kontrol grubu alınarak yapılan bir çalışmada Şiddetsiz İletişim (Şİ) programının şizofreni hastalarında empati, kişilerarası ilişki ve sosyal anhedoni üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu çalışma eşdeğer olmayan bir kontrol gruplu ön-son test tasarımının kullanıldığı yarı deneysel bir çalışmadır. Deney grubu, Şİ programının altı oturumuna katılmıştır. Sonuç olarak deney grubunda empati (F=5.29, p=.025) ve sosyal anhedonide (F=6.92, p=.011) şiddetsiz iletişim eğitimi ile anlamlı bir ilişki görülmüştür. Ancak kişilerarası ilişki değerlendirmesinde anlamlı bir ilişki görülmemiştir. (F=0.83, p=.366). (16)

Alkol kullanım bozukluğu olan kişilerle yapılan bir başka çalışmada, alkol bağımlılığı tedavi merkezlerinde yatarak tedavi olan 47 hasta çalışmaya dahil edilmiş olup öntest sonrası hastalara toplam 8 seans olacak şekilde haftada 2 seans olarak 4 hafta şiddetsiz iletişim eğitimleri verilerek son test yapılmıştır. Program sonucunda katılımcıların empati, öfke ifade etme, iletişim yetkinliği ve alkolden uzak durma öz yeterliklerini etkili bir şekilde geliştirdiği görülmüştür.(p < .001). (17)

Düşük sosyoekonomik sınıfta olan 15 adölesan kız öğrenci ile yapılan bir diğer kontrollü çalışmada şiddetsiz iletişim yöntemiyle grup eğitiminin ergen kızların intihar düşünceleri ve stresle baş etme tarzları üzerindeki etkisini değerlendirilmiştir. Deney grubuna ön test ve son test arasında sekiz seans şiddetsiz iletişim eğitimi verilirken, kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır.(18) Veri toplama aracı olarak Beck'in intihar düşüncesi ölçeği (BDI) (19) ve Endler & Parker›ın stresli durumlarla başa çıkma envanteri kullanılmıştır.(CISS) (20) Sonuç olarak deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark görüldü (p < 0.05). Şiddetsiz iletişim eğitiminin, sosyal ve ekonomik olarak savunmasız olan ergen kızlarda intihar düşüncelerini azaltabileceği gösterilmiş olup bulgulara göre, şiddetsiz iletişim eğitiminin duygu odaklı başa çıkma stili üzerinde diğer stresle başa çıkma tarzlarına göre daha yüksek bir etkisi olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda şiddetsiz iletişim eğitimlerinin hem sağlık çalışanlarında hem hasta gruplarında olumlu etkileri olduğu görülmüştür. Sosyal iletişimin içinde olduğu hemen her ilişkide etkin bir yöntem olduğu, olası olumsuz durumları en aza indirebilecek bir yöntem olarak dikkat çekmektedir. Şiddetsiz iletişimin 4 temel bileşeni; gözlem, duygu, ihtiyaç, rica aşamaları ile can kulağıyla dinleme ve kendini dürüstçe ifade edebilme adımlarının hem hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanlarının ilişkilerinde hem sosyal ve iş alanlarındaki ilişkilerde etkin olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Şiddetsiz iletişim yaklaşımı toplumda daha geniş kitlelere uygulanarak koruyucu etkinliğinden de faydalanılabilir.

Şizofreni hastalarında yapılan çalışmada(16) anhedoni ve empati üzerine olumlu etkileri görülmüş olup bu etkilerin taburculuk sonrası uzun vadede korunup geliştirilebilmesi için programların toplum ruh sağlığı merkezlerinde ya da düzenli takip ve destek aldıkları birimlerde devamı yaşam kalitesini destekleyecektir. Aynı zamanda yatan hastalarda taburculuk öncesi sosyal uyum programı olarak kısa bir eğitim planlanabilir. Bu çalışmada sadece yatılı tedavi alan şizofreni hastaları ile çalışılmıştır. Bu çalışmanın depresyon, anksiyete, sosyal fobi, somatik yakınma bozukluğu tanısı olan hastalarda da çalışılıp etkisinin değerlendirilmesi iyi olacaktır.

Alkol bağımlısı hastalarla yapılan çalışmada da şiddetsiz iletişim temelli eğitimin kişilerarası ilişkide ve tedavi sonrası nükse karşı öz yeterlilik açısından olumlu katkısı olduğu gösterilmiştir.(17) Çalışma daha geniş gruplarda yapılarak nükse karşı öz yeterliliği destekleyecek şekilde de programların geliştirilmesi ile bağımlılık merkezlerinde uygulanabilir hale gelmesi mümkün olacaktır. Böylece hastaların hem taburculuk öncesi hem de taburculuk sonrası sosyal ilişki ve uyumlarına katkısı olacağı düşünülmektedir.

Stresle başa çıkma yöntemi olarak katkısı olduğu gösterilen(18) şiddetsiz iletişim programlarının stresle ilişkili psikosomatik hastalıklarda(irritabl bağırsak hastalıkları, egzema, fibromiyalji, vb.) da olumlu etkisi olup olmayacağı araştırılabilir.

Sağlık çalışanları açısından bakıldığında hem işyeri huzuru, çalışanlar arası iletişim ve işbirliğine katkısı hem de çalışanların hasta ve hasta yakınlarıyla ilişkilerinde olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir(7,12,13,15) Bu çalışmalardan da yola çıkarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddetsiz iletişim eğitimlerinin katkısı olacaktır. Aynı zamanda şiddetsiz iletişim yaklaşımı ile arabuluculuk faaliyetleri yine iş ortamlarında hem çalışanlar arası hem de hasta çalışan ilişkisine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Taranan literatürde şiddetsiz iletişimin arabuluculuk yaklaşımı ile yapılan örnekler görülmedi. Bu açıdan da çalışma tasarlanabilir ve sonuçlarıyla uygulamaya geçilebilir.

Kaynakça

1. Rosenberg, MB. Nonviolent communication: A language of life (2nd Edition ed.). Encinitas: Puddle Dancer Press; 2005
2. Rosenburg, MB. Speak Peace in a world of conflict. What you say next will change your world. Encinitas: Puddle Dancer Press; 2005.

3. Islam, S., & Naher, R. (2017). Effectiveness of nonviolent communication (NVC) workshop on marital adjustment. Dhaka University Journal of Biological Sciences, 26(1), 69-75.

4 Williams, B. A., Simmons, B. A., Ward, M., Beher, J., Dean, A. J., Nou, T., ... & Klein, C. J. (2021). The potential for applying "Nonviolent Communication" in conservation science. Conservation Science and Practice, e540.

5 Suarez, A., Lee, D. Y., Rowe, C., Gomez, A. A., Murowchick, E., & Linn, P. L. (2014). Freedom project: Nonviolent communication and mindfulness training in prison. Sage Open, 4(1), 2158244013516154.

6 Marlow, E., Nyamathi, A., Grajeda, W. T., Bailey, N., Weber, A., & Younger, J. (2012). Nonviolent communication training and empathy in male parolees. Journal of Correctional Health Care, 18(1), 8-19.

7 Museux, A. C., Dumont, S., Careau, E., & Milot, É. (2016). Improving interprofessional collaboration: The effect of training in nonviolent communication. Social work in health care, 55(6), 427-439.

8 Rezaei, Z., Behpajooh, A., & Ghobari-Bonab, B. (2019). The effectiveness of nonviolent communication program training on mother-child interaction in mothers of children with intellectual disability. Archives of Rehabilitation, 20(1), 40-51.

9 E. Y. Choe. "The Effects of a Communication SkillsGroup on High School Student's Self-Concept andCommunication Ability" Master's thesis. Kosin University, 2004.

10 S. Schlein., B. Guerney and L. Stover, "The interpersonal Relationship Scale" Unpublished doctoral dissertation, Pennsylvania State University 1971

11 J. S. Ju, "The Effects of the Communication Training Program for University Students' Communication and Human Relationship" Department of Education Graduate School, Kyungpook National University, Daegu, Korea. 2005

12 Lee, M., & Lee, S. B. (2016). Effects of Nonviolent Communication (NVC) Program consist of Communication Ability, Relationship and Anger in Nurses. Journal of The Korea Society of Computer and Information, 21(10), 85-89.

13 Wacker, R., & Dziobek, I. (2018). Preventing empathic distress and social stressors at work through nonviolent communication training: A field study with health professionals. Journal of occupational health psychology, 23(1), 141.

14 Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy.

15 Nosek, M., Gifford, E. J., & Kober, B. (2014). Nonviolent Communication training increases empathy in baccalaureate nursing students: A mixed method study.

16 Song, E. (2020). The effect of Nonviolent Communication (NVC) Program for Community Rehabilitation on Empathy, Interpersonal Relationship, and Social Anhedonia in Patients with Schizophrenia. Journal of Korean Public Health Nursing, 34(1), 48-59.

17 Yang, J., & Kim, S. (2020). Effects of a nonviolent communication-based training program for inpatient alcoholics in South Korea. Perspectives in Psychiatric Care.

18 Nafise, H. M., & Ghazal, Z. (2018). Non-Violent Communication and its impact on suicidal ideations and coping with stress styles. Journal of Behavioral and Brain Science, 8(04), 147.

19 Beck, A.T., Kovasac, M. and Weissman, A. (1979) Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation (SSI). Journal of Consulting Clinical Psychology, 47,343-352.

20 Endler, N.S. and Parker, J.D. (1999) Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual. 2nd Edition, Multi-Health Systems, Toronto.

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA TAKINTISININ ARAŞTIRILMASI

Canan ASAL ULUS[1], *Pınar SÖKÜLMEZ KAYA*[2], *Havva TEKEOĞLU*[1]
[1]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi*
[2]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğr. Üyesi – Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü*
sokulmezpinar@gmail.com

Son yıllarda Ortoreksiya Nervoza (ON) tanımlamaları literatüre girmiştir. ON sağlıklı beslenme tarzına ait zihinsel anlamda takıntılı olma durumu olarak tanımlanır (Mathieu, 2005; Arusoğlu, 2018). Ortoreksiya tanısı almış bireylerde katkısız, saf, işlenmemiş gıdaları tüketmeyerek hem günlük hem de sosyal hayatında sağlıklı beslenmeyi takıntı haline getirirler. Bu nedenle de belirgin katı kurallara sahip olup gittikçe kendilerini izole ederler (Donini ve ark., 2004; Shash, 2012). Bu bireyler gıdaları daha toprağa ekildiği zamandan başlayarak ve hasat zamana kadar tüm süre içinde ürüne uygulanan tüm işlemleri bilmek istediklerinden ürünün ambalajlarını çok uzun süre incelerler ve ürünün içerisinde kanserojen madde, boya ve katkı maddesi varlığını en ince ayrıntısına kadar araştırırlar (Acar ve Karaçil, 2016). Ortoreksiyalı bireyde bu psikolojik belirtiler yanında fiziksel ve duygusal belirtiler de beraberinde gelmektedir. Kişide sosyal izolasyon, kaygı bozukluğu , depresyon, suçluluk gibi duygu durum bozuklukları, kilo verme, amenore, bradikardi, anemi, hiponatremi, osteopeni ve testosteron yetersizliği gibi birçok sağlık sorunları görülmektedir (Costa ve ark., 2017). ON'nın tedavisi için bilinen kesin bir tedavi yöntemi yoktur. Bratman ON tedavisinde yemek yemeyi eğlenceli hale getirmek ve çevresinin de yardımı ile yemek yeme isteğinin arttırılması ile mümkün olabileceğini ileri sürmüştür (Bratman ve Knight, 2000). ON medikal tedavi ve davranış düzeltici tedavi yöntemi ile düzelebileceği çalışmalarda bildirilmektedir (Brytek-Matera, 2012; Tatlıses, 2016). ON gelişimi için etkili olabilecek risk faktörlerine bakıldığında sosyal medyanın rolü, sağlık eğitimin rolü, sağlıklı beslenme planları ve cinsiyet etkili olabilecek faktörlerden bazıları olduğu yapılan çalışmalar sonucu görülmüştür. Kadınlarda zayıflama isteği, kilo alma korkusu, kötü görünmeme isteğinin daha çok olması ve psikolojik rahatsızlıklardan anksiyete, depresyona daha eğilimli olmaları kadınların erkeklerden ON açısından riskli olduğu görülmüştür (Bağcı ve ark., 2007; Yeşil ve ark., 2018). Fakat erkeklerde de kendine bakımın popülerleştiği günümüzde ON eğilimi erkeklerde de gittikçe artarak görülmektedir (Aksoydan ve Camcı, 2009; Donini ve ark., 2004; Fidan ve ark., 2010). Sağlık ve beslenme alanında eğitim alanlar öğrencilerde hastalık ve beslenme konusunda bilgilerinin fazla olması yanlış beslenme alışkanlıkları ile kronik hastalıklara neden olabileceği bilindiğinden beslenme konusunda daha hassas ve takıntılı duruma gelebilmektedirler (Malmborg, 2016; Ergin, 2018). Üniversiteye başlayan öğrencilerin çoğunda ailesinden ayrılıp şehir değiştirmek zorunda kaldığından ayrıca maddi yetersizlik yaşamaları durumunda yeme bozuklukları gelişebilmektedir (Kazkondu, 2010). Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerde ON eğiliminin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

2020-2021 yıllarında Samsun ili Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören gönüllü olarak çalışmamızı kabul eden toplam 114 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Çalışmamıza Sağlık Bilimleri fakültesinden 3 bölüm katılmıştır. Öğrencilerin %83,3'ü (95 kişi) beslenme ve diyetetik bölümünde eğitim görmektedir. Geriye kalan 18 kişi (%15,8'i) sağlık yönetimi ve 1 kişi (%0,9'u) hemşirelik bölümünden katılmıştır. öğrencilere anketlerimiz covid 19 pandemisi olması nedeni ile Google Drive üzerinden online olarak verilmiştir. Anketlerimizde sosyo-demografik özellikler, ORTO-15 ölçeğinin yer aldığı anket formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 21 programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistik verilerinde sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan 114 öğrencinin %12.3'ü (14 kişi) erkek ; % 87.7'si (100 kişi) kadındır. Katılımcıların % 8.8'i (10 kişi) 18 yaşında, % 19.3'ü (22 kişi) 21 yaşında , % 12.3'ü 23 yaş ve üzeridir. Öğrencilerin vücut ağırlıkları incelendiğinde % 23,7 'si (27kişi) 38-50 kg aralığında ,% 42,8'i (49 kişi) 51-60 kg aralığında, % 20,3'ü (23 kişi) 61-70 kg aralığında, % 7.1'i (8 kişi) 71-80 kg aralığında, % 6,1'i (7 kişi) 81 kg ve üstündedir. Öğrencilerin boy uzunlukları incelendiğinde katılımcıların % 62,3'ü (71 kişi) 150-165 cm aralığında, %30,1 'i (34 kişi) 166-175 cm aralığında ve %7,6 'sı (9 kişi) ise 176-185 cm aralığındadır. Öğrencilerin beden kitle indeksi (BKI) kg/m 2 değerlerine göre % 11,4'ü 18,5 altı zayıf, % 72,8'i 18,5-24,99 normal, % 12,3'ü 25-29,99 hafif şişman ve % 3,5'i 30 ve üstü obez olarak bulunmuştur. Öğrencilerin yaşlarına göre BKİ dağılımları bakıldığında ise 18 yaşındaki öğrencilerin 7'si normal ağırlıkta, 3'ü ise hafif şişmandır. 19 yaşındaki katılımcıların 9'u normal ağırlıkta, 3 kişi zayıf ve 1 kişi obezdir. 20 yaşındaki öğrencilerin 16 tanesi zayıf, 3 tanesi zayıf ve 2 tanesi ise ise obezdir. 21 yaşındaki katılımcıların 15 tanesi normal ağırlıkta, 5 tanesi hafif şişman ve 2 tanesi de zayıftır. 22 yaşındaki öğrencilerin 18'i normal ağırlıkta, 3'ü zayıf ve 1 tanesi de obezdir. 23 yaşındaki öğrencilerin 10'u normal ağırlıkta, 2'si hafif şişman ve 23 yaş üzeri olan katılımcıların ise 8'i normal, 4'ü hafif şişman ve 2'si zayıf BKİ değerlerine sahiptir. Öğrencilerden 18 kişinin doktor teşhisi ile konulmuş kronik hastalığı olduğunu, 8'inin düzenli ilaç kullandığını ve 36 kişi ise her gün düzenli vitamin-mineral desteği kullandığını belirtmiştir.Öğrencilerin fiziksel aktivite durumları sorgulandığında katılımcıların %64,9'u hafif aktivite yaptıklarını, %21,9'u orta aktivite yaptıklarını, %7'si hiç yapmadıklarını söylemişlerdir. Öğrencilerin öğün sayısı sorgulandığında ise %60,5'i günde 2 ana öğün tükettiklerini, %3,5'i ise günde 3'ten fazla ana öğün tükettiklerini bildirmişlerdir. Katılımcıların (%42,1'i) 2 ara öğün (%2,6'sı) ise 3'ten fazla ara öğün tükettiklerini bildirmişlerdir.

Tablo 1. Öğrencilerin ORTO-15 Puanları

ORTO-15 Puanı	Min-Max	Ortalama
Toplam Puan		
≤ 27	-	-
>27	29-46	36,67

Çalışmamızda Arusoğlu'nun (2008) kullandığı kesim noktası kullanılmıştır ve değerlendirmede 27 puanın altı ON olarak değerlendirilmiştir. Sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerinin ORTO-15 ölçeği puan dağılımları incelendiğinde öğrencilerin aldıkları toplam not ortalamalarının 36,67 olduğu en düşük 29, en yüksek 46 puan aldıkları belirlenmiştir. Böylece hiçbir öğrencimizde ON açısından hiçbir risk taşımamaktadır.

Tablo 2. Öğrencilerin BKİ Değerlerine ON Testinden Aldıkları Puanın Ortalamaları

BKİ	ON Ortalama Puan
Zayıf	37,15
Normal	39,06
Hafif şişman	38,36
Obez	36,50

Tablo 2'de görüldüğü gibi öğrencilerden zayıf grupta yer alanların ON puan ortalamaları 37.15, normal ağırlıkta olanların ise 39.06, hafif şişman olanların 38.36 ve obez olan öğrencilerin ise 36.50 ortalama puan aldıklarını görülmüştür.

Çalışmamız sonucunda katılımcıların ORTO 15 testine verdikleri cevaplar incelendiğinde toplam puanın 27 ve üzeri olduğu görülmüştür. Bu da riskli bireyin olmadığı göstermiştir. Bu durum sevindiricidir. Ancak daha çok çalışma yaparak bu duruma sahip kişilere ulaşılarak ON tanı ve tedavilerine yardımcı olunmalıdır. Ayrıca ON terimi hayatımıza daha yeni girdiğinden yapılan çalışma sayısı oldukça azdır ve bu konu hakkında araştırmaların arttırılması gerekmektedir.

Kaynakça

1. Acar Tek, N., Karaçil Ermumcu, M.Ş. (2016). Sağlık profesyonellerinde sağlıklı beslenme kaygısı: Ortoreksiya Nervoza (ON). Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 1 (2): 59-71.
2. Aksoydan, E. ve Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. Eating and Weight Disorders, 14(1), 33-37
3. Arusoğlu, G. (2018). Beslenme ve diyetetik bölümü erkek öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 6(86), 56-71.
4. Bağcı, Bosi, A.T., Çamur, D. ve Güler, C. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. Appetite, 49(3):661–666.
5. Bratman, S. ve Knight, D. (2000). Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. Broadway Books, Newyork.

SAĞLIK BRANŞLARINDAKİ MESLEKİ YAKLAŞIMI TAMAMLAYICI ÖZGÜN BİR MODEL: SAĞLIKTA HAMİLİK

Zübeyde AYTUFAN[1], *Sevde SANCAR*[2], *Şura KAYA*[3], *Nuseybe AKBAL*[4], *Reyyan KARAÖZ*[5], *Ayşenur BALCI YAPALAK*[6], *Havva SULA*[7]
[1]*Iğdır Devlet Hastanesi, Kadın Hasyalıkları ve Doğum Polikliniği*
[2]*İstanbul Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[3]*İstanbul Medipol Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü*
[4]*Bayrampaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[5]*İstanbul Medeniyet Üniversitesi*
[6]*Ağrı Patnos İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[7]*Sağlıkta Hamilik Girişim Grubu*
aytufanzbyde@gmail.com

Sağlıkta Hamilik – SAHA; sağlıkla ilgili meslek sahiplerinin eğitim ve hizmet süreçlerinde ihtiyaç duydukları yetkinlikleri ve ahlaki yaklaşımı geliştirecek bir model kurmayı ve uygulamayı hedefleyen; sorgulayan, araştıran ve karşılıklı öğrenen talebe ve mezunlardan oluşan sivil bir girişim grubudur.

Sağlık bölümlerinde okuyan öğrencilerin birçoğunun mesleğe dair idealleri ve beklentileri ile eğitim sürecinde karşılaştıkları, gözlemledikleri bazı davranış modelleri ve olaylar arasında uyumsuzluk oluşabilmektedir. Klinik uygulama alanında karşılaşılan şiddet, hastalarla ve çalışma ekibi ile yaşanan iletişim problemleri ve çatışmalar ilerleyen yıllarda mesleki tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu oluşturmaktadır (1). Bu riskleri tanımlayan aşağıdaki cümleler SAHA'nın yola çıkış cümleleridir:

- "Ben bugün bir hastamın annesine bağırdım." (pediatri asistanı)
- "Doktor annem için 'yırttı' dedi. Neyi yırttı bir an anlayamadım. Ne kadar kaba bir tarif!! O benim annem!" (hasta yakını)
- "Ben Salı akşamı darp edildim. Hastanın eşi kafama yumruk attı. 36 saat uykusuz kalmanın karşılığı yumruk yemek miydi?" (kadın doğum asistanı)
- "Ne olur, hocaların bize uyguladığı şiddeti de konuşun, psikolojik şiddeti." (tıp öğrencisi)
- "Her nöbet sabahında kendimle konuştum 2 yıl. "İnsanlar iyidir, kötü olanlar azınlık, insanları sevmeliyiz." (acil hekimi)
- "Bir derin nefes aldım sakinleştirdim kendimi. Sonra "Biz düşman değiliz aynı saftayız, ben de hastanızı düşünüyorum." dedim. O hiddetli görünüm birden yumuşadı, "Allah razı olsun." dedi." (kadın doğum asistanı)

Tıp fakültesi öğrencilerinin tükenmişlik düzeyleri ile mesleki tutum ve davranışları arasındaki ilişkiyi araştıran ve tükenmişlik seviyeleri ile hekimin topluma karşı sorumluklarındaki diğerkâmlık değeri arasında negatif bir ilişki bulan araştırmalar bu cümlelerle yola çıkmayı desteklemektedir (2,3).

Uyuşmazlıkların çözümü ve tükenmişliğin önlenebilmesi için öğrencilerin, resmi müfredatla öğrendikleri teknik becerilerin yanı sıra mesleki gelişimlerinde başka yetkinliklere de -soft skills- sahip olması gerektiğine dair birçok yayın vardır (4, 5). Bu yetkinliklerin en önemlileri iletişim becerileri, eleştirel düşünme, karar verme, problem çözme, ekip çalışması, zaman yönetimi, meslek ahlakı, kültürel yeterlilik ve duyarlılık olarak sıralanabilir. Özellikle iletişim becerilerinin geliştirilmesi sağlık çalışanlarının hasta/hasta yakınları ve ekip arkadaşları ile aralarındaki çatışmaların çözümünde etkisi çok önemlidir (6).

Literatürde 'gizli müfredat' olarak adlandırılan ve öğrencilere kişisel yetkinliklerini ve dayanıklılıklarını artıracak yaklaşımlar sağlıkla ilgili birçok eğitim kurumunda uygulanmaya başlanmıştır (7, 8, 9, 10, 11).

Bu amaçla önerilen başka bir yaklaşım da 'deneyimli bir kişi ile deneyimsiz bir kişi arasında karşılıklı olarak gönüllülük esaslı, güçlü, kararlı, uzun süreli, dinamik, etkileşimli, destekleyici ve güvene dayalı bir ilişki' olarak tanımlanan mentorluk yöntemidir (12).

Mentorluk uygulamalarında katılımcılar farkındalık düzeylerinin arttığını, kendileri için daha iyi hedefler koyabildiklerini, stres düzeylerinin azaldığını, kendilerini keşfetme isteklerinin arttığını, başkalarına karşı güven duygularının arttığını, yaşam kalitelerinin yükseldiğini, iletişim becerilerinin geliştiğini, çalışma arkadaşları ile daha iyi ilişkiler kurduklarını ifade etmişlerdir (13).

SAHA; sağlık bölümü öğrencilerinin mesleki ve sosyal alanda ihtiyaç duydukları temel yetkinlikleri talep edenlere eğitimlerle ve mentorluk esaslarını içeren hamilik ilişkisiyle kazandırmayı amaçlamaktadır.

Hamilik; daha tecrübeli olan meslek sahibinin talebeye rehberlik ettiği; talebenin mesleki ve sosyal alanda yaşadığı/yaşayacağı sorunları çözmesi için gerekli olan yetkinlikleri kazanmasını sağlayarak öz farkındalığı akademik performans ve kariyer başarılarından ayrı tutabilme ve farklı deneyim seviyelerine veya görüşlere sahip meslektaşlarla etkili bir şekilde işbirliği yapabilme becerilerini öncelikleyen ve devamlılık gösteren gönüllü bir ilişki biçimidir, yol arkadaşlığıdır.

Sağlık alanında üniversite öğrencisi, çalışan, uzmanlık öğrencisi, akademik personel ve sağlık dışı disiplinlerden kişilerden oluşan bir Sağlıkta Hamilik Girişim Grubu oluşturulmuş; iki yıl (2017-2019) literatür tarama, model oluşturma, ilkeler, çalışma esasları gibi konularda hazırlık çalışmaları yapılmış; talebeler için öngörülen eğitimlerin bir kısmı bu grup üyelerine uygulanmıştır. Model çalışması yapılırken yönetim bilimleri alanında benzeri bir program uygulayan Hamilik Okulu Vakfı'nın tecrübelerinden faydalanılmıştır. SAHA ekibinde sağlık alanı dışından kişilerin de olması SAHA modelleme çalışmalarına diğer disiplinlerin -yönetim, pazarlama, ekonomi, sosyoloji- bakış açısını katmaktadır; ayrıca sağlık hizmeti alan kişilerin görüşlerini temsil ederek meslek körlüğüne engel olmaktadır.

SAHA programının geliştirilmesinde katılımcılık, fırsat eşitliği ve bağımsızlık önemsenmiş; tüm geri bildirimler dikkate alınmıştır.

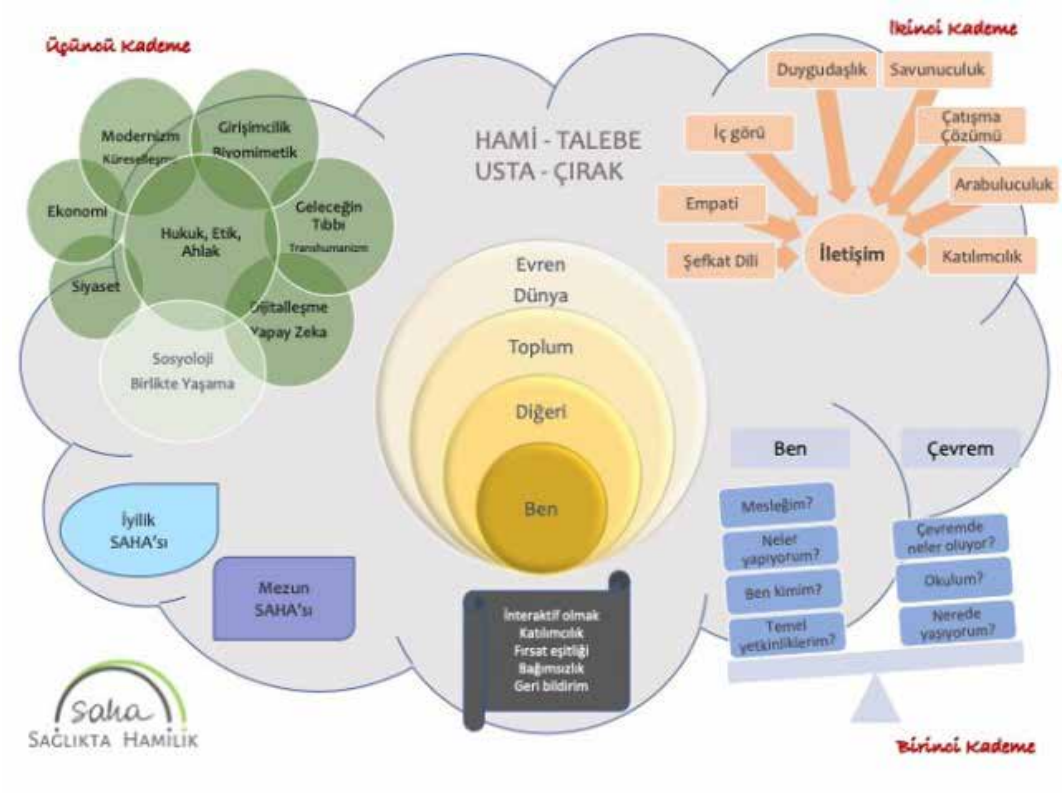
SAHA'da eğitimler ve hamilik olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır. Sağlık bölümü öğrencileri ve mesleğe yeni başlayan mezunlar hedef kitle olarak belirlenmiştir. Öğrencilere yönelik çalışmalara başlanmıştır. Yeni mezunlar ve uzmanlık öğrencilerine yönelik mezun SAHA çalışması ise planlama aşamasındadır.

1. Eğitim

SAHA programı kapsamında talebelere yönelik 3 yıllık bir eğitim programı planlanmıştır.

İstanbul'daki diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik ve tıp fakültesi hazırlık, birinci ve ikinci sınıf öğrencilerine yönelik aşağıda belirtilen eğitimler verilmektedir;

- İstanbul'a ve üniversiteye oryantasyon
- Kendini, muhatabını, çevresini keşfetme
- Mesleki bilinç ve farkındalık – Sağlığa bütüncül bakmak
- Temel yetkinlikler – Eleştirel düşünme, takım çalışması,
- İletişim ve uyuşmazlıkların çözümü
- Sağlığa multidisipliner yaklaşım- Ekonomi, Teknoloji, Sosyoloji, Hukuk
- Etik ve ahlak



***Şekil 1**-Saha Modeli*

İletişim derslerinde 'kendi değerlerimizden ödün vermeden karşımızdakini empati ile anlamaya, karşımızdakini suçlamadan gerçek duygu ve ihtiyaçlarımızı açık yürekli bir dürüstlükle ifade etmeye odaklamaya yardım ederek ilişkilerimizin niteliğini temelinden düzeltmemize katkıda bulunacağı' ön görülen şiddetsiz iletişim yaklaşımı benimsenmiştir (14).

İletişim becerilerinin geliştirilmesinde vaka bazlı çalışmalar ve canlandırma-role-play yöntemi kullanılmaktadır. Çünkü senaryo tabanlı/bazlı eğitimlerde gerçek hayattan alınan vakalar kullanıldığından öğrenme süreci daha çekici hale gelir; hata yapma, sonra geri bildirim verme ve tekrar deneyerek istenen yetkinliği ve doğru yaklaşımı gösterme imkânı verir. Bu süreçte 'kutunun dışına' çıkma, eleştirel düşünme ve problem çözme becerileri gelişir. Verilen kararın/gösterilen davranışın etkisini ve sonucunu gözlemlemeyi sağlar (15). Deneyimsel öğrenmenin becerilerin kazanılmasında etkili olduğuna dair birçok yayın bulunmaktadır (16).

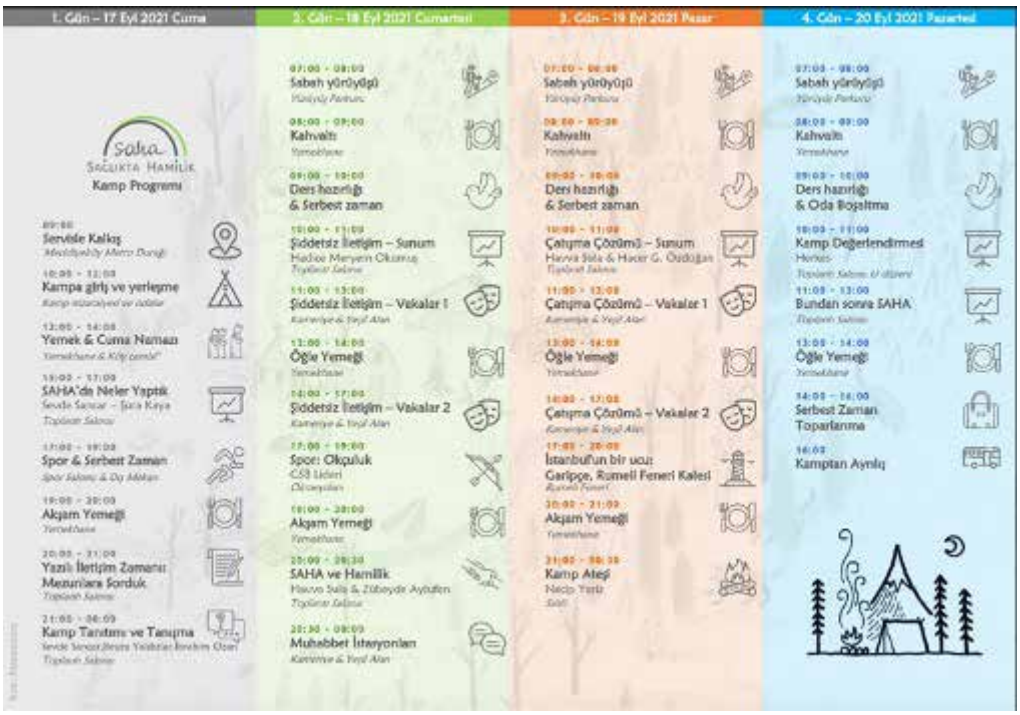
2019-2020 eğitim-öğretim yılı başında İstanbul'daki üniversitelerin diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik ve tıp bölümü hazırlık, 1. ve 2. sınıf talebelerine okul iletişim grupları, öğrenci kulüpleri ve sivil toplum kuruluşları vasıtasıyla davet yapılmış; SAHA faaliyetlerine katılmak için başvuru sürecini tamamlayan 44 talebe ile 3 yıllık eğitim programına başlanmıştır.



Şekil 2: *2021-2022 Eğitim Öğretim Yılı SAHA Daveti*

Eğitim programı birinci yıl ilk dönem haftada bir gün iki saat olarak yüz yüze yürütülmüş; COVID pandemisi ilanından sonra ve ikinci yıl online olarak devam edilmiştir.

17-20 Eylül tarihlerinde düzenlenen 49 mezun ve 35 talebelerin katıldığı bir kamp ile online eğitimler nedeniyle uygulanamayan şiddetsiz iletişim ve çatışma çözümünü konu alan senaryo bazlı çalışmalar ve tecrübe paylaşımları gerçekleştirilmiştir.



Şekil 3: *17-20 Eylül 2021 SAHA Kamp Programı*

2020 – 2021 eğitim öğretim yılında pandemi nedeniyle yeni talebe alınmamıştır.

2021 – 2022 eğitim öğretim dönemi başında SAHA daveti yinelenmiş; davete cevap veren ve tanışma görüşmelerinde SAHA faaliyetlerine katılmaya karar veren 45 talebe programa dahil edilmiştir.

Şu anda SAHA programında üçüncü kademede 41, birinci kademede 40 talebe vardır.

Yapılan tüm eğitimlerde ve kamp sonrası katılımcılardan düzenlenen formlarla -googleforms aracılığıyla- geri bildirim alınmıştır.

2. Hamilik

Hamilik modeli geliştirme ile ilgili çalışmalar sürdürülmektedir.

Talebelere ve mezunlara hamilik ile ilgili görüş ve önerilerinin sorulduğu anket formları hazırlanmış, talebe ve mezunlara gönderilmiştir. 24 talebe ve 31 mezunun/hami adayının ankete verdikleri cevaplar hamilik modeli geliştirme için kullanılacaktır.

SAHA çalışmasının etkileri yapılan eğitimlerden sonra alınan geri bildirimler, kamp değerlendirmesi ve bu yıl kliniğe başlayan ilk talebelerin gözlemleri ile nitel olarak ölçülmüştür.

Başvuru formunda SAHA talebelerine sorulan 3 vaka şiddetsiz iletişim eğitimlerinden sonra tekrar sorulmuş ve aynı vakaya çok daha farklı yaklaştıkları tespit edilmiştir. Vakalara eğitim öncesi verilen cevaplar şiddetsiz iletişim bakışıyla değerlendirilmiştir. Şekil 4-5'te bu analizlerden örnekler sunulmuştur.

Büyük bir hastanenin acil polikliniği
Bekleyen birçok kişi var.
Kucağında kan revan bir delikanlı ile bir baba girer salona.
İçeri alırlar yaralıyı.
Biraz sonra baba içeri girdiğinde oğlunun başında bir hemşirenin serumu ayarlamaya çalıştığını, doktorun ise bir sedyede sakince yatan bir amca ile ilgilendiğini görür.
- Çocuğum ölüyor, siz nelerle uğraşıyorsunuz diye bağırmaya başlar.

Oradaki biri (doktor, hemşire, başka hasta, delikanlı, hasta yakını, güvenlik görevlisi vs) öyle bir şey söylesin ki baba sakinleşip özür dilesin. Ne söylesin?

Doktor: Haklısınız beyefendi. Fakat hemşire serumu takmadan delikanlıya yardım edemem.

Oğlunuza doktorumuz gerekli müdahaleyi yaptı

Beyefendi hastanız gelir gelmez ön muayenesini yapıp hemşire hanıma serumu ayarlaması için müsaade ettim ve bu arada boş durmayıp hemen diğer hastamızla da ilgileniyorum malum birçok bekleyen hastamız var görüyorsunuz ki.

Haklısınız demek çoğu zaman karşımızdakini susturmak için seçtiğimiz bir stratejidir. Çoğu kavgamızda haklı olmak istemeyiz, istediğimiz şeyin yapılmasını isteriz. Size haklısın ama istediğini yapamam denildiğini düşünün. Nasıl hissediyorsunuz?

Açıklamaya başlamadan önce empati.

- Oğlunuz için endişelisiniz görüyorum. Onun tedavi süreciyle ilgili bilgi almak sizi rahatlatır mı? Nasıl bir yol izleyeceğimizi bilmek ister miydiniz?

Aile Hekimliği, doktor odası
Az evvel yine ablanın biri ile fena halde takıştık. Elinde peçeteye yazılmış ilaçlardan kutu kutu isteyen teyze ile diyaloğumuz şu:
- Hmm, demek olmaz diyorsunuz.
- Evet bu şekilde usulsüzlük oluyor. Hem ilaç raporunuz da yok.
- Hiç mi olmaz?
- Hiç olmaz.
- Bu seferlik şey yapsak?
- .....

O doktorun yerinde olsaydınız bir sonraki cümleniz ne olurdu?

Sizi maalesef tanımıyorum bu yüzden de doğru bir amaç için ilaçları alacağınızı bilmiyorum kusura bakmayın.

Hanımefendi maalesef olmaz.

Bakın hanımefendi, bu seferlik bile olsa bu bir suçtur ve olmaz.

Prosedürlere uymak zorundayız.

Bu seferlik değil hiçbir zaman olmaz

Maalesef böyle bir şey asla kabul edilemez.

Bu sefer veya başka seferde olmaz hanımefendi

Olmaz, suçtur, zorundayız, kabul edilemez gibi ifadeler, sorumluluğu kendi üzerimizden atıp başkasına vermemize neden olur. İlaç vermemek bizim seçimimizdir, bu seçimin arkasında durabiliriz.
- Sizi muayene etmeden ve bu ilaca gerçekten ihtiyacınız olduğunu kendim görmeden size ilaç vermek istemiyorum. Ayrıca bu ilacı size verirsem prosedürlere uymamış olurum, ve bundan dolayı da ceza almaktan korkuyorum.

Aile hekimine ilaç yazdırmaya gelen kadına 'Prosedürlere uymak zorundayız' diye cevap veren hemşirelik öğrencisi şiddetsiz iletişim eğitimlerinden sonra 'Hemşire Rabia artık asla bu cümleyi kurmaz' diye bakışının ne kadar değiştiğini ifade etmiştir.

Kliniğe ilk kez bu yıl çıkan SAHA diş fakültesi öğrencisi 'Arkadaşlarım ilk hastaları karşısında ne yapacaklarını bilemezken ben ismini ve nasıl olduğunu sorarak başladım. Bu SAHA farkı' diyerek SAHA'nın etkisini belirtmiştir.

Birçok SAHA talebesi mesleği sadece teknik olarak gerçekleştirmenin önemi dışında sorgulayarak, evreni ve insanı anlamlandırarak mesleki bilinç düzeylerinin arttığını, mesleki farkındalık kazandıklarını, mezuniyetten sonra karşılaşacakları pek çok konuyu mezuniyet öncesinde tartışma fırsatı bulduklarını ve duyarlılıklarının arttığını, doğru bir iletişim kurmanın meslekte karşılaşacakları problemleri çözmede ilk ve en önemli basamak olduğunu fark ettiklerini dile getirmişlerdir. Talebelerde bu bağlamda kendilerini ve çevrelerini tanıma, farklılıkları kabul etme, değişime kendilerinden başlama, temel iletişim becerileri konusunda farkındalık ve arama davranışı geliştiği gözlemlenmiştir.

Alınan geri bildirimler SAHA'nın yola çıkış cümlelerinin olumlu cümlelerle yer değiştirmeye başladığını göstermektedir.

'SAHA ile birlikte iletişimin bir sanat olduğunu fark ettim, artık iletişimi çok boyutlu düşünebiliyorum.'

'Karşımızdakini anladığımız, ihtiyaçlarını düşündüğümüz zaman sağlık çalışma ortamındaki stresli ve iletişimi zor hale getiren durumlara daha iyi çözüm getirmemiz mümkün olacak.'

'Burada aynı endişelerle yola koyulmuş, sonra kendine çok güzel bir yol tutturmuş hatta o yoldan yürümek isteyenlere yoldaş olmuş birçok insan bulacaksın. Senin aklına günlerce takılan o sorunun cevabını yıllar önce bulmuş büyüklerinle tanışacaksın.'

'SAHA, aynı taraftan baktığımız fakat farklı şeyler görerek birbirimizi tamamladığımız daima iyi kalmaya çalışan insanları bir araya toplayan bir çatı oldu benim için.'

'Ya ben eczacılık okuyorum da acaba SAHA olmasaydı bölümüm benim için bu kadar anlam ifade eder miydi? Mesleğe bu şekilde bakabilir miydim?'

'İlk defa SAHA'nın davetini okuduğumda yazılanlar çok ütopik gelmişti. Verilen eğitim, seminerler ve samimiyet ortamı her geçen zamanda SAHA'ya yakınlaştırdı. Bu kampta o ütopik gelen şeyleri hiç değilse kendi kapımızda uygulayabileceğimiz ardından o kapıların artacağını düşündüm.'

'Bazen keşke SAHA dersleri okullarda verilse ve bundan herkes nasiplense diyorum.'

'Maalesef çalışma şartları nedeniyle bazı durumlarda hem kendisinin hem de muhatabının insan olduğunu ve tedavide duyguların da ne denli önemli olduğunu atlayabilen tıp fakültesi öğrenci ve mezunlarının bu hususla yeniden yüzleştiğini, sadece SAHA üyeleri değil diğer çalışma arkadaşlarına da yol gösterici olacaklarını görmek beni oldukça mutlu etti. Dileğim her iki taraflı da sağlıklı iletişim

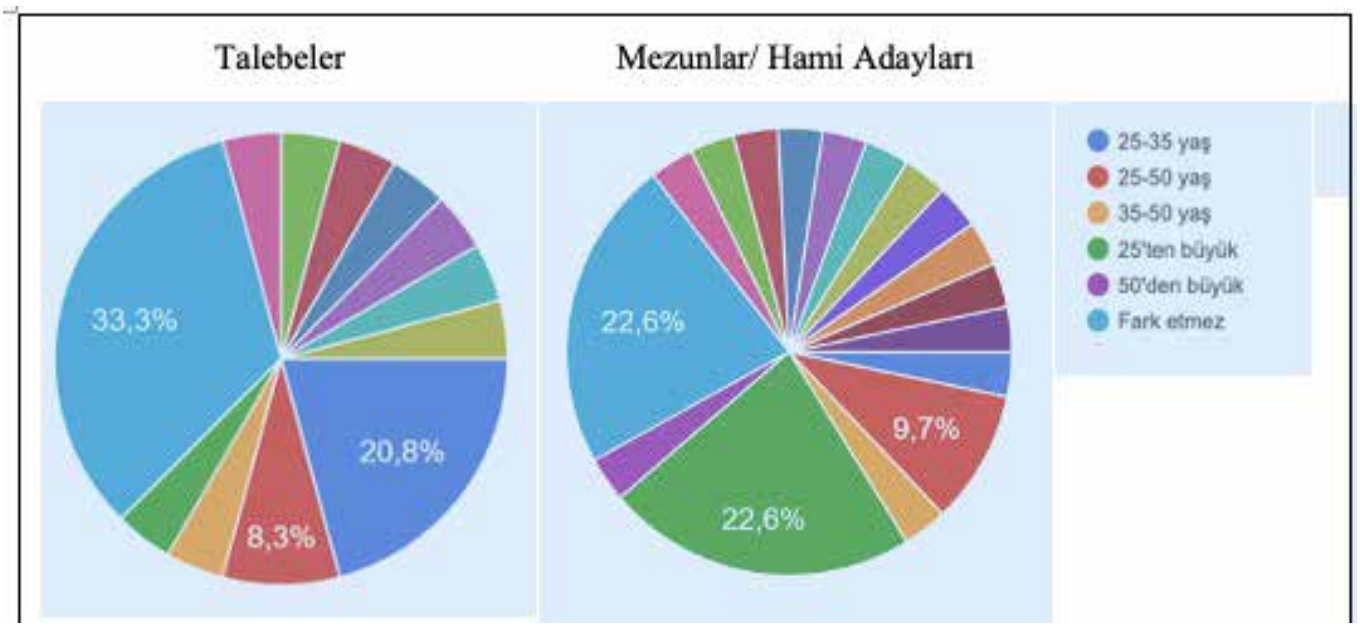
kurulması ve sağlık çalışanlarının hak ettiği değeri görmesi, insan değerine uygun hizmet vermesi.'

SAHA benim için çok özel. Mesleğimi sevmemin, yapmak istememin en büyük sebebi. Üniversitede bu mesleği yapmayacağım derken bana bu mesleği sevdiren yer SAHA.

'Vakaların gerçek hallerini olayı bizzat yaşayan kişinin ağzından duymak, o kişinin kendi duygu ve düşünceleriyle bize aktarıyor olması, hatta şunu şurada yapmayabilirdim şöyle de yapılabilirdi diye eleştirel söylemleri vakalara daha da renk kattı.'

'Bu senaryolaştırmaların devamı bence kesin gelmeli hatta bunları öğrencilerden yani bizden yazmamızı isteyebilirsiniz. :)) Kendin yaz kendin oyna gibi olur.'

Hamilik uygulaması için talebe ve mezunlara uygulanan görüş ve öneri alma anketinin bulguları şekil 6, şekil 7 ve tablo 1'de sunulmuştur.

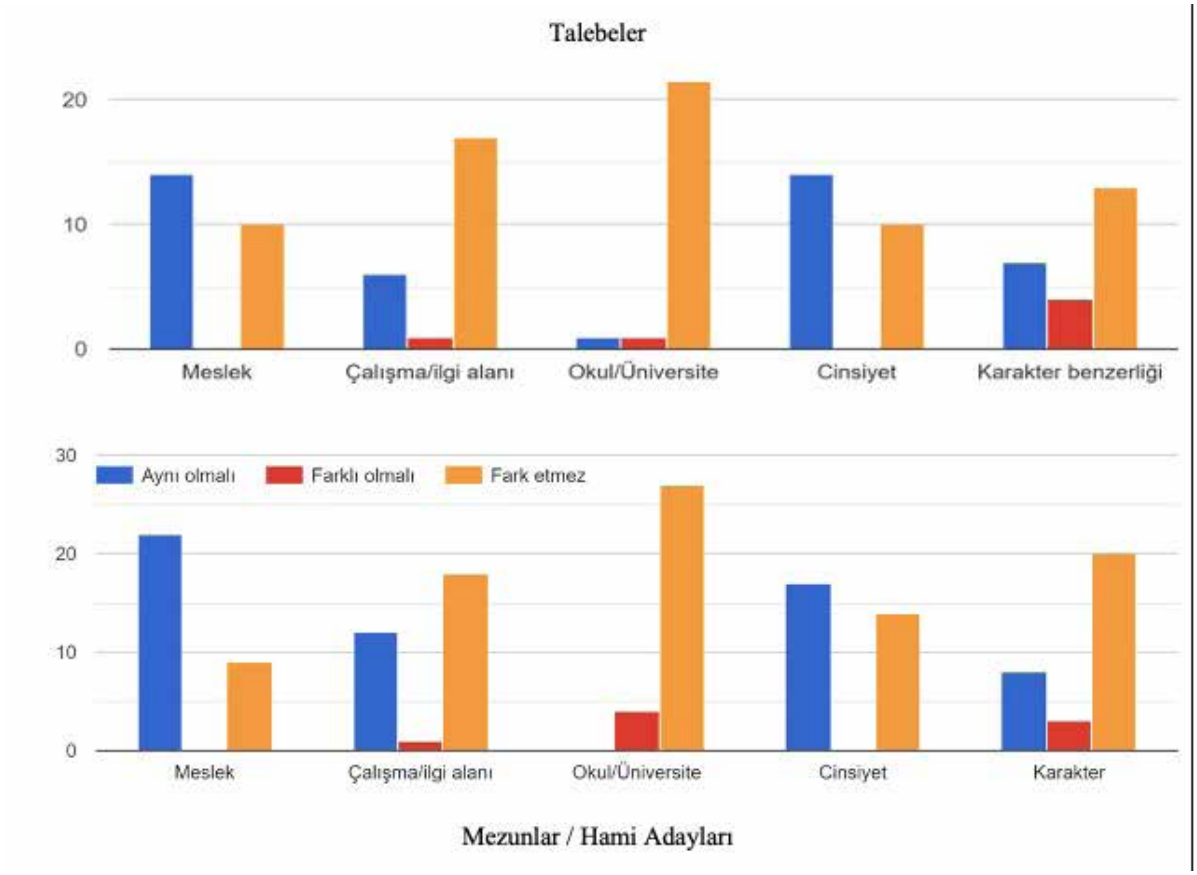


Talebelerin % 33.3'ü ve hami adaylarının %22.6'sı yaşın çok önemli olmadığını söylemiş, yaş aralığı belirtenler de 25 yaş üzeri olmasını yeterli görmüşlerdir.

Hami adayları talebelere göre mesleğin aynı olmasını daha çok önemsemiş; her iki grup da okul ve üniversitenin aynı ya da farklı olmasının çok önemli olmadığını belirtmişlerdir.

İki grupta da cinsiyetin aynı olması görüşü daha fazla ise de bu görüşi belirtenlerle fark etmez diyenler arasında çok fazla fark yoktur.

Karakterlerin farklı olması gerektiğini düşünen talebeler bu durumun zenginlik olduğunu, farklı olaylara farklı bakabileceklerini; kendilerini, hamilerini ve 'insan'ı tanımak açısından güzel bir fırsat olduğunu söylemişlerdir.



Ankette talebe ve hami adaylarına hami tanımı, haminin işlevi, hami ve talebelerde olması istenen özellikler, bir hami-talebe ilişkisinde dikkat edilmesi gereken ilkeler ve olası riskler sorulmuştur.

Hami tanımında her iki grup da büyük çoğunlukla yol gösterici, rehber, kılavuz ve yoldaş sözcüklerini kullanmıştır. SAHA'da 'yoldaş' olmak, karşılıklı öğrenme ve tersine mentorluk özellikle hedeflenen bir konudur.

Anket sonuçlarına bakıldığında hamiye ihtiyacın sadece mesleki, akademik ya da etik konularda değil her konuda ve ikilemde kalma ya da çıkmazda hissetme durumları dışında da olabileceği; sevinç, merak, heyecan gibi durumlarda da hami-talebe ilişkisinin olması gerektiği görülmektedir.

Talebeler bir hamiden özellikle anlayışlı, güler yüzlü ve iletişime açık olmasını beklerken hami adayları talebelerin talepkâr, sorgulayan, öğrenmeye açık ve saygılı olmasını istediklerini söylemişlerdir. Bu bulgular literatürle uyumludur (17).

Her iki grup da hami-talebe ilişkisinde en önemli ilkenin saygı olduğunu belirtmiş ayrıca samimiyet ve sevgi olması gerektiğini söylemiştir. Talebeler hami adaylarından farklı olarak iletişime ve şiddetsiz iletişime vurgu yapmışlardır.

Hami-talebe ilişkisinde en önemli risk kişisel sınırların aşılması olarak belirtilmiş, saygısızlık ve ilişkinin düzeyinin bozulmasına dikkat çekilmiştir. Öte yandan haminin talebe üzerinde otorite

kurması, baskı yapması ya da hami-talebe arasında duygusal ya da düşünsel bağımlılık gelişmesi de önemli riskler arasında sayılmıştır. İletişim konusu riskler açısından da talebelerin hami adaylarına göre daha çok önem verdiği bir konu olarak vurgulanmıştır.

Anket Soruları	Talebeler	Mezunlar/Hami Adayları
Hami deyince aklınıza ne geliyor?	Yol gösterici *8 Rehber *7 Yoldaş *5 Koruyan *4 Deneyim, destek *4 Eğitici, hoca, öğretmen, Tecrübeli Cana yakın, bağlılık Paylaşım, yardımseverlik Dert ortağı, sırdaş	Yol gösterici *9 Rehber *7 Yoldaş *6 / Eşlik eden Danışman Koruyan, kollayan, gözeten, himaye eden Usta, hoca, deneyim, destek Dost, yakın Paylaşım Güven, sırdaş
Bir talebe ne zaman hamisine koşmalı?	Sevinç, hüzün, aile, aşk İlginç fikir ve girişimler Eğitim hayatı, akademik hayat Normal günlük konular İkileme düştüğü konular, Sosyal ve iş hayatı Etik konular İletişim problemlerinde Ülke ve dünya gündemi Tavsiye, destek, motivasyon	Mesleki ikilem Zorluk Karar aşamaları Etik konular Hayatta dair "tökezlenen her konu" İstediği her konu Keşif, proje, heyecan, güzellikler Sadece muhabbet
Sizce bir hami nasıl olmalıdır? (Talebeler) Bir talebe nasıl olmalı? (Hami adayları)	Saburlu, anlayışlı *12 Samimi, güler yüzlü *12 İletişime açık, empati yapan *9 Tecrübeli, yol gösterici *6 Üretken, açık fikirli *6 Dinlemeye açık, istekli *5 Çok yönlü *2 Güzel ahlaklı, güvenilir *3 Yadırgamayan, yargılamayan *2 Ulaşılabilir *2 Hayallerimi destekleyen Duyarlı	~~Talepkar~~, öğrenmeye açık *13 Saygılı *9 Sorgulayan, keşfetmeye açık *6 İletişime açık *5 Dürüst, ahlaklı, edepli, nazik *4 Başka fikirler açık *4 İyi, özverili, paylaşımcı *4 Hayal kuran, ~~ümitsiz~~ *2 Güvenilir Eleştiren Heyecanlı Şakalaşabilen Çok okuyan
Sizce hami-talebe ilişkisinde ilkeler neler olmalı?	Saygı *17 İletişim *8 şiddetsiz iletişim Samimiyet *6 Anlayış ve hoşgörü *7 Sevgi *4 Vefa *3 Dürüstlük *3 Güven *2 Otorite Mahremiyetin korunması Şiddetsiz iletişim	Saygı, nezaket *17 Samimiyet, muhabbet *11 Dürüstlük *9 Güven *6 Mahremiyet *5 Anlayış *5 Açıklık *4 Önemseme *2 – dinleme, emek Adanmışlık, ~~fedakarlık~~ Açık iletişim Ulaşılabilirlik Nezaket
Sizce hami-talebe ilişkisinde olası riskler nelerdir?	İletişimsizlik *8 Mahremiyet, sınır ihlali *6 Saygısızlık, laubalilik *5 Kırılganlık, yanlış anlaşılma *4 Otorite kurma, dayatma *2 Duygusal/düşünsel bağımlılık *2 Yanlış yönlendirme *2	Mahremiyet, sınır ihlali *12 Duygusal/düşünsel bağımlılık *8 Saygısızlık, laubalilik *6 Otorite kurma, dayatma *6 Beklentilere uymama *4 Yanlış yönlendirme *2 Aşırı korumacılık İletişimsizlik Yargılama

Not: Bir kişiden birden fazla cevap alınmıştır.

Birçok sistemde sağlık meslekleri eğitimi ve uygulamasında insan mekanik bir nesne olarak ele alınma eğilimindedir (18). Bu mekanik nesneye hizmet sunan insan gücü de nesneleşmekte, sağlık çalışanları hastalarına hizmet sunarken kendi sağlıklarından ve hatta canlarından olabilmektedir (19). Böylelikle sağlık mesleklerinin öznesi olması gereken insanın insani yönü göz ardı edilebilmektedir. Halbuki insan düşünen, hisseden, iletişen, inanç ve tutum geliştiren bir varlıktır. Bu yönüyle sağlık meslekleri eğitim paradigmasında insana bakışın yeniden tartışılması gerekmektedir.

SAHA, sağlık meslekleri eğitiminde insanı tüm yönleri ile bir özne olarak değerlendiren, hizmeti alan ve veren tarafların insani yönlerini öne çıkaran, Türkiye tarihindeki Ahilik modelindeki usta-çırak ilişkisinden ilhamla sağlık meslekleri eğitimini ve meslek ahlakını yeniden tartışan, iletişim ve ahlak merkezli özgün ve yenilikçi bir eğitim modelidir. Bu yönleri ile SAHA alandaki önemli bir boşluğu doldurmaya çalışmakta, gizli müfredat olarak literatürde anılan kavramı resmi müfredatı tamamlayacak şekilde yapılandırmakta ve geliştirmektedir. Bu çalışmayla SAHA Topluluğu faaliyetlerinin genel çerçevesi sunulmuştur.

Kaynakça

1. Van Mol MV, Kompanje E, Benoit D, Bakker J, Nijkamp M. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. PLoS ONE 2015 (doi:10.1371/ journal.pone.0136955)
2. Toprak TH, Arıca OT, Yavuz KF. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Tükenmişlik Derecesi Psikolojik Esneklik ve Değerler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. JCBPR 2020; 9(1):16–27
3. Liselotte N Dyrbye, Matthew R. Thomas, F. Stanford Massie, David V Power, Anne Eacker, William Harper, Steven Durning, Christine Moutier, Daniel W. Szydlo, Paul J. Novotny, Jeff A. Sloan, Tait D. Shanafelt. Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. Annals of Internal Medicine 2008; 149:334-341
4. Taveira-Gomes I, Mota-Cardoso R, Figueiredo-Braga M. Communication skills in medical students – An exploratory study before and after clerkships. Porto Biomedical J 2016; 1(5): 173–180
5. Graf et al. Communication skills of medical students: survey of self- and external perception in a longitudinally based trend study. BMC Medical Education 2020; 20:149-158
6. Seren S, Ustun B. Conflict resolution skills of nursing students in problem-based compared to conventional curricula. Nurse Education Today 2008; 28:393–400
7. Bandini J, Mitchell C, Epstein-Peterson ZD, Amobi A, Cahill J, Peteet J, Balboni T, Balboni MJ. Am J Hosp Palliat Care 2017 (doi:10.1177/1049909115616359)
8. Randolph M. The Need for Soft Skills in a Medical Assistant Program. phDThesis, Walden University, College Of Education, Mineapolis; 2016.
9. Beykoz Üniversitesi Yetkinlik Geliştirme Programı [internet], https://www.beykoz.edu.tr/icerik/1333-yetkinlik-gelistirme-programi, Erişim Tarihi: 21.11.2021
10. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde Mezuniyet Öncesi Eğitim İlkeleri, https://med.ege.edu.tr/tr-2025/egitim.html, Erişim Tarihi: 21.11.2021

11. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Yeterlikler Listesi, http://tip.akdeniz.edu.tr/wp-content/uploads/2019/02/Akdeniz-%C3%9Cniversitesi-T%C4%B1p-Fak%C3%BCltesi-Yeterlikler-Listesi.pdf, Erişim Tarihi: 21.11.2021

12. Eileen F. Hayes. Approaches to Mentoring: How to Mentor and Be Mentored. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2005; 17(11): 442

13. Tükeltürk ŞA, Balcı M. Üniversitelerde Mentorluğun Kurumsallaştırılması Süreci, Önemi ve Kazanımları; Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Üzerine Bir İnceleme. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi 2014; 6(1): 137-155

14. Rosenberg MB. Şiddetsiz İletişim Bir Yaşam Dili. 19.basım. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2020A Complete Guide to Scenario Based Learning

15. https://www.blendtolearn.com/scenario-based-learning-in-uae, Erişim Tarihi: 21.11.2021

16. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. BMC Medical Education 2007 (doi:10.1186/1472-6920-7-3)

17. Kurul Ş. Ebelik öğrencilerinin mesleki klinik eğitimlerinde formal mentorluk programının uygulamaya etkisinin değerlendirilmesi. Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı; 2018.

18. A philosophy of health: life as reality, health as a universal value, https://www.nature.com/articles/s41599-020-0420-9.pdf, Erişim tarihi: 21.11.2021

19. Dutheil F, et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2019; 14(12): e0226361.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TİP-2 DİYABET RİSKİNİN BELİRLENMESİ

İzzettin TOKTAŞ[1], *Arife EVRAN*[2]
[1]*Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı*
[2]*Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi*
drizzettin@gmail.com

Diyabet (DM) ve komplikasyonları dünya çapında morbidite ve mortalitenin başlıca nedenleridir. DM prevalansının giderek artmasıyla, diyabetin önlenmesi önemli bir sağlık önceliği haline gelmiştir. Bu çalışma, hastanede çalışan sağlık personellerinin tip 2 diyabet risklerini belirlemek ve tip-2 diyabet riski testinin sensitivitesi ve spesifitesini hesaplamak amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel tipteki bu araştırma, Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesinde görev yapan çalışanları kapsamaktadır. SBÜ Gazi Yaşargil EAH Etik kurulundan (Etik kurul No: 923/05.11.2021) onayı alınmıştır. Sağlık çalışanlarında Tip-2 diyabet riski belirlemek amacıyla Amerika Diyabet Cemiyeti tip-2 diyabet risk testi kullanılmıştır. Bu testte; yaş 0-3, cinsiyet 0-1, gestasyonel diyabet tanısı 0-1, anne, baba veya kardeşlerde diyabet tanısı 0-1, hipertansiyon tanısı 0-1, fiziksel aktivite 0-1, Beden Kitle İndeksi (BKİ) 0-3 arasında puanlandırılmıştır. Toplam beş ve üzeri puan alan kişiler diyabet için yüksek riskli kabul edilmiştir. Veriler, 08.11.2021-26.11.2021 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden 556 kişiye (Tüm çalışanların %50'si) diyabet risk testi uygulanmıştır. Ertesi gün sabah 08.00-10.00 saatleri arasında glukometre ile açlık kan şekeri ölçülmüştür. Daha önce diyabet tanısı alan 39 kişi risk değerlendirilmesinde kapsam dışı tutulmuştur. Veriler SPSS.15 istatistik programına yüklenerek niceliksel veriler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler, niteliksel veriler için sayı ve yüzde değerler verilmiştir. İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanıldı. $P<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmaya katılan 517 çalışanın %57,4'ü erkek, %42,6'sı kadındır. Yaş ortalaması 39,6±9,1 (Min-max: 20-67) yıldır. Beden Kitle İndeksine göre çalışanların %41,6'sı fazla kilolu, %11.4'ü obezdir. Diyabet tarama testi sonucunda çalışanların %13,7'si tip-2 DM açısından yüksek riskli bulunmuştur. Çalışanların %2,1'ine (11 kişi) yeni DM tanısı konulmuştur. Prediyabet prevalansı %22,6 olarak hesaplanmıştır. Testin; sensitivitesi %25,8, spesifitesi %90,2 olarak hesaplanmıştır. Açlık kan şekerine göre; Ailede diyabet öyküsü olan kişiler (%31,2), ailesinde diyabet olmayan kişilere (%21,2) göre; bilinen hipertansiyonu olan kişilerde (%40,0) hipertansiyonu olmayan kişilere göre prediyabet/diyabet daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Beden Kitle İndeksi artıkça prediyabet/diyabet daha sık görüldüğü (Normal kişilerde: %17,3; Fazla kilolu:%26,0; Obez: %50,8) bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışanların %13,7'si diyabet açısından yüksek riskli bulunmuştur. Çalışanların yaklaşık dörtte birine prediyabet/diyabet tanısı konulmuştur. Tip 2 diyabet risk testinin sensitivitesi düşük ancak spesifitesi yüksek bulunmuştur. Testin basit olması ve girişimsel olmaması nedeniyle hızlı değerlendirme için tarama testi olarak kullanılabilir. Ailede diyabet öyküsü olan, hipertansiyonu olan ve Beden Kitle İndeksi yüksek çalışanlarda prediyabet/diyabet daha sık görüldüğü bulunmuştur. Bu tür risk faktörleri bulunan kişiler diyabet testi ile yetinmeyip kan şekerine de bakılması yanlış negatiflerin gözden kaçma olasılığı azalacaktır.

SAĞLIK HABERLERİNE DAİR KAMUNUN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL BİR ARAŞTIRMA

***Eray ÖNTAŞ*[1]*, Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ*[2]**
[1]Devrek İlçe Sağlık Müdürlüğü
[2]Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
erayontas@gmail.com

Sağlık bilgisine erişimde önemli bir kaynak olan internet haber sitelerindeki içeriğin niteliği, bireyin ve toplumun sağlığına doğrudan etkisi nedeniyle önemlidir. Bu araştırmada internet haber sitelerinde yer alan sağlık bilgisi ile ilgili mevcut durum, sorun ve çözümün kamu tarafından değerlendirilmesi, elde edilecek bulgularla toplum sağlığını geliştirecek politikalar önerilmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel bu araştırma, NLTR Akademi tarafından sekiz haftalık eğitim ve araştırma fonuyla desteklenmiştir. 21.11.20-11.12.20 tarihlerinde Türkiye'den Facebook, Google reklamlarıyla yapılan davetlere katılan 18 yaş ve üzeri 4930 katılımcıyla çevrimiçi yapılmıştır. Örneklem seçilmemiş olup 14 soruluk veri toplama formuyla evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu izni alınmıştır. Katılımcının doğum yılı, cinsiyeti, eğitim durumu bağımsız değişkenler olarak; yanlış bilginin kaynakları, yayılma nedenleri, yanlış bilgiyle mücadele unsurları ve bireyin risk algısı, denetim ve yaptırıma dair görüşleri, haberlerde olmasını beklediği kriterler, sağlık bilgisi arama amacı, edinme aracı ve kaynak tercihi bağımlı değişkenler olarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı bulgular değişkenlerin dağılım özelliklerine göre verilmiş; kategorik değişken analizinde Ki-kare ve sayısal değişken analizinde Mann Whitney-U testi kullanılmıştır (α=0,05).

Katılımcıların ortanca yaşı 53 (IQR=17), %57,6'sı kadındır. %41,2'si en az 4 yıllık yüksekokul mezunu olup %88,2'si Facebook aracılığıyla araştırmaya katılmıştır. İnternet haberlerinde yer alan sağlıkla ilgili yanlış bilginin (SİYB) toplum sağlığı açısından risk olduğunu düşünenlerin oranı %91,8 iken, yanıtlara göre yanlış bilginin en önemli kaynağı haber editörleri (%24,7) ve medyada tanınırlığı ve etki gücü yüksek kişiler (%24,7) olarak saptanmıştır. Eğitim seviyesi artışı ile artmış risk algısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). Birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği sorularda yanıt verenler içinde SİYB'yi önlemek için denetimin sorumluluğunun Sağlık Bakanlığı'nda (%55,1) ve Türk Tabipleri Birliği'nde (%41) olması gerektiği; yaptırımlarda yanlış bilgiyi üretenin (%78,1) ve yayımlayanın (%41,8) sorumlu tutulması gerektiği ifade edilmiştir. SİYB'nin internette yayılmasının temel nedenleri olarak kamu kuruluşları tarafından doğru ve anlaşılabilir sağlık bilgisinin yetersiz verilmesi (%46,7), medyada neyin yer alacağına karar veren editör, muhabir vs. kamu yararı yerine ekonomik kaygılarla seçim yapması (%39,5) işaret edilmiştir. SİYB ile mücadelede en önemli unsurlar olarak kullanıcıların yanlış bilgiyi ayırt edebilmesi için eğitim (%34,5) ve teyit-doğrulama mekanizmaları (%23,3) işaret edilmiştir. Sağlıkla ilgili haberlerde yazarın adı ve konuyla ilgili yetkinliğinin (%57), konuyu farklı yönleriyle ele alan dengeli kanıtların açık referanslarla

desteklenmesinin (%37,7) standart kriter olarak bulunması talep edilmiştir. Sağlıkla ilgili bilginin, en sık bireyin sağlığıyla ilgili değişikliklerin nedenini anlamak (%52,8) amacıyla, en sık hastane veya kliniklerin internet sitelerinden (%42,6) arandığı; kaynak seçerken en önemli nedenlerin kolay erişilebilirlik (%54,4) ve kolay anlaşılabilirlik (%32,7) olduğu saptanmıştır.

Kamu tarafından, internet haber sitelerinde yer alan sağlıkla ilgili içeriklerin toplum sağlığı açısından risk oluşturduğu (%91,8), bu durumun nedenleri ve çözümleri ifade edilmiştir. İçeriğin oluşturulması, yayımlanması ve yayılması sürecinde niteliği arttıracak belirli standartların gözetilmesi; izlemlerde denetim ve düzenleyici faaliyetler yönünden başta kamunun kendisi olmak üzere, medya, kamu kuruluşları ve dijital sağlık iletişim çevresini oluşturan diğer paydaşların, ifade özgürlüğü, sağlık hakkı dengesini gözeterek toplum sağlığını geliştirmesi gerekmektedir.

SAĞLIK İLETİŞİMİ BAĞLAMINDA ACİL TIP ETİĞİ VE HUKUKU

Melih ÇAMCI
Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis
drmelih112@gmail.com

Acil tıp, genç bir dal olmasına karşın baskın bir yoğunluk ve kalabalık ortamında hızlı ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunumu beklentisiyle ön plana çıkmaktadır. Kesintisiz sağlık hizmetinde en önemli rolü üstlenen acil servisler, sağlık hizmeti sunucuları ve kullanıcıları arasında etkileşimin hat safhaya ulaştığı süreğen bir sağlık iletişimi ortamıdır. Acil tıp klinik pratiği, bu bağlamda mesleki etik sorumluluğu ve hukuki yükümlülükleri bakımından diğer tıp dinamiklerinden ayrılmakta ve özerk değerler, kurallar konulmasına ihtiyaç duymaktadır. Nihayetinde amacımız acil servise özgü koşullar nispetinde acil tıp etiği ve hukuku konusunu tartışmaya açmak, bu bağlamda sağlık iletişiminin gelişimine katkı sağlamaktır.

Sağlık iletişimi; bireyler, toplum ve sağlık hizmeti yürütücülerinin sağlığa yönelik tutum, algı ve davranışlarının geliştirilmesi, farkındalık yaratması ve harekete geçirmesinde pozitif etkiye sahip multidisipliner bir alandır. Acil servis kalabalığı, artmış bekleme süreleri, stres faktörleri, zoraki prosedürlerin yerine getirilmesinde yaşanan zaman kayıpları ile kaosa sürüklenmiş bir acil servisin çözüm anahtarı da iletişimdir. Acil tıp uygulayıcılarının kendi aralarındaki iletişimi ve ilişkiyi düzenleyen Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, hasta ve hasta yakınları ile iletişimde yol gösteren Hasta Hakları Yönetmeliği bulunmakta olup acil tıbba özgü koşulları dikkate almadaki eksikliği nedeniyle çözüm üretmede yetersiz kalmaktadır. Acil sağlık hizmetleri mevzuatının, normlar hiyerarşisi bakımından üst sırada bir düzenleme ile yenilenmesi ve geliştirilmesi ihtiyacı bulunmaktadır. Acil servise başvuran hasta ve hasta yakınlarının şikayetleri incelendiğinde iletişim ve ilişki yönetimi kaynaklı sorunların açık ara önde olduğu görülmektedir. Öte yandan acil tıp özelinde etik kodların gözden geçirilmesi ve mevzuatın gereklerine uygun bir sağlık iletişimi gereklidir. Profesyonellik, mesleki yükümlülükler, mahremiyet, gizlilik, özerkliğe saygı, bilgilendirilmiş rıza, hasta-hekim ilişkisi, dokümantasyon, varsayılan rıza, karar verme yetisi, tedavi kabulü ve reddi, yaşam sonu kararları, medikolegal sorunlar gibi kısıtlı zaman ve aşırı kalabalık ortamda acil sağlık hizmetlerinin, kişiler arası iletişim temelinde etik ve hukuki sorunları bulunmakta ve iletişim zemininde çözüm beklemektedir.

Acil serviste görev yapan hekim ve hasta-hasta yakını zıt kutuplar değildir, aksine üstlendikleri yükümlülük ve sorumluluklar gereği sağlık hizmeti sunumunun başarıya ulaşmasında tamamlayıcı rollerdir. Acil tıp etiği ve hukuku kapsamında güncel birçok sorun pratikte hemen her gün karşımıza çıkmakta, çözüm yollarından önemli bir tanesi olarak sağlık iletişiminin ise tartışılmaya, geliştirilmeye ve tam manasıyla uygulanmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Çamcı, Melih. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'ne (SABİM) Yapılan Hastane Acil Servislerine Yönelik Başvuruların Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, 2019.

Kaynakça

1. Çamcı, Melih. Acil Durumlarda Bilgilendirilmiş Rıza. Bilgilendirilmiş Rıza. Ankara: Yetkin Yayınları, 2020.
2. Çamcı Melih, Özcengiz Dilek. Etik ve Legal Sorunlar, Onam Alınması. Geriatrik Anestezi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2020.

SAĞLIK PERSONELİ-HASTA İLETİŞİMİNİN TEMEL AHLAK FELSEFESİ KURAMLARIYLA ANALİZİ

Nuray GÜNEŞ
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Doktora Programı
nuray.gunes@sbu.edu.tr

Sağlık hizmeti sunumunda, hastalığın ortaya çıkardığı kaotik durum içerisinde yer alan hasta ile alanında profesyonel eğitim almış olan sağlık personeli arasındaki iletişim, tedaviye giden süreçte en önemli faktörlerden biridir. Sadece iletişimi düzeltip ahlaki sınırlar içerisine çekebilmek bile çoğu olumsuz durumun ortadan kalkmasını sağlayabilmektedir. Bu çalışmada iletişimin, temel ahlak felsefesi yaklaşımlarıyla ele alınarak özelde sağlık alanında genel anlamda ise iyi olma halinin ortaya çıkmasındaki öneminin vurgulanması amaçlanmaktadır.

Temel ahlak felsefesi kuramları; erdem etiği, ödev etiği ve sonuçsalcı etik kuramdır. Eylemi gerçekleştiren özne, eylemin kendisi yani temel ilkesi ve eylemin sonuca göre şekillenen bu yaklaşımlar bağlamında sağlıkta iletişim kavramı ele alınmıştır.

Tıp kurumu; profesyonelleri aracılığıyla dürüstlük, adalet, güvenilir olma, saygı duyma, ayrımcılık yapmama, sır saklama gibi erdem olarak ifade edilen davranışları uygulama sözünü toplum huzurunda vermiş bulunmaktadır ve bir mesleki ahit olarak görmektedir. Meslek icrası sırasında gerek sözlerle gerekse beden dili ve ses tonuyla kurulan iletişim, bahsedilen erdemli davranışların sergilenmesinde önemli rol oynamaktadır. Ahlaki davranışın özneye yüklendiği erdem etiği temelinde, sağlık çalışanı ne kadar erdemli olur ise etik eylem o nispette artmaktadır. Temel ahlak felsefesi kuramlarından bir diğeri olan ödev etiğinde ise önemli olan eylemin temelinde yatan ilkelerdir. Kelime anlamı "ehil olma, işi iyi bilme" olan tıbbın temeli, iyilik halini sağlama ve tedavi etmedir. Sağlık çalışanlarının iyi bir iletişimde bulunmaları görevleri gereği olmaktan ziyade genel anlamda ödevin ödev olabilmesini sağlayan yani tıbbın tıp olması sağlayan unsurlardandır. Diğer bir ahlak felsefi kuramı olan sonuçsalcı yaklaşıma göre; etik davranış en fazla sayıdaki insan için en fazla yararı sağlayan davranıştır. Bu yaklaşım çerçevesinde doğru bir iletişim hem hasta açısından iyi olma halinin sağlanması hem de sağlık personeli açısından birinin iyileşmesine katkıda bulunma, görevin yerine getirme gibi iyilik halleri ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık çalışanları bakımından iyi bir iletişimin, yukarıda belirtilen ahlaki temellendirmelerle ele alınarak hasta odaklı olmaktan ziyade ahlaki bir davranış olarak benimsenmesinin mevcut iletişim kurallarına bir ek olarak katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

SIĞINMACI ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KATILIM DÜZEYİ İLE İLETİŞİM BECERİSİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sümeyye BELHAN ÇELİK
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi
sumeyye.belhancelik@sbu.edu.tr

Giriş:Göç olgusunun ortaya çıkardığı iki sonuçtan birincisi göç edenler insanlar açısından, ikincisi ise göç alan bölgede yaşayan insanlar açısından yaşanan sonuçlardır. Bunun yanında sosyal uyum süreci gibi konular her iki grubu da etkilemektedir. Göç eden bireylerin yeni yerleştikleri bölgelere sosyal açıdan adapte olma süreçleri, göç alan bölgedeki insanların sığınmacı ya da mülteci bireyleri kabul etmeleri ve göç eden bireylerin de yer değiştirerek yerleştiği toplumu benimsemeleri belli bir zaman almaktadır. Göç eden sığınmacı ya da mülteci bireyler açısından ele alındığı zaman bu sürece bağlı olarak yaşanan göç öncesi, göç sırası ve göç sonrasındaki travmatik olaylar; göçe maruz kalan bireylerde bazı mental problemlerin ve stres bozukluklarının ve bu bozuklukların günlük yaşamdaki aktivitelere yansıması olan katılım kısıtlılıklarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Aktif toplumsal hayatın içerisinde olan ve katılım kısıtlılığı yaşayan öğrencilerin sosyal ve iletişim becerileri etkilenmektedir. Amaç: Bu çalışmada sığınmacı üniversite öğrencilerin katılım düzeyinin iletişim becerilerine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 21 kadın, 23 erkek olmak üzere yaş ortalaması 19,56±1,47 olan 44 öğrenci katıldı. Katılımcılara sosyodemografik bilgi anketi, Katılım Ölçeği ve İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) uygulandı. İstatistiksel analizinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Sığınmacı öğrencilerin tamamının aktivite katılımlarının çeşitli düzeylerde sorun yaşadıkları (ort. 27,17±14,48) (min. 13- max. 58) tespit edildi. İletişim becerileri ortalamalarının 93,21±21,90 olduğu görüldü. Bireylerin katılım düzeyleri ile iletişim becerileri (p=0.000, r=-0.830) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü ilişki olduğu bulundu.

Sonuç: Literatürde yer alan araştırma bulguları da göç eden bireylerde yaşadıkları travmalara bağlı olarak çeşitli mental sağlık sorunlarının veya sosyal iletişim problemlerinin görüldüğünü desteklemektedir. Bireylerin iyi olma halinin bir göstergesi olan katılım düzeyi ise işlevsellik için oldukça önemlidir. Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için motor, süreç ve psikososyal (iletişim dahil) becerileri içeren okul temelli performans becerilerini geliştirici uygulamalar çocuk ve gençlerin akademik başarıları için oldukça önemlidir. Ergoterapi uygulamaları arasında yaygın olarak kullanılan modellerin başında okul temelli ergoterapi uygulamaları gelmektedir. Uygulanan programlar ile çocuk ve gençlerin bu uygulamalarla katılım düzeyleri arttırılmalı ve sosyal, duygusal, bilişsel, davranışsal ve kişilerarası becerileri geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: sığınmacı; katılım; iletişim; ergoterapi

SİNEMA FİLMLERİNİN SAĞLIK SORUNLARIYLA MÜCADELE EDEN BİREYLERİN MOTİVASYONUNA ETKİSİ: "MUCİZE" FİLMİ ÜZERİNDEN BİR İNCELEME

Sıla CİHAN
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema ve Televizyon Yüksek Lisans Programı
silacihan12@gmail.com

Çalışma sinema filmlerinin izleyiciler üzerindeki motivasyonunu "Mucize" filmi üzerinden ele alacaktır. Ele alınan filmin konusuyla doğru orantılı olarak, sağlık sorunları ile mücadele eden bireylerin motivasyonunu nasıl etkilediği araştırılacaktır. Bu doğrultuda kişilerin yönelimleri ve filmde ele alınan konuyu hayatlarına entegre etmede tesiri olup olmadığı araştırılacaktır.

Ele alınan filmde incelenecek nokta, fiziksel engelli olan bir gencin mücadelesi olacaktır. Filmde konunun işleniş şekli, devamında gelişen olaylar ve sonucunda kişinin iyileşmesi üzerinden filmlerdeki motivasyonun izleyiciyi nasıl etkilediği incelenecektir. Sinema filmleri birçok kitleye hitap ettiği, etkilediği ve aynı zamanda düşünceleri değiştirmede etkili olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda "Mucize" filminin verdiği mesajın, fiziksel engelli insanların mücadelesine olumlu bir şekilde etki edileceği varsayılmaktadır. Yaşanan sağlık sorunlarının hayatı sınırlandırmak yerine mücadelenin baki olması gerektiği ve çabalamaktan vazgeçilmemesi gerektiği mesajı verilmektedir. Bu doğrultuda sinema filmlerinin sağlık sorunlarıyla mücadele eden bireylerin motivasyonunu nasıl etkilediği ve bireylerin hayatlarına yön vermede nasıl katkılar sağladığı araştırılacaktır.

Çalışma, hayatlarında bedenen ve ruhen birçok sorunla mücadele eden bireylerin gerek toplum baskısı, gerek dışlanma ya da kabul görmeme korkusuyla bireysel motivasyonlarını kaybetmeleri ve hayatlarının olumsuz yönde etkilenmesi söz konusu olabilmektedir. Bu doğrultuda bireylerin sinema filmlerinin bireylerin sağlık sorunlarına olan etkileri, motivasyonlarını nasıl etkilediği ele alınacaktır. Bu doğrultuda filmlerde konuların işleniş biçimi de incelenecek ve olumlu olumsuz etkileri ele alınacaktır. Bulgular sonucunda filmlerin konuları nasıl işlediği ya da işlemesi gerektiği, birey motivasyonlarına göre nasıl ele alınacağı konusunda da sektöre katkı sağlayacaktır. Sonuçta bireylerin izleme deneyimleriyle motivasyonlarını olumlu yönde değiştirmesi amaçlanacaktır.

Kaynakça

1. 1990 Sonrası Türk Sinemasında Hastalık Temsilleri" Doğan AYDOĞAN, Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi, Mart 2018, Cilt/ 6, Sayı/ 1
2. Kültürel Farklılık Açısından Delilik Olgusu (Amerikan ve Türk Sinemasına Yansıması) Erhan HANCIĞAZ, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 24 (Aralık Özel Sayı) , 313-329

SİNEMADA ALZHEİMER HASTALIĞI

Zahra MIRRZA
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema ve Televizyon Yüksek Lisans Programı
uzvfoto@gmail.com

Günümüzde filmlerin bireylerin ve toplumun görüşlerini etkilemede büyük paya sahip olduğu ve bilgi aktarımında önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Ruh sağlığı alanında filmler birçok hastalığın tedavisi için kullanılmaktadır. Literatürde film ve filmlerin sadece hastaları tedavi etmek için değil aynı zamanda hemşirelerin psikolojik eğitimi için de kullanıldığı görülmektedir. Demansın en yaygın türlerinden biri olan Alzheimer hastalığına sahip kişilerin bakım verenlerinin psikolojik ve sosyal desteğe ihtiyaç duyduğuna ve filmlerin birçok olumlu etkisi olacağına ve psikolojik eğitim yoluyla onlara içgörü kazandıracağına inanılmaktadır.

Bu hastalık her yıl daha fazla insanı etkiliyor. Bu hastalıklardaki uzmanlar, hastalıkla ilgili konuların dürüst ve doğru bir şekilde açıklanmasının önemine işaret ediyor. Elbette bu uzmanların bu konudaki görüşleri, iyi bir filmin ne olması ve ne olmaması gerektiği konusundaki görüşleri birçok film eleştirmeninden farklıdır. Film endüstrisi genellikle Alzheimer hastalığını nicel bir şekilde tasvir etmez. Ancak bazı filmler günümüz toplumunda bu sorunları çözmeye çalışmaktadır.

Bize "her şeyi unutuyor" gibi görünse de aslında hastalar çoğu zaman kendi durumlarını anlarlar, bu durumda olmaktan nefret ederler ve bu çaresizliği fark etmezler, kalan zihinsel kapasitelerini tekrar unutmak için kullanırlar. Bazen kim olduğumuzu hatırlamazlar ve bizi hatırladıklarında hayata gücendikleri için susarlar. Geri kalan zamanlarda ise kendilerine zarar verdiklerini veya tuvalete gidemediklerini düşünüyorlar, önlem alındığını düşünüyorlar, bu önlemlerden dolayı onları kınıyoruz

Ama itiraf etmek gerekirse en beteri bunlar değil. Karşımızda güzel bir hayat geçirmiş, artık hayatının sonuna gelmiş, deyerli yaşantılar ve tatlı hatıralar biriktirmiş birinin bütün bunları hatırlamaması sanki hayatının ondan çalınmış olması gibi bir acımasız düşünce uyandırıyor.

Sinema toplumunun bakış açılarını ve tutumlarını oluşturmak, güçlü bir etki iletişim aracıdır .Özellikle kurmaca filmlerin insanlar üzerinde büyük etkisi olabilir, Çünkü izleyiciler genellikle bilinçsizce belirli problemler veya hastalıklar hakkındaki bilgileri algılarlar. Filmin ruhu son zamanlarda arındırıcı özellikleri nedeniyle ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavisinde kullanıldığı bildirilmektedir.

Günümüzde ruhsal bozuklukların sağaltımında klasik terapi çeşitlerinin yanı sıra birçok farklı terapi yöntemi kullanılmaktadır. Bunlardan biri sinematerapi olup temelini biblioterapi oluşturmaktadır. 1930'lu senelerde ortaya çıkan biblioterapi terapi süresince yapıtların, kitapların ve bir hayli taşıtın iyileştirici bağlamda kullanılması olarak belirlenebilir.

Sinema filmlerinin ruhu arındırma özelliklerinden dolayı son zamanlarda psikolojik rahatsızlıkları olan şahısların rehabilitasyonlarında kullanılmaya başlandığı bildirilmektedir. Baruch 1990

tarafından ortaya atılan, seçilmiş filmlerin izlenmesi ve araştırılmasını kapsayan terapötik bir teknik olarak belirlenmektedir.

Bu yöntem özellikle filmleri şuurlu ve dikkatli bir şekilde izleyen ve bilmeye sarih hastalar için bir iyileşme taşıtı olabilmektedir. Filmler aynı zamanda izleyicilerin gidişatları hakkında içgörü kazanmalarına da takviyeci olmaktadır. Bu güzergahta, filmler hastaların psikoeğitim süreçlerinde de ehemmiyetli bir yer yakalamaktadır.

Hastalığı ilk tanımlayan, Alois Alzheimer isimli Alman nöropsikiyatristidir. 1902 yılında, 51 yaşındaki Auguste Deter isimli hasta, eşi tarafından ilerleyici unutkanlık ve davranış bozukluğu nedeniyle Dr. Alzheimer'a getirilir. Hastayı muayene eden ve takip eden Dr. Alzheimer, 1906 yılında hastanın ölümünü takiben otopsi yapar.

Aldığı beyin örneklerinde hastanın korteksinde incelme, hücreler içinde ve çevresinde farklı birikimlere rastlar. Plak ve lif tanımlarını yapan Alzheimer'ın bu buluşu daha sonraki yıllarda tıp kongrelerinde sunulur ve Alzheimer hastalığı olarak bilinir.

Sinema filmlerinin hastalar üzerinde faydalı ve pozitif tesirleri olduğu gibi, hastaların bakım verenleri üzerinde de bereketli olacağı ve bakım verenlere psikolojik destek sağlama emeli ile sinema filmlerinin kullanıla bileceği düşünülmektedir .

Demans başta hafıza olmak üzere zekasal işlevlerin ilerleyici şekilde bozulduğu, değişik sebeplerle ortaya çıkan bir bozukluktur. Tüm dünyada 50 milyon demans hastası olduğu ve her sene 10 milyon yeni vakanın ortaya çıktığı bildirilmektedir. Dünya çapında yaşlı insanlar arasındaki engelliliğin ve bağımlılığın başlıca nedenlerinden biri olan demans önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Demans sadece hastalar üzerinde değil, aynı zamanda bakım verenleri, aileleri ve toplum üzerinde de fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik bir etkiye sahiptir. Alzheimer Hastalığı en sık görülen demans nedeni olup tüm dünyada 30 milyondan fazla Alzheimer hastasının varlığından söz edilmektedir. Her ne kadar yaşlı bireyleri etkilese de demans/Alzheimer Hastalığı sağlıklı/normal yaşlanmanın sonucu değil, bir hastalıktır (Özel-Kızıl & Turan, 2014; WHO, 2017)

Beyin hücrelerinin zamanla ölümüne bağlı olarak hafıza kaybı, bunama (demans) ve genel anlamda bilişsel fonksiyonların azalması şekilnde gelişen tıbbi durum Alzheimer hastalığı olarak adlandırılır. Nörolojik bir hastalık olan Alzheimer aynı zamanda en yaygın görülen demans türüdür. Hastalığın bulunduğu kişilerde beyinde beta amiloid plaklarının görülmesi söz konusudur. Başlangıç evresinde yalnızca basit unutkanlıklarla kendini belli eden hastalık, zaman geçtikçe hastanın yakın geçmişte yaşadığı olayları unutmasına ve aile fertleri ile yakın çevresini tanıyamamasına kadar ilerleyebilir. Hastalığın daha ileri evrelerinde ise hastalar temel ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanarak bakıma muhtaç duruma gelir.

Bu bilgiler doğrultusunda planlanan çalışmada Alzheimer Hastalığı ile ilgili yapılmış belli başlı filmlerin bu hastalığı ne derecede doğru biçimde yansıttıklarının ve hasta yakınlarına yönelik destekleyici öğeler içerip içermediklerinin bu alanda çalışan profesyonellerce değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu

sayede, ileride bakım verenlere yönelik olarak uygulanacak psikososyalmüdahalelerde yararlanmak üzere uygun filmler seçilip önerilebilecekti.

Hasta ve yakınlarına uygulanan terapi programlarında sinema filmlerinin kullanılmaları önerilmektedir (Berg-Cross, Jennings & Baruch, 1990; Sharp, Smith & Cole, 2002). Bu çalışmada Alzheimer hastalığı ile doğrudan ilişkili bulunan sinema filmlerinin içerik yönünden alanda çalışan profesyoneller tarafından incelenmesi ve bakım verenlere yönelik uygulanacak psikososyal müdahale[1]lerde kullanılmak üzere uygun filmlerin seçilmesi hedeflenmiştir. Çalışma sonuçları Still Alice (2014), Iris (2001) ve Memories of Tomorrow (2006) filmlerinin bu müdahalelerde kullanılabilecek en nitelikli filmler olduğuna işaret etmektedir. Elbette ki hiçbir kurgusal yapıt tam anlamıyla gerçekleri yansıtmayacak, hasta ve bakım verenlerin ilişkilerine ayna tutmayacaktır. Ancak burada amaçlanan bu sinema filmlerinin psikososyal müdahale sürecinde bakım verenlerde emosyonel tepki oluşturma, katarsis sağlama, içgörü kazandırma vb. konularda destekleyici birer öğe olarak kullanılmasıdır. YSAD-EIRJ 2018 / 11(2):24-29

Çalışmaya dahil edilen A Moment to Remember (2004), Memories of Tomorrow (2006) ve Still Alice (2011) adlı üç filmde de gerçekte daha nadir görülen erken başlangıçlı Alzheimer Hastalığı ele alınmaktadır. Dolayısıyla bu filmler kurgusal açıdan gerçekle bağdaşmayan bir öğe içermektedir. Alzheimer Hastalığı sıklıkla yaşlılıkta görülen ve riski yaşla beraber artan bir bozukluktur. Dolayısıyla yaşlılıkta görülen birçok sorun (fiziksel kısıtlılıklar, emeklilik, başka tıbbi hastalıklar vb.) klinik tabloya eşlik etmektedir. Bu açıdan bakıldığında Pandora'nın Kutusu (2008) ve Iris (2001) filmlerinin kurgusal bakımdan daha çok gerçeği yansıttığı, bu nedenle psikoeğitim için daha az kafa karıştırıcı olabilecekleri düşünülmektedir. Yine de çalışmada göz önüne alınan diğer ölçütler bakımından sözü edilen filmlerin daha güçlü olmaları kurgusal gerçekliğin önüne geçmektedir.

Araştırmacılar birçok filmi demanslı hastaların bozulan yanları üzerinde dururken sağlam kalan yanları üzerinde durmamasından dolayı eleştirmişlerdir. Iris (2001) filminde hastanın içgörüsünün sağlam olmasına ve Away from Her (2006) filminin demansla uyumlu olmayan gerçekdışı öğeler barındırmasına dikkat çekmişlerdir. Zeilig (2013) de yaptığı çalışmada Iris (2001), The Notebook (2004), Away From Her (2005) ve The Iron Lady (2011) gibi filmlerin izleyici ile demans hastası arasındaki mesafeye nasıl eğildiğini tanımlamıştır. Araştırmacı bu filmlerin Alzheimer hastası olan bir kişiye kaygı ile yaklaşma, bakımverenlerin olumsuz durumlarına yoğunlaşma ve tıbbi yaklaşımı belirsiz ve anlaşılmaz gösterme eğiliminde olabileceklerini ifade etmiştir (Zeilig, 2013). Bastings'e (2009) göre Iris (2001) ve The Notebook (2004) gibi bazı filmler umutsuz kaybın trajik hikâyesini anlatmaktayken bazılarıysa daha çok o an yaşanan güzel anılara odaklanmaktadır. Buna karşılık Anderson (2010) Iris (2001) filmini empati, umut ve kabul duygularını doğuran bir film olarak tanımlamıştır. YSAD-EIRJ 2018 / 11(2):24-29

Yukarıda vurguladığım gibi Alzheimer hastalarını tedavi etmek karmaşık bir iştir. Bu temaya değinen filmlerin çoğu, sorunları gerçekten tam olarak ele almıyor. Ama bu filmlerde gerçek hayat hikayeleri var.

Driving Miss Daisy 1989 yapımı olan film Bruce Beresford'un yönetmenliğinde, başrolleri Morgan Freeman, Jessica Tandy ve Dan Aykroyd`un paylaştığı komedi ve dram türünde bir filmdir. Bayan Daisy Werthan zengin ve yaşlı bir kadındır. İyi bir hayat yaşamış olan Bayan Daisy, asla kendini zengin olarak görmemiş, fakir olduğu günleri de unutmamıştır. Yaşlanınca bir takım meseleler yaşayan ihtiyar kadına, işlerini halledebilmesi için bir sürücü tutulur. Şoföre ihtiyacı olduğunu düşünmeyen Daisy, bu yüzden reddeder. İşe başladıktan sonra da daimi olarak fırça attığı Hoke ile aralarında bir müddet sonra değişik bir arkadaşlık başlayacaktır. A Separation (2011) Nader'in Alzheimer hastası babasını bırakmayı reddetmesi üzerine boşanma davası açan Simin, dava talebi reddedilince anne babasının evine gider. Termeh ise babasıyla kalmaya karar verir.

Poetry (2010) Güney Kore draması ve senaryosunu kaleme alan kişi, aynı zamanda yönetmenlik koltuğunda da oturan sanatçı Lee Chang-dong olarak göze çarpıyor. Filmin ilginç bir hikayesi var; kentin yoksul mahallelerinden birinde Alzheimer hastalığının pençesinde kıvranırken, altmışlı yaşlarında şiir sanatı ile ilgilenen bir yaşlı kadının hikayesi beyazperde'ye aktarılıyor. Bu ihtiyarın zor yaşam koşulları arasında bu söz söyleme sanatı ile olan ilişkisi irdeleniyor.

Amour (2012) Michael Haneke tarafından yönetilen bir drama filmidir. 80'lerinde emekli ve eğitimli iki müzik öğretmeni olan Georges (Jean-Louis Trintignant) ve Anne (Emmanuelle Riva), ilerlemiş yaşlarına rağmen geride kalan ömürlerini huzur ve mutluluk içerisinde geçiren bir çifttir. Ayrıca kendileri gibi müzisyen olan kızları Eva (Isabelle Huppert), Avrupa'da onlardan uzakta ailesiyle yaşamaktadır. Yaşlı çiftin sakin hayatı bir gün Anne'in kriz geçirip, boyundan aşağısının felç olması ile altüst olur. Georges sevgili karısına elinden geldiğince iyi bakar ama onun da yapabilecekleri sınırlıdır. Üstelik Anne'in durumu git gide kötüleşmektedir. Georges çareyi en sonunda iki ayrı hemşire tutmakta bulur. Şimdi onca yıla yayılmış olan evlilikleri, bir kez daha bağlılık sınavı verecektir.

Wrinkles Ignacio Ferrares tarafından yönetilen (2011) yılı İspanyol animasyon filmidir. Nebreska Yönetmenliğini Alexander Payne'nin üstlendiği (2013) Amerikan yapımı komedi dram filmidir. Yaşı iyice geçmiş olan bir babanın piyangodan para çıktığını söylesede kimseyi inandıramaz. Oğlu istemesede babasıyla gelmeyi kabul eder ve Nebraska'ya doğru yolculuk başlar.

Yazımın sonunu beni gerçekten etkileyen Baba filmi ile bitirmek istiyorum. Baba (2020) yaşlılığı ile başa çıkmaya çalışan bir adamın hikayesini konu ediyor. 80 yaşında huysuz bir adam olan ve yaşlılığın etkilerini gün geçtikçe daha çok hisseden Anthony, bu süreçte yanında olmaya çalışan kızının tüm yardımlarını reddeder. Ancak zamanla Anthony'nin gerçeklik algısının sarsılmaya başlaması ve kızının da günlük olarak onu ziyaret edememesi üzerine bir yardımcı bulmak zorunlu hale gelir. Hafıza problemleri yaşayan Anthony, sevdiklerinden, kendi zihninden hatta gerçekliğinden şüphe duymaya başlar.

Alzheimer ile ilgili deneyimleri canlandıran film, televizyon belgeseli, tiyatro, anı, roman gibi eserler bu hastalıkla ilişkili önyargıların ortaya çıkmasına neden olabilmekle beraber, bu önyargılara meydan okuma ve tutum geliştirme gibi davranışsal değişikliklere de yol açabilirler. Zeiling'in (2013) ifade

ettiği gibi, demans ve demansla yaşayanlar hakkında hikâyeler anlatmak, filmler yapmak hem bireysel hem de toplumsal ölçekte kim olduğumuzu açığa çıkarmaktır. Demansı araştıran ve demans ile yaşayan insanlarla çalışan profesyoneller de bu kültürel anlatıların etkilerinden yararlanabilirler

Alzheimer tanısı almış bir hastanın yakını olmak, onun hayattaki en güçlü sesi olmak demektir. Ömrünün son yıllarını Alzheimer olarak geçiren bir hastaya yardımcı olmak zorlu bir yolculuktur. Hastalık ilerledikçe sevdiğiniz için kararları sizin almanız gerekmektedir. Bu süreçte size düşen görev ölüme yaklaşan yakınınıza en saygılı ve sevgili bir şekilde bakmaktır.

Kaynakça

1. Akyar, A. G. İ. & Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 16(3), 032-049.
2. Anderson, D. (2010). Love and hate in dementia: The depressive position in the film Iris. Int J Psychoanal, 91(5), 1289-1297.
3. Anderson, L. A., Day, K. L., Beard, R. L., Reed, P. S., & Wu, B. (2009). The public's perceptions about cognitive health and Alzheimer's disease among the US population: a national review. Gerontologist, 49(S1), 3-11.
4. Basting, A.D. (2009). Forget memory: Creating better lives for people with dementia. John Hopkins University Press.
5. Baştuğ, G. (2013). Aşk Asla Unutulmaz, A Moment to Remember, Psinema, Sinema ve Psikoloji EDergisi, 14, 11-13. Berg-Cross, L., Jennings, P., & Baruch, R. (1990). Cinematherapy: Theory and application. Psychotherapy in private practice, 8(1), 135-156.
6. Cape, G. S. (2003). Addiction, stigma and movies. Acta Psychiatr Scand, 107(3), 163-169.
7. Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry, 1(1), 16-20.
8. Gençöz, F. (2007). PSİnema. Ankara: HYB Yayıncılık.
9. Green, M. C., Garst, J., & Brock, T. C. (2004). The power of fiction: Determinants and boundaries. L. J. Shrum (Ed.), The psychology of entertainment media: Blurring the lines between entertainment and persuasion içinde (pp. 161-176). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
10. Gerritsen, D. L., Kuin, Y., & Nijboer, J. (2014). Dementia in the movies: The clinical picture. Aging Ment Health, 18(3), 276-280.
11. Hankir, A., Holloway, D., Zaman, R., & Agius, M. (2015). Cinematherapy and film as an educational tool in undergraduate psychiatry teaching: A case report and review of the literature. Psychiatr Danub, 27(Suppl 1), 136-142.
12. Hepburn, K. (2015). Still Alice, Gerontologist, 55(2), 328-329.
13. Kessler, E. M. & Schwender, C. (2012). Giving dementia a face? The portrayal of older people with dementia in German weekly news magazines between the years 2000 and 2009. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 67(2), 261-270.

14. Klin, A. & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. J Health Commun, 13(5), 434-449.

15. Lundquist, T. S. & Ready, R. E. (2008). Young adult attitudes about Alzheimer's disease. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 23(3), 267-273.

16. Marcos, M. L. M. (2005). Cerebral palsy in cinema. Journal of Medicine and Movies, 1(3), 66-76.

17. McParland, P., Devine, P., Innes, A., & Gayle, V. (2012). Dementia knowledge and attitudes of the general public in Northern Ireland: an analysis of national survey data. Int Psychogeriatr, 24(10), 1600-1613.

18. Meuser, T. M. & Marwit, S.J. (2001). A comprehensive, stage-sensitive model of grief in dementia caregiving. Gerontologist, 41(5), 658-670.

19. Özel-Kızıl, E. T. (2013). Aşk Asla Unutulmaz: Iris, PSİnema Dergisi, Sinema ve Psikoloji e-Dergi, 14, 8-1.

20. Özel-Kızıl, E. T. & Turan, E. (2014). Deliryum ve Demans. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ed. H. Dev rimci Özgüven, Ankara, (s. 275-287).

21. Pirkis, J., Blood, R. W., Francis, C., & McCallum, K. (2006). On-screen portrayals of mental illness: Extent, nature, and impacts. J Health Commun, 11(5), 523-541.

22. Segers, K. (2007). Degenerative dementias and their medical care in the movies. Alzheimer Dis Assoc Disord, 21(1), 55-59.

23. Sharp, C., Smith, J. V., & Cole, A. (2002). Cinematherapy: Metaphorically promoting therapeutic change. Couns Psychol Q, 15(3), 269-276.

24. Stout, P.A., Villegas, J., and Jennings, N.A. (2004). Images of mental illness in the media: Identifying gaps in the research. Schizophrenia Bull, 30(3), 543-561.

25. Solmuş, T. (2012). Sinemada Psikoloji: Anormal Davranışlar, Doruk Yayınları, İstanbul.

26. Van Gorp, B. & Vercruysse, T. (2012). Frames and counter-frames giving meaning to dementia: A framing analysis of media content. Social Science & Medicine, 74(8), 1274-1281.

27. Wedding, D., Boyd, M. A., & Niemiec, R. M. (2015). Sinema ve akıl sağlığı. (R. A. Aratan, Çev). Ankara: Kaknüs Yayınları.

28. Wedding, D. &Niemiec, R. M. (2003). The clinical use of films in psychotherapy. J Clin Psychol, 59(2), 207-215.

29. WHO (2017). Dementia.http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail dementia

30. Wu, A. Z. (2008). Applying Cinema Therapy with Adolescents and a Cinema Therapy Workshop. Master Thesis, East Bay: California State University.

31. Yazıcı, E., Ulus, F., Selvitop, R., Yazıcı, A. B., & Aydın, N. (2014). Use of movies for group therapy of psychiatric inpatients: Theory and practice. Int J Group Psychot, 64(2), 254-270.

32. Zeilig, H. (2013). Dementia as a cultural metaphor. Gerontologist, 54(2), 258-267.

SİNEMADA HASTALIKLI OLMA DURUMUNUN BİR MARJİNALLİK GÖSTERGESİ OLARAK KULLANILMASI: TRAINSPOTTING FİLMİ ÜZERİNE BİR İNCELEME

İhsan Tarık ÇELİK
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Radyo ve Televizyon Yüksek Lisans Programı
ihsan_tc@anadolu.edu.tr

Filmlerde temsil edilen hastalık, uyuşturucu bağımlılığı gibi durumların marjinalleştirilmesi izleyici kitlenin hastalık ve uyuşturucu bağımlılığı gibi durumlara olan ilgisinin artmasına neden olmaktadır. Hastalık durumunun ve uyuşturucu bağımlılığının filmlerde gerçek dünyada olduğundan farklı olarak "marjinal" bir temsille gösterilmesi özellikle gençler arasında marjinal olmak için hasta olmak veya uyuşturucu bağımlısı olmak gibi kanıların yerleşmesine neden olmaktadır. Buradan hareketle, izleyicinin filmleri bilinçli bir şekilde tüketmesinin sağlanması filmin toplum ve bireyler üzerinde yaratacağı olumsuz etkilerin önlenmesi adına önemli bir yere sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışma kapsamında filmlerin eleştirel bir gözle okunması, farkındalık eşliğinde izlenmesi ve tüketilmesi gereken medya ürünleri olduğunun vurgulanması ve izleyicinin bilinçlendirilmesi hedeflenmiştir.

Trainspotting filminde yer alan Sick Boy karakteri, göstergebilim yöntemi kullanılarak bir durum tespit çalışması yapılmıştır.

Çalışma kapsamında amaç kısmında da altı çizilen sinemanın izleyici üzerindeki etkileri Sick Boy karakteri üzerinden açıkça ortaya koyulmuştur. Karakterin filmde temsil edildiği davranış kalıpları, diyalogları ve filmdeki konumu hastalıklı olma durumunun marjinal bir durum olduğunu ortaya koymuştur. Yine filmin yayımlanmasından sonra kültürün endüstrileşmesi anlamında iyi bir örnek olan sick boy baskılı tshirt ve şapkaların geniş kitlelerce satın alınması ve alternatif gençliğin modası haline gelmesi yine filmde yer alan sick boy karakterinin izleyici üzerinde marjinalleşme aracı olarak etki bıraktığını gözler önüne sermiştir.

Gerek izleyici üzerinde bıraktığı derin ve güçlü etkiler gerek topluma yön verecek kadar gündem değiştirme yetkisi, sinemanın başlangıcından bu yana kendine biçtiği önemli roller arasında yer almaktadır. Kurgu sinema ve belgesel sinemalar gibi birbirinden ayrı iki uç örnek dahi izleyicilerde zaman zaman aynı şiddette etki yaratabilmektedir. İçerisinde bulundurduğu kodlar sayesinde izleyicinin kendisinden bir şeyler bulmasını sağlayan ve bilinçdışında yer alan metaforlara hitap eden sinema gündem belirleme (agenda setting) konusunda da oldukça önemli bir yer kaplamaktadır. Yönetmenin gözünden sinema aracılığıyla aktarılan karakter ve durumlar, kurgusal dahi olsa derin izler bırakmaktadır. Tıpkı Orson Welles'in yönettiği bir radyo tiyatrosunda anons edilen "Marslılar Dünya'yı işgale başladı" cümlesinin yarattığı kargaşa gibi sinema da toplum da derin algı değişikliklerine yol açmakta; zaman zaman gündem değiştirmektedir.

Amerikalı aktör Rock Hudson ile birlikte adını duyuran HIV hastalığı, Hudson'un başarılı ve döneminde popüler bir aktör olması nedeniyle marjinal hastalığı olarak algılanmasına neden olmuştur. Döneminde HIV hastalığının eşcinsel erkeklerde ortaya çıkan bir hastalık olduğu yönünde de ön yargı ve ayrımcı söylemler ortaya çıkmış olsa da İngiliz ve Hollywood sinemasında hasta olma durumunun bir marjinallik göstergesi olarak kullanılmasına yoğun bir biçimde rastlanmıştır. İngiliz yönetmen Danny Boyle tarafından çekilen ve 1996 yılında gösterime giren Trainspotting filminde Janny Lee Miller tarafından canlandırılan Sick Boy (hasta çocuk) karakteri dönemin genç kuşağı arasında etki yaratmıştır. Rock Hudson ile tanınan HIV hastalığının ayrımcı söylemlere maruz kaldığı dönemlerin aksine Trainspotting filminde Sick Boy karakteri ile "hasta olma" durumu; dolayısıyla marjinal olma durumu hastalığın marjinalleştirilmesi gibi bir sonucu da berberinde getirmiştir. Film gösteriminin ardından gelen dönem içerisinde hastalıklı olma kültürü, endüstrileşerek tshirt baskısı, kupa baskısı gibi tüketim materyallerinin üzerine basılmış, çok sayıda tüketici tarafından satın alınarak ve giyilerek marjinal kesimin modasını temsil etmiştir.

Filmlerde temsil edilen hastalık, uyuşturucu bağımlılığı gibi durumların marjinalleştirilmesi izleyici kitlenin hastalık ve uyuşturucu bağımlılığı gibi durumlara olan ilgisinin artmasına neden olmaktadır. Hastalık durumunun ve uyuşturucu bağımlılığının filmlerde gerçek dünyada olduğundan farklı olarak "marjinal" bir temsille gösterilmesi özellikle gençler arasında marjinal olmak için hasta olmak veya uyuşturucu bağımlısı olmak gibi kanıların yerleşmesine neden olmaktadır. Buradan hareketle, izleyicinin filmleri bilinçli bir şekilde tüketmesinin sağlanması filmin toplum ve bireyler üzerinde yaratacağı olumsuz etkilerin önlenmesi adına önemli bir yere sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

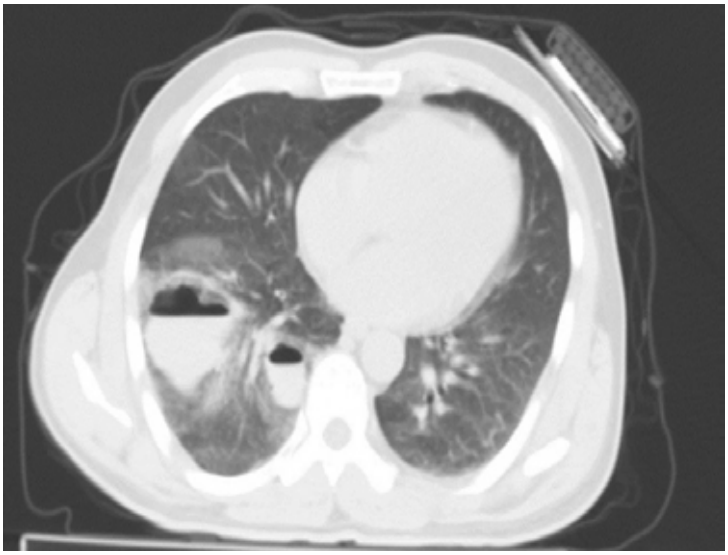
Bu çalışma kapsamında medya okur-yazarlığının önemi anlaşılmıştır. Zira yönetmenin gözünden deyim yerindeyse kinayeli bir yöntemle aktarılan sick boy karakteri izleyiciler tarafından marjinalleştirilerek tam tersi bir etki yaratmıştır. Filmde hasta çocuk (sick boy) karakterine yer verilmesi, hastalığın marjinalleştirilmesinden ziyade ayrımcı söylemlere maruz kalmasının önüne geçilmesi gibi bir amaç sonucunda gerçekleşirken filmin yaratmış olduğu etki sonrasında tam tersi bir etki yaratarak hastalığın marjinalleştirilmesi gibi bir duruma neden olmuştur. Bu durum da izleyicinin bilinçli olması ve kendisine sunulan her içeriği olduğu gibi tüketmemesi adına medya okur-yazarlığı eğitiminin önemini ortaya koymaktadır. Bu çalışma kapsamında medyada yer alan içeriklerin tüketilme şekli üzerine tekrar düşünülmesi sağlanmış, izleyicinin bilinçlendirilmesi açısından literatüre önemli bir katkı sağlamıştır.

SOLDA MULTİPLE KOT KIRIĞI SAĞDA TRAVMATİK PULMONER PSODOKİST

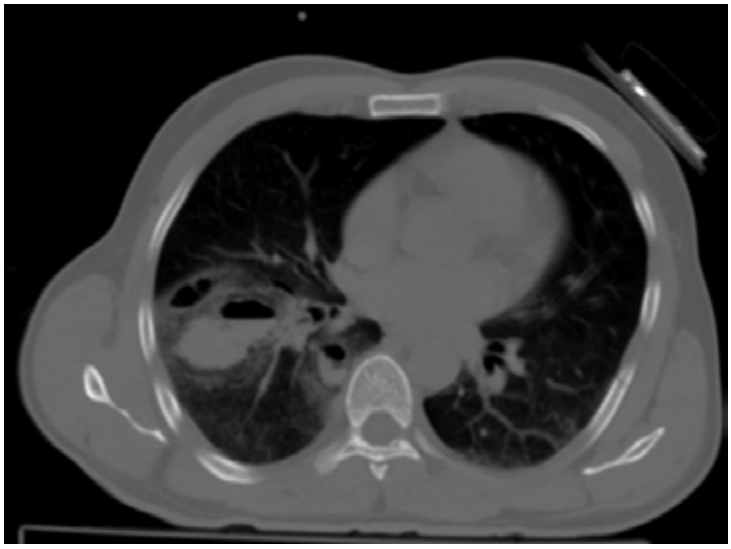
Serdar DERYA, *Seval DEMİR AYDIN*
Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp
dr.serdarderya@gmail.com

Künt veya penetran göğüs travmasından sonra görülen pulmoner psödokist çok nadir görülen bir komplikasyondur (1). Pulmoner psödokistler; içinde hava, sıvı veya kanla dolu, içi epitelle döşeli olmayan ve iyi sınırlı olan lezyonlardır (2). Yaklaşık yarısı hava sıvı seviyeli veya seviyesiz ince duvarlı hava boşlukları olarak görünür (3). Bu durum acil hekimleri tarafından aşina olunması gereken bir durumdur. Künt göğüs travmaları pulmonerlerde kontüzyon, hematom ve/ veya efüzyonlara sebep olabilir. Travma sonrası akciğerlerde görülen kaviter lezyonlarda mutlaka ayırıcı tanıda pulmoner psödokist yer almalıdır. Bilgisayarlı tomografi erken teşhis için çok önemlidir (1).

53 yaşında erkek hasta araç dışı trafik kazası (üzerinden traktör geçmiş) sebebiyle ambulans ile acil servise nakledildi. Hastanın daha öncesinden başka bir hastalığı mevcut değildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde bilinç açık, oryante ve koopereydi. Hastanın anizokorisi yoktu. Hastanın batın muayenesinde defans ve rebound mevcut değildi. Hastanın sol 3,4 ve 5. kotlarda hassasiyeti ve sağ akciğer alt loblarda akciğer sesleri azalmıştı. Hastanın laboaratuar tahlillerinde AST;225U/L, ALT;206 U/L değerinde saptandı. Hastanın çekilen batın bilgisayarlı tomografisinde karaciğer segment 5 ve 6 da hipodens laserasyon alanları izlenmekteydi. Sağ böbrek orta zonda korteksde minimal hipodens laserasyon alanı izlenmekteydi. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (Şekil 1; Şekil 2) sol tarafta 3 kot fraktürü ve alt zonlarda akciğer kontüzyon alanları mevcutken sağ akciğer alt zonda da travma sonrası oluşan psödokistleri mevcuttu. Hasta genel cerrahi ve göğüs cerrahiye konsulte edildi. Hasta takip amacıyla reanimasyon yoğun bakım ünitesine yatırıldı.



Şekil 1: *Travma Sonrası Sağ Akciğerde Pnömokist*



Şekil 2: *Travma Sonrası Sağ Akciğerde Pnömokist*

Travma sonrası pulmoner psödokistlerin kliniğinde komplikasyon olarak enfeksiyon ve kanama olabilse de genellikle kendi kendilerini sınırlarlar (4,5). Travma sonrası pulmoner psödokistler (TPP) en sık çocuklarda ve gençlerde görülür. Çünkü toraks elastiktir, viseral plevranın sağlam ve parankim kolayca yaralanabilir. Literatürde vakaların yaklaşık %85'i 30 yaşın altındaki hastaları içermektedir (1). Fakat bizim vakamız 53 yaşındaydı ve literatürdeki hastaların yaş ortalamasından daha büyüktü. Pulmoner yaralanması olan hastalarda kontüzyon ve pulmoner hematom gelişme sıklığına göre TPPler daha nadir görülür ve bu tarz yaralanması olan hastaların %3'ünden azında gelişir (2). Hastalarda akciğer parankiminin hasarına bağlı olarak hemoptizi, göğüs ağrısı ve öksürük olabilir ama bunlar TPP nin kendisine ait semptomlar değildir (6). Bizim vakamızda da bu semtomlar yoktu sadece nefes darlığı şikayeti mevcuttu. Fakat TPP ler bazen asemptomatik olabilir (7). Bilgisayarlı tomografi TPP nin tanısı, ayırıcı tanısı ve kistin yerini ve boyutunu daha net gösterdiği için posterior anterior grafiye göre daha üstündür (1). TPP'lerin çoğunluğu alt loblarda bulunurken, tekli veya çoklu, tek taraflı veya iki taraflı olabilir (4). Bizim vakamızda kistik lezyon sağ alt lobda ve tek taraflıydı. Aslında TPP'ler pozitif basınçlı ventilasyon ile büyüyebilir ve yetersiz ventilasyon nedeniyle hipoksemiye ve solunumun bozulmasına neden olabilir. Bu tür hastalarda video yardımlı torakoskopik cerrahi veya tüp dekompresyonlu açık torakotomi gereklidir (1).

Künt göğüs travması sonrası nadiren gelişen TPP, konjetital kistler, kitle, pnömoni sonrası gelişen pnömatosel ile karışabilir. Erken tanı için mutlaka bilgisayarlı tomografi çekilmelidir. Hastada daha sonra gelişebilecek enfeksiyon, sepsis gibi yaşamı tehdit edici komplikasyonların önüne geçebilmek için erken teşhisi önemlidir. Çoğunlukla cerrahi olmaya kendini sınırlayan bir lezyon olsa da bazen cerrahi gerektirebileceği unutulmamalı ve mutlaka kontrol akciğer grafileri enfeksiyon açısından takibi yapılmalıdır.

Kaynakça

1. Fagkrezos, D., Giannila, M., Maniatis, P., Papailiou, J., & Triantopoulou, C. (2012). Post-traumatic pulmonary pseudocyst with hemopneumothorax following blunt chest trauma: a case report. Journal of medical case reports, 6(1), 1-4.
2. Melloni, G., Cremona, G., Ciriaco, P., Pansera, M., Carretta, A., Negri, G., & Zannini, P. (2003). Diagnosis and treatment of traumatic pulmonary pseudocysts. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 54(4), 737-743.
3. De, A., Peden, C. J., & Nolan, J. (2007). Traumatic pulmonary pseudocysts. Anaesthesia, 62(4), 409-411.
4. De Dios, J. A., Paoletti, L., & Bandyopadhyay, T. (2009). A 27-year-old man with pleuritic chest pain and hemoptysis after a rugby game. Chest, 136(4), 1165-1167.
5. Das, S., Cherian, S. V., Bisen, N., Hamarneh, W. A., & Lenox, R. (2013). Pulmonary cystic lesions post motor vehicle accident: a rare occurrence. QJM: An International Journal of Medicine, 106(6), 581-582.
6. Athanassiadi, K., Gerazounis, M., Kalantzi, N., Kazakidis, P., Fakou, A., & Kourousis, D. (2003). Primary traumatic pulmonary pseudocysts: a rare entity. European journal of cardio-thoracic surgery, 23(1), 43-45.
7. Tomlanovich, M. C. (1983). Pulmonary parenchymal injuries. Emergency medicine clinics of North America, 1(2), 379-392.

THE HEALTH OF HEALTH NEWS IN THE TIME OF PANDEMIC: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Eray ÖNTAŞ[1], *Burcu ŞİMŞEK*[2], *Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ*[3]
[1]*Devrek District Health Directorate*
[2]*Hacettepe University, Faculty of Communication, Society and Communication*
[3]*Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Public Health*
erayontas@gmail.com

In the internet news media, which has a vital role in accessing health information needed by the individual and society due to its widespread use, health-related content that is prioritized according to parameters such as clicks, time spent on the page, and sharing is "marketed". Unethical practices may overshadow public health for the benefit of the public, despite the responsibility to the truth and the public. It is aimed to reveal the current situation regarding a social problem by analyzing the health-related content on internet news sites.

The data for this descriptive study were obtained by analyzing all the contents of internet news sites by RSS monitoring, in the week when the COVID-19 pandemic was declared in the world and the first cases were announced in Turkey (16.03.20-22.03.20). Convenience sampling was used pragmatically according to the literature and the aims of the study: The sites in the top five in the category of news/media from Turkey in May 2019, *sozcu.com.tr, hurriyet.com.tr, sabah.com.tr, milliyet.com.tr, haberturk.com* were selected as the mainstream media according to composite-indexes such as the most frequent visits and the most time spent by SimilarWeb; *amerikaninsesi.com, bbc.com/turkce, tr.sputniknews.com, dw.com/tr, bianet.org,* which are funded by foreign countries, were selected as alternative media. *ntv.com.tr* which is awarded in health communication as an example of good practice was also included in the sampling. Among all the content recorded online, health-related ones were examined via MAXQDA and IBM SPSS, according to 133 structural and thematic criteria in the data collection form, and 5% of randomly selected content was evaluated by other researchers to increase consistency. Chi-square test was used for mainstream-alternative media comparison (α=0.05).

Of the 846 health-related contents evaluated, the author/responsible person was not specified in 63%, and 23.2% were not based on a source. In opposition, 71.4% of them gave a recommendation to the reader. The difference between mainstream and alternative media's author/responsible disclosure status was statistically significant ($p<0.05$). 4.4% of the titles, an expression stimulating impulsivity (cure, exact solution, remedy, etc.) was used to increase clicks. The available references had internet connections in only 3.5%. In the thematic analysis of the contents, 65.5% of them were related to Combating Communicable Diseases, according to the 29 health-related Sustainable Development indicators. According to the Global Burden of Disease Cause Hierarchies, 63.3% were associated with non-communicable diseases; 13.6% with communicable diseases, maternal, newborn health

and nutrition-related diseases. According to the Global Burden of Disease REI Hierarchy, 33.6% were associated with environmental and occupational risks. In 31.2% of the contents, products and/or services were promoted in one or more groups (drug, treatment, therapeutic product, nutritional support, test, operation, research, procedure). While purposes and benefits were mentioned in almost all of the promoted content, alternatives were mentioned in 49.6%, risks and side effects in 31.1%, and "consult a doctor before use" recommendation was shared only in 14.5%.

It was determined that the author of the content and its competence, ethical and responsibility statement related to the subject were not given on any site as default. In the thematic analysis, credibility was sought by providing references only to scientific sources (3.5%) to meet the information needs of the contents parallel to the agenda. While creating content that directly affects the health of the community and the individual, standard criteria should be satisfied. The conformity of information to the evidence should be evaluated by competent authors and sources so that the media can show its historical role as a gatekeeper in the emergence of the truth.

THE USE OF ALCOHOL AND DRUGS IN CINEMA BETWEEN AWARENESS AND NORMALIZATION

Khalil ER-RAYANI
Anadolu University, Institute of Social Sciences, Master in Cinema and Television
khaliler-rayani@anadolu.edu.tr

Societies have always had a conflicted attitude towards drugs and alcohol which is characterized by fear on the one hand and curiosity on the other. Over the years, the escalation of popular culture tendencies regarding the use of drugs and alcohol opens the door to movies for the cinematic portrayal of this latter as a routinized normal act; despite the illegality and danger following it. Also, the users are often depicted as independent, rebellious, healthy and adventurous without any negative consequences - Decaprio as Jordan in The Wolf of Wall Street - and which generates interest in the behaviour itself. By doing so, movies about drugs and alcohol use have directly contributed to creating an atmosphere of confusion about this life-threatening behaviour to the audience. The purpose of this article is to identify rather the common display of alcohol and drug use in movies considered an act of awareness or permissibility.

This study will use a qualitative method approach to analyze a number of movies from the last decade, and in which these films prominently portray the use of alcohol and drug. The classification of the drug/alcohol user's display from each film will be in accordance with his or her social, psychological and economic situation so we can be aware of the overall situation surrounding the user, in addition to comparing these presentations with the actual facts.

Despite the efforts of many movies to spread awareness regarding the dangerous use of drugs and alcohol among audiences, the great majority of popular films remain irresponsible in terms of portraying these unhealthy acts so as to add dramatic tension to the story.

In mass media communication, Movies are considered a powerful medium to cultivate and influence the public, in other words, the misuse of its cinematic techniques in the presentation can be alarming, and the case of portraying drug and alcohol use is a great example to show us how a method that is not regulated and often criticized like advertisement can do the same work of this latter.

Kaynakça

1. Cape, G. S. (2003). Addiction, stigma and movies. Acta Psychiatrica Scandinavica, 107(3), 163-169.
2. Fitzgerald, J. (2010). Images of the desire for drugs. Health Sociology Review, 19(2), 205-217.
3. Gunasekera, H., Chapman, S., Campbell, S., Sex and drugs in popular movies: an analysis of the top 200 films,J R Soc Med 2005;98:464–470

4. Hecht, M. L., Corman, S. R., & Miller-Rassulo, M. (1993). An evaluation of the drug resistance project: A comparison of film versus live performance media. Health Communication, 5(2), 75-88.

5. Hirschman, E. C., & McGriff, J. A. (1995). Recovering addicts' responses to the cinematic portrayal of drug and alcohol addiction. Journal of Public Policy & Marketing, 14(1), 95-107

6. Iannicelli, P. (2001). Drugs in cinema: separating the myths from reality. UCLA Ent. L. Rev., 9, 139

7. PediatricsChildren, Adolescents, Substance Abuse, and the MediaVol. 126 No. 4 October 1, 2010 pp. 791 -799

8. Wills, T. A., Sargent, J. D., Gibbons, F. X., Gerrard, M., & Stoolmiller, M. (2009). Movie exposure to alcohol cues and adolescent alcohol problems: a longitudinal analysis in a national sample. Psychology of addictive behaviors, 23(1), 23.

TIP FAKÜLTESİ 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE OYUNLAŞTIRMA İLE İLETİŞİM BECERİLERİNE YÖNELİK VERİLEN EĞİTİM ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ezgi ÖZGÜN, *Selda YARDIM, Ömer GÜNDOĞDU, Yeşim ŞENOL*
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı
ezgi.ozgun@gmail.com

Giriş-Amaç

Günümüz tıp eğitimi, işbirliğine dayalı birlikte öğrenmeyi destekleyen, öğrenmenin ve öğrencinin merkeze alındığı bir sistemi hedeflemektedir. Tıp fakültesi mezunundan beklenen yetkinlik ve yeterlikler 2020 UÇEP'te belirtildiği üzere tıp eğitiminde 'iletişimci' kavramı önemli yetkinlik alanlarından bir tanesidir. Tıp öğrencilerinin meslek yaşamlarında karşılaşacakları sorunlarla baş edebilmelerinin, kendi eksiklerini ve öğrenme gereksinimlerini saptayabilmelerinin geliştirilmesinde alternatif küçük grup çalışma yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Bu çalışma temel iletişim becerileri eğitiminde küçük grup çalışmasında oyunlaştırma ve geribildirim ile öğrencilerin iletişim becerileri üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırmanın evrenini, 2019-2020 eğitim-öğretim dönemi Akdeniz Üniversitesi Tıp fakültesi 340 birinci sınıf öğrencisi oluşturmuştur. Öğrencilerle iletişim becerileri derslerinde oyunlaştırma yöntemi ile deneyimsel küçük grup çalışması etkinliği gerçekleştirilmiştir. Öğrencilere etkinlik öncesi çalışmanın amacı ve grup çalışması kuralları anlatılmıştır. Etkinlik sonrası öğrencilerden sözlü ve yazılı geribildirim istenmiştir. 340 geribildirimden 60 tanesi rastgele örneklem yöntemi ile seçilerek analiz edilmiştir. Veri analizinden temalar 5 farklı kavramsal kategoride gruplandırmıştır. Kavramsal kategoriler isimlendirilirken alan yazında yer alan araştırmalar referans alınmıştır.

Bulgular

Nitel verilerin analizi sonunda 5 farklı tema oluşturulmuştur.

(1) Empati: Ben bazen kırıcı olabiliyorum ve bunun ne kadar kötü olduğunu anladım. Kendimi ciddi anlamda karşıdaki insanın yerine koydum(K,201).

(2) Sözlü iletişim: Oyunu, bazı durumlarda insanların size nasıl dönüş verdiklerini ya da sizden nasıl geri dönüş aldıklarını ve bunlar yaşanırken sizin nasıl karşılık vermeniz gerektiğini aşılama amaçlı oynadığımızı düşünüyorum. Aynı zamanda oyunlaştırma yoluyla daha kalıcı hale geliyor(E,47).

(3) Etkin dinleme: Bu çalışma sayesinde doğru ve etkili iletişim kurmayı, karşımızdakini etkili bir şekilde dinlememiz gerektiğini kavradım. Onun sözünü kesmeden saygılı olmayı, konuşmaya

aktif katılım sağlamak gerektiğini, göz teması ve beden dilini etkin kullanmayı, bunların etkin bir iletişimin parçası olduğunu öğrendim(E,97).

(4) Sözsüz iletişim: Pratik güzeldi. Dinlemenin ve saygı duymanın önemini bir kez daha görmüş olduk. İletişimde her şeyin bir ölçüsünün olması gerektiğini de öğrenmiş oldum. Bu beceriyi kullanarak meslek hayatımızı çok kolay bir şekilde düzene sokabiliriz(K,34).

(5) Beden dili: Bu pratikte insanlara davranışlarımın onların yüzlerinde jest ve mimiklerinde değişiklikler oluşturduğunu gördüm. Başlığım gereği, benim söylediğim fikirler övüldü, gereğinden fazla değer gördü. Arkadaşlarımın bu davranışları yapay ve gerçek dışı geldi. İletişimde beden hareketlerinin karşılıklı diyalogların önemini daha çok anlamış oldum(E,76).

Sonuç

Öğrencilerin geri bildirimlerinin ışığında, konuların ve canlandırmaların daha da zenginleştirilmesi, geri bildirimin ders ve uygulamalara duyulan hoşnutluğu artırdığı düşünülmektedir. Öğrencilerin çok büyük kısmı pratik sonrasında iletişim hataları ve önyargılar ile ilgili farkındalıklarının arttığını belirtti. Hekimlik pratiğinde kullanılan iletişim becerilerini geliştirecek uygulamaların yaygınlaştırılması ve çeşitlendirilmesi eğitimin gelişimi açısından önem taşımaktadır. Bu becerileri kazanmış hekim adaylarının bilgi, beceri ve tutumları mesleki hayatlarına yansıtacağı düşünülmektedir.

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE DEPREM İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ VE GENEL ÖZ YETERLİLİK DURUMU

Sümeyye KARAKAYA[1], *Burak ŞENOCAK* [1], *Nefise ŞEKER*[2], *Meryem Merve ÖREN*[3]
[1]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi*
[2]*Yalova İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı*
[3]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
karakayasumeyye54@gmail.com

Deprem toplumda ciddi can ve mal kaybına sebep olan bir doğal afettir. Bu kaybı azaltmak için toplumun bilinçlendirilmesi önemlidir. Deprem açısından yüksek riskli bölgelerde yaşayanların deprem anında ve sonrasında yapılması gerekenler hakkında bilgi sahibi olması kendileri de dahil olmak üzere depremzedelere gerekli müdahalelerin uygulanması açısından fayda sağlayacaktır. Bu araştırmanın amacı deprem riski yüksek olan İstanbul'da yaşayan tıp fakültesi öğrencilerinin depremle ilgili bilgi düzeylerine geçmişte deprem eğitimi almalarının etkisini belirlemektir.

Kesitsel tipteki çalışmaya Ocak-Temmuz 2020 tarih aralığında tıp fakültesinde öğrenim gören ve katılmayı kabul eden 196 öğrenci dahil edilmiştir. Çalışmada sosyodemografik özellikleri sorgulayan sorulardan, Türkçe validasyonu yapılmış genel öz yeterlik ölçeği sorularından, deprem öncesinde, sırasında ve sonrasında yapılması gerekenlere yönelik Likert tipi bilgi sorularından (16 soru) ve önceki deprem deneyimleri ile bu konuda aldıkları eğitime yönelik sorulardan oluşan bir anket uygulanmıştır. Deprem bilgisine yönelik sorular değerlendirilirken kişilerin verdikleri toplam doğru cevap sayısı kullanılmıştır. Genel öz yeterlik ölçeği 10-40 puan arasında puanlanmaktadır. Yüksek puanların yüksek öz yeterlilik anlamına gelir. Verilerin istatistiksel analizinde linear-by linear association ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların %39,3'ü erkekti, %16,3'ü yurtta yaşamaktaydı ve %75,5'i (n=148) 2019 İstanbul depremi öncesinde deprem yaşamıştı. Öğrencilerin 110'u (%56,1) daha önce deprem ile ilgili herhangi bir eğitim almıştı. Bunun yanında %17,3'ünün deprem çantası vardı, %28,6'sının deprem planının mevcuttu ve %40,3'ü acil durum toplanma yerini biliyordu. Bu bilgi ve davranışlar deprem konusunda eğitim almış olanlar ile almayanlarda farksızdı. Genel öz yeterlik ölçek puanı daha önce deprem eğitimi alan grupta 30 (21-40) almayanlarda ise 29 (20-40) olarak belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (p=0,346). Deprem bilgi düzeyi sorularında eğitim alanların %71,8'i eğitim almayanların ise %55,8'i 14 ve daha fazla soruya doğru cevap vermişti. Doğru cevap verme oranları eğitim alanlarda almayanlara göre istatistiksel olarak farklı saptandı (p<0,001).

Çalışmamızda öğrencilerinin genel öz yeterliliklerinin yüksek olduğu ve deprem ile ilgili eğitim alan öğrencilerin deprem bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında alınan eğitimin davranışta bir değişiklik oluşturmadığı görülmüştür. Deprem konusunda tutum ve davranış değişikliği oluşturacak yöntemlerle eğitimler planlanması önemlidir.

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN COVID-19 ENFEKSİYONUNDAN KORUNMA İLE İLGİLİ FARKINDALIK, TUTUM VE DAVRANIŞLARI; KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Nurhan MEYDAN ACIMIŞ, *Nevzat Atalay ÇELİKYÜREK, Merve AKIN*
[1]Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye
nurhan88@hotmail.com

Dünya COVID-19 salgı ile mücadele etmektedir. Araştırma Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin COVID-19 enfeksiyonundan korunmaya yönelik tutum ve davranış düzeylerini saptamak amacı ile planlanmıştır.

Kesitsel tipte çalışmanın evrenini Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesindeki 1449 öğrenci oluşturdu. Bağımlı değişkenler; COVID-19'dan korunma ile ilgili tutum ve davranış özellikleri, bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, dönem, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikler, COVID-19 ile ilgili bilgi kaynakları, sağlık ve bilgi durumları idi. Veri toplama Mart 2021 döneminde Google anket metodu ile yapıldı. Anket formu; 10 soru tıp öğrencileri ile ilgili özellikleri, 7 soru COVID-19 ile ilgili özellikleri, 15 soru COVID-19 ile ilgili tutum, 12 soru da COVID-19 ile ilgili davranışlarını içermekte idi. Tutum ve davranış soruları 5'li Likert tip olup, puan olarak değerlendirildi. Alınan yüksek puanlar tutum ve davranış düzeyinin de yüksek olduğunu ifade etmekte idi. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 17.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı analizlerde; isimsel veriler sayı ve yüzde, sayısal verilerde ise ortalama, standart sapma gibi ölçütler ile hesaplandı. Sayısal verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Tutum ve Davranış puanlarının birbiri ve yaş ile karşılaştırılması Spearman korelasyon analizi ile yapıldı. COVID-19 enfeksiyonundan korunma ile ilgili farkındalık, tutum ve davranışların incelenmesi için Backward doğrusal regresyon analizi uygulandı. $p<0,05$ anlamlı kabul edildi. Üniversite etik kuruldan E-60116787-020-44860 sayılı etik onay alındı.

Araştırmamıza 698 öğrenci katılmıştır(%48,2).Yaş ortalaması 21,8±2,2 dir. %66,3'si COVID-19 ile ilgili bilgi edinme kaynağı olarak Sağlık Bakanlığı'nın web sitesi/sosyal medya hesaplarını göstermektedir. %61,8'i COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyini yeterli görmekte, %54,4'ü COVID-19 aşısı olduğunu belirtmektedir. Tutum puan ortalaması 54,99±5,17, davranış puanı ortalaması 50,64±6,06 dır. Doğrusal regresyon analizlerinde Tutum Puanını arttıran faktörler; kadın cinsiyet(B:0,757; p:0,038; %95 GA'da B:0,440-1,471), meslek örgütleri, uzmanlık derneklerinin web siteleri/sosyal medya hesaplarını bilgi alma kaynağı olarak kullanmak(B:0,981; p:0,011; %95 GA'da B:0,230-1,732), davranış puanı(B:0,355; p:<0,001; %95 GA'da B:0,297-0,412) ve COVID 19 aşısı yaptırmamak olarak saptanmıştır(B:1,177; p:0,001; %95 GA'da B:0,479-1,874). Davranış puanını arttıran faktörler; kadın cinsiyet(B:1,797; p:<0,001; %95 GA'da B:0,975-2,619), Tutum Puanı (B:0,455; p:<0,001; %95 GA'da B:0,377-0,534), DSÖ'nün web sitesini(B:1,261; p:0,006; %95 GA'da B:0,358-2,164), tıp kitapları,

dergileri ya da makalelerini bilgi kaynağı kullanmak(B:1,161; p:0,018; %95 GA'da B:0,199-2,123) ve COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyini yeterli olarak görmek olarak bulunmuştur(B:1,064; p:0,014; %95 GA'da B:0,220-1,907).

Araştırmamız tıp öğrencilerinin COVID-19 enfeksiyonuna karşı korunmaya yönelik tutum ve davranış puanlarının yüksek olduğunu ortaya koydu. Öğrencilerin tıp eğitimleri boyunca pandemiler konusunda teorik ders saatlerinin ve saha uygulama becerilerinin artırılmasını öneriyoruz.

TIP FAKÜLTESİ ÜÇÜNCÜ SINIF ÖĞRENCİLERİNİN "KÖTÜ HABER VERME" KONUSUNDA ALGILARI VE SİMÜLE HASTA ETKİLEŞİMİ GERİBİLDİRİMLERİ

Esra ÇINAR TANRIVERDI[1], *Mehmet Akif NAS*[2]
[1]*Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi*
[2]*Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi*
esracinart@yahoo.com

Kötü haber "bireylerin geleceğe bakışını ve gelecekle ilgili planlarını olumsuz etkileyen, ümit etme duygusunu yok eden, fiziksel ve ruhsal iyilik halini bozan her türlü haber" olarak tanımlanmaktadır (1-4). Kötü haber bir yaşam krizi olarak tarif edilmekte, kötü haber vermenin alıcı tarafa "hayatın sonu gibi" hissettirdiği bildirilmiştir (2).

Kötü bir haber almak hasta ve yakınları için zor bir durum olduğu kadar kötü haberi veren taraf için de zordur. Uygun bir şekilde verilmeyen kötü haberlerin alıcı taraf üzerinde ciddi yıkıcı etkisi ve sonuçlarının olabileceği bilinmektedir. Hastanın tedaviye uyumunun bozulması, alıcıda öfke ve şiddete yönelik davranışlar, malpraktis iddiaları, hekim hasta iletişiminin olumsuz etkilemesi, hastanın uyum yeteneğinin bozulması bunlar arasında sayılabilir. Kötü haber verme doktorlar için meslek hayatları boyunca en zor görevden biri olup, birçok kez kötü haber vermek zorunda kalacaklardır (5).

Kötü haber verirken, alan taraf üzerinde haberin kötü etkisini arttırmadan, haberi daha kötü hale getirmeden ve yıkıcı etkisini en aza indirgeyecek profesyonel tutum ve yaklaşımlar gerekmektedir. Bunun için tıp fakültelerinin müfredatlarında, iletişim becerileri eğitimleri kapsamında "kötü haber verme" becerisi de kazandırmaya yönelik eğitimlere yer verilmiştir.

Kötü haber verme becerisi eğitimlerinde didaktik dersler, örnek olgu analizleri, tartışmalar, küçük grup etkinlikleri, refleksiyonlar, simüle ve standardize hasta görüşmeleri, rol play gibi yöntemler kullanılabilmektedir. Bahsedilen yöntemlerin her birinin üstünlükleri ve kısıtlılıkları vardır. Bunlar arasında simüle hasta görüşmeleri gibi otantik ortamda, yaparak ve yaşayarak deneyimle öğrenme etkinliklerin öğrencilere iletişim becerisi kazandırılmasında daha başarılı olduğu bildirilmektedir (6).

Tıp öğrencilerinin kötü haber verme konusundaki görüş ve deneyimlerini ele alan çalışmalar sınırlıdır.

Bu çalışmada tıp fakültesi üçüncü sınıf öğrencilerinin kötü haber verme ile ilgili algı ve geribildirimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde, üçüncü sınıf öğrencileriyle yürütülen kesitsel bir çalışmadır. Eğitim programında iletişim becerileri ile ilgili dersler birinci sınıfta başlamakta, basitten karmaşığa doğru yapılandırılmış bir şekilde ilerlemektedir. Üçüncü sınıfta kuramsal dersler sonrası

öğrenciler bir simüle hasta ile önceden belirlenen bir senaryo dahilinde kötü haber vermektedir. Bu görüşme yapılandırılmış bir eğitim ve değerlendirme formu eşliğinde yapılmaktadır. Görüşmenin hemen sonrasında simüle hastalar tarafından öğrenciye anında geribildirim yapılır. Simüle hasta görüşmesinden sonra yapılan debrifing oturumunda ise hem eğitici, hem akranlar geribildirim verirken, görüşmeyi yapan öğrenciye de bir öz değerlendirme fırsatı sunmaktadır.

Üçüncü sınıfta olan, kötü haber verme becerisi kuramsal derslerine katılan ve simüle hasta ile görüşme yapan öğrencilerin tümü çalışma kapsamına alınmış, çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlanmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacıların literatürden yararlanılarak hazırladığı bir soru formu kullanıldı. Formda kapalı uçlu soruların yanında, öğrencilerin görüşlerini anlamaya yönelik açık uçlu sorulara da yer verildi.

İstatistiksel yöntemler

Veriler SPSS 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) istatistik paket programında analiz edildi. Kategorik veriler sayı ve yüzde, numerik veriler Ortalama±Standart Sapma olarak sunuldu. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki kare testi kullanıldı. Açık uçlu yanıtlar tematik olarak kategorize edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edildi.

Öğrencilerin yaş ortalaması 21.7 ± 2.86 (19-50) olup, %52.7'si (n=175) kadındı. Katılımcıların %87'si kötü haberin hastaya söylenmesi gerektiğini, %94.6'sı "kötü haber verme" ile ilgili eğitim alınması gerektiğini düşünüyordu. Eğitim programı sonrası öğrencilerin %59.9'u kötü haberi uygun şekilde verebileceğini belirtti (Şekil 1).

Şekil 1. Tıp öğrencilerinin Kötü Haber Verme ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar

Simüle hasta ile kötü haber verme deneyimi sonrası ne hissetikleri sorusuna öğrencilerin %27.8'i kötü haber vermenin ne kadar zor olduğu, %21.6'sı kötü/üzgün/çaresiz/gergin, %15.4'ü empatinin önemi yanıtını vermiştir. Öğrencilerin yanıtları Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Tıp öğrencilerinin simüle hastaya kötü haber verme deneyimi sonrası geribildirimleri

Kötü haber verme deneyimi sonrası ne hissettiniz	Sayı (n)	Yüzde(%)
Kötü haber vermenin ne kadar zor olduğunu anladım	90	27.8
Stresli/kötü/çaresiz/gergin/üzgün hissettim	70	21.6
Empati yapmanın önemini farkettim	50	15.4
Kötü haber vermek hem hasta hem doktor için çok zor	46	14.2
Kendimi doktor gibi hissettim	28	8.6
Konuya önem verilmesi gerektiğini fark ettim	16	4.3
Karşımdaki gerçek hasta olmadığı için gerçekçi hissetmedim	17	5.2
Doktorluğun ne kadar önemli bir meslek olduğunu anladım	6	1.8

Bu sonuçlar öğrencilerin açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlardan kategorize edilmiştir.

Kötü haberin söylenmesi ve kötü haber verebilme konusunda özyeterlik algıları bakımından kadın ve erkek öğrenciler arasında anlamlı fark yoktu (p>0.05). Tıp öğrencilerinin kötü haber verme ile ilgili eğitim alması konusunda ise erkek ve kadın öğrencilerin görüşleri arasında kadınlar lehine anlamlı fark vardı (p=0.02)(Şekil 2).

Şe**kil 2.** 2A) Kötü haber verme konusunda yeterlilik algılarının cinsiyete göre karşılaştırılması (p>0.05), 2B)Tıp öğrencilerinin kötü haber verme ile ilgili eğitim alması konusundaki görüşlerin cinsiyete göre karşılaştırılması (p=0.02)

Tartışma

Kötü haber verme tıptaki zor görüşmelerdendir. Kompleks bir iletişim becerisi ve eğitim gerektirmektedir (5, 7).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin tamamına yakını bunun farkında olup, tıp öğrencilerinin kötü haber verme ile ilgili eğitim alması gerektiğini düşünmekteydi. Doktorlarla yapılan bir çalışmada %42 sinin kötü haber verme becerisi ile ilgili bir eğitim almadıkları görülmüştür (8).

Öğrencilerin yarıdan fazlasının kötü haber verme konusunda kendisini yeterli hissettiğini söylemesine karşın, yaklaşık %40'ının kötü haberi uygun şekilde verebileceği konusunda kararsız kalması, daha fazla eğitim ve uygulamaya gereksinim duymaları ile ilgili olabilir. Simüle hasta ile yapılan kötü haber verme etkileşimlerinin arttırılması öğrencilerin konu ile ilgili yeterlik algılarına katkı sağlayabilir. Öte yandan, kötü haberin verilmesinin doğasında zor, karmaşık ve istenmeyen bir durum olması da, öğrencilerin kötü haberi verebilecekleri konusunda kararsız hissetmelerine neden olmuş olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin çok az bir kısmı da olsa kötü haberi uygun şekilde veremeyeceğini düşünenler vardı. Sonuçlarımıza benzer şekilde Bilgin ve ark.nın çalışmasında doktorların yarısına yakını kendini kötü haber verme konusunda yetersiz hissettiklerini bildirmişlerdir (8). Kötü haber verme ile ilgili daha fazla pratik yapılmasının öğrencilerin bu düşünceleri ve yeterlilik algıları üzerinde olumlu etkisi olabilir. Simüle/standart hasta görüşmeleri gibi deneyimsel öğrenme yöntemlerinin daha fazla kullanılmasının faydası olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu kötü haberin söylenmesi gerektiğini düşünmekteydi. Kötü haberin hastaya iletilmesi, Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, Türk Deontoloji Tüzüğü ve Hasta Hakları Yönetmeliğinde "bilgilendirme hakkı" kapsamında ele alınmaktadır. Bu doktorlar için hem yasal hem de etik bir sorumluluktur (9-11). Günümüzde hötü haberin hastaya verilip verilmemesi konusu değil, uygun bir şekilde nasıl verileceği tartışılmaktadır. Önemli olan bu haberin hasta üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirebilecek şekilde verilmesidir. Kötü haber verme konusunda alınacak eğitimin faydalı olduğu gösterilmiştir (12).

Simüle hastaya kötü haber verme deneyiminde öğrenciler, kötü haber vermenin zorluğunu ve empatinin önemini fark etttiklerini bildirmişlerdir. Kötü haber verme zor bir görevdir. Alıcı tarafın

ağlamak, inkar, öfke ve bağırıp çağırmaktan, donup kalmaya kadar değişen çok çeşitli tepkileri olabilir. Bu nedenle, hasta ve/veya yakını aldığı kötü haberin şoku ile baş etmeye çalışırken onunla empati kurup, anlamaya çalışmak çok değerlidir (5).

Araştırmamızda öğrenciler henüz gerçek hastayla karşılaşmamış olmalarına rağmen, simüle hasta ile kötü haber verme etkileşimi sonrasında empatinin önemini fark ettiklerini belirtmişlerdir. Empati "kişinin kendini bir başkasının yerine koyarak, olaylara onun gözünden bakabilmesi"dir (13). Hasta hekim iletişiminde empatinin çok önemli bir yeri vardır. Empatik bir yaklaşım kötü haber vermede iletişimi kolaylaştırıcı olup, sadece bir tutum değil, bilişsel ve duygusal boyutları olan psikolojik bir süreçtir (14, 15). Öğrencilerin empatik tutumlarını geliştirici uygulamaların en erken evrede başlatılması önemlidir.

Çalışmamızda öğrenciler kötü haberi almak kadar vermenin de zor olduğunu, empati yapmanın ne kadar önemli olduğunu, konuya önem verilmesi gerektiğini farkettiklerini bildirmişlerdir. Öğrencilerin simüle hasta ile yaşadıkları "Kötü haber verme" deneyiminin, öğrencilere tıbbın insancıl boyutunu daha açık bir şekilde gösterdiği söylenebilir.

Kadın öğrencilerin özyeterlik algıları ile erkek öğrencilerin algıları arasında fark yokken, konu ile ilgili eğitim verilmesi konusunda gruplar arasında kadınlar anlamlı lehine bir fark vardı. Daha önceki çalışmalarda kadınların iletişim, empati gibi konularda erkeklerden daha yüksek puanlar aldıkları gösterilmiştir (13, 15). Bu durum cinsiyet özellikleri ile ilgili olabilir.

Sonuç olarak "kötü haber verme"nin hem alan taraf, hem de iletici taraf için güçlükleri olup, haberin ağırlığından dolayı doğasında zor bir görüşme olacaktır. Bu nedenle, geleceğin doktorlarına uygun bir eğitimle kazandırılması gereken çok önemli bir beceridir. Kötü haberin hasta ve/veya yakınlarına en az yıkıcı olacak şekilde verilebilmesi için, iletişim becerileri eğitimleri kapsamında kötü haber verme becerisine de önem verilmesi, eğitim programında mutlaka yer alması, deneyimsel yöntemlerin arttırılması, eğitimlerin uygun tutum geliştirici etkinliklerle desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışma sonuçlarımıza göre, tıp fakültesi üçüncü sınıf öğrencileri kötü haberin hastaya söylenmesi gerektiğini, kötü haber vermenin hem alıcı hem verici taraf için zor bir deneyim olduğunu, empatinin önemli olduğunu ve tıp öğrencilerinin konu ile ilgili eğitim alınması gerektiğini düşünmektedir. Öğrencilerin yarıdan fazlası eğitimden sonra hasta ve yakınlarına kötü haberi uygun şekilde verebileceğini düşünmektedir.

Hasta ve yakınlarına kötü bir haberin verilmesi zor bir süreç olup kompleks bir iletişim becerisi gerektirir. Gerçek hasta ile karşılaşmadan önce tıp öğrencilerine kötü haber verme becerisinin kazandırılması önemlidir.

Kaynakça

1. Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C. Psychosocial problems secondary to cancer: An Italian multicentre survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. European Journal of Cancer. 2000;36(5):579-85.
2. Okyavuz UH. Ölcül Hastalık Tanısı Almak: Bir Yaşam Krizi Kötü Haber Verilmeli mi? Kriz Dergisi. 2003;11(3):29-35.
3. Türkmen S, Bayraktar T, Arslan G. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Zor Hasta Algısı ve İletişim Becerilerinin Belirlenmesi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017;4(1):27-38.
4. Buckman R. 2. Why Breaking Bad News Is Difficult. How To Break Bad News: University of Toronto Press; 2017. p. 15-39.
5. Çınar Tanrıverdi E. Tıpta Kötü Haber Verme. 2019.
6. Selda Y, Yeşim Ş. Kötü Haber Vermede İletişim Becerileri. Tıp Eğitimi Dünyası.17(53):60-8.
7. Atabay G. Kötü haber verme. In: Çınar Tanrıverdi E, editor. Tıp Eğitiminde İletişim Becerileri. 1. baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 40-4.
8. Bilgin G, Öztürk G, Şirin S. Kanser Tanısı Konan Hastalarda Kötü Haber Verme: Hekime Düşen Görev Journal of Istanbul Faculty of Medicine. 2008;71(1):22-6.
9. Bildirgesi L. 1981.
10. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi [Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf.
11. 12.11.2021 HHYhwmgtFGmmKmEt. Hasta Hakları Yönetmeliği [Available from: ttps://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4847&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5 . .
12. Amiel GE, Ungar L, Alperin M, Baharier Z, Cohen R, Reis S. Ability of primary care physician's to break bad news: a performance based assessment of an educational intervention. Patient education and counseling. 2006;60(1):10-5.
13. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. Medical education. 2002;36(6):522-7.
14. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. Jama. 2002;287(2):226-35.
15. Tanriverdi EC TK. The Effect of Education with Simulated Patient on the Empathy Attitudes of Medical Students: An Intervention Study Konuralp Medical Journal.in press.

TIP FAKÜLTESİ ÜÇÜNCÜ SINIF ÖĞRENCİLERİNİN ZOR HASTA ALGILARI VE EĞİTİMLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

Esra ÇINAR TANRIVERDI[1], *Mehmet Akif NAS*[2]
[1]*Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi*
[2]*Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi*
esracinart@yahoo.com

Klinikte tedaviyi zorlaştıran, sağlık çalışanını tıbbi açıdan zorlayan, çalışanların stres yükünü artırarak olumsuz duygulanmalarına neden olan hastalar zor hasta olarak tanımlanmaktadır (1). Zor hasta için sağlık çalışanları daha fazla emek verir, zaman harcar, istek ve şikâyetleriyle uğraşır (2). Yine de tıbbi açıdan doğru ve etkili sonuçlar alamayabilir (1, 2). Zor hastaların iyileşme süreçleri diğer hastalara göre uzamıştır, bu hastalar sağlık çalışanlarının tıbbi bilgi ve yeteneklerine karşı kuşkuludurlar (1). Hekimde öfke, suçluluk, nefret ve hatta depresyon gibi olumsuz duygular oluştururlar (3).

Hekimlerin birçoğu tıp fakültesine öğrenci olarak adım attıkları sırada tıbbi sorunları çözeceklerini ve hastaları tedavi edeceklerini düşünürler. Ancak, hastalarla karşılaşmaya başladıktan sonra tıbbi tedaviye engel olabilecek çeşitte hasta profilleriyle karşılaşmayı ummazlar (4). Hekimlerin klinik pratikte karşılaştığı hastaların %15 ila 60'ının zor hasta olduğu bilinmektedir (1, 5, 6). Hasta hekim arasındaki birçok sorun verilen hizmetin kalitesinden çok iletişim kaynaklıdır (7). Zor hastalarla iletişim kurmak kolay olmamakla birlikte, başa çıkma yöntemlerinin en önemlisi etkili iletişimdir (8).

Bu çalışmada tıp fakültesi dönem üç öğrencilerinin zor hasta algıları ve zor hasta yönetimi eğitiminden beklentilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmamız 02.03.2021 tarihinde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'de yapılmıştır. Kesitsel tipteki çalışmanın evrenini 2020-2021 döneminde üçüncü sınıfta olan 308 öğrenci oluşturmaktadır. Fakültemizde iletişim becerileri eğitimleri kapsamında üçüncü sınıf müfredatında "zor hasta yönetimi" ile ilgili iki saatlik kuramsal bir ders yer almaktadır. Öğrenciler teorik eğitim sonrası belirlenmiş zor hasta senaryoları üzerinden bir simüle hasta görüşmesi yapmaktadır. Araştırma "Zor Hasta Yönetimi" kuramsal dersinde, eğitimden hemen önce yapılmıştır. Derse katılan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve formu eksiksiz dolduran 230 öğrenci ile çalışma tamamlanmış, evrenin %74.7'ine ulaşılmıştır.

Araştırmada veri toplama formu olarak araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan yapılandırılmış bir form kullanılmıştır. Anketin birinci bölümünde sosyodemografik verilerden yaş ve cinsiyet sorulmuştur. İkinci bölümde öğrencilerin zor hasta algıları, zor hasta ile karşılaşıp karşılaşmadıkları, zor hasta ile başa çıkabilme durumları, zor hasta yönetiminde eğitimin gerekli olup olmadığı, iletişim ve çaba göstermeyi baş etme yöntemi olarak görüp görmedikleri, zor hasta yönetiminde yapılması gerekenler ile ilgili açık ve kapalı uçlu sorular sorulmuştur.

Anket sonuçları SPSS 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) istatistik paket programına girilerek istatistiki analizi yapılmıştır. Kategorik veriler frekans ve yüzde (%) olarak tanımlanmış, numerik veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde sunulmuştur.

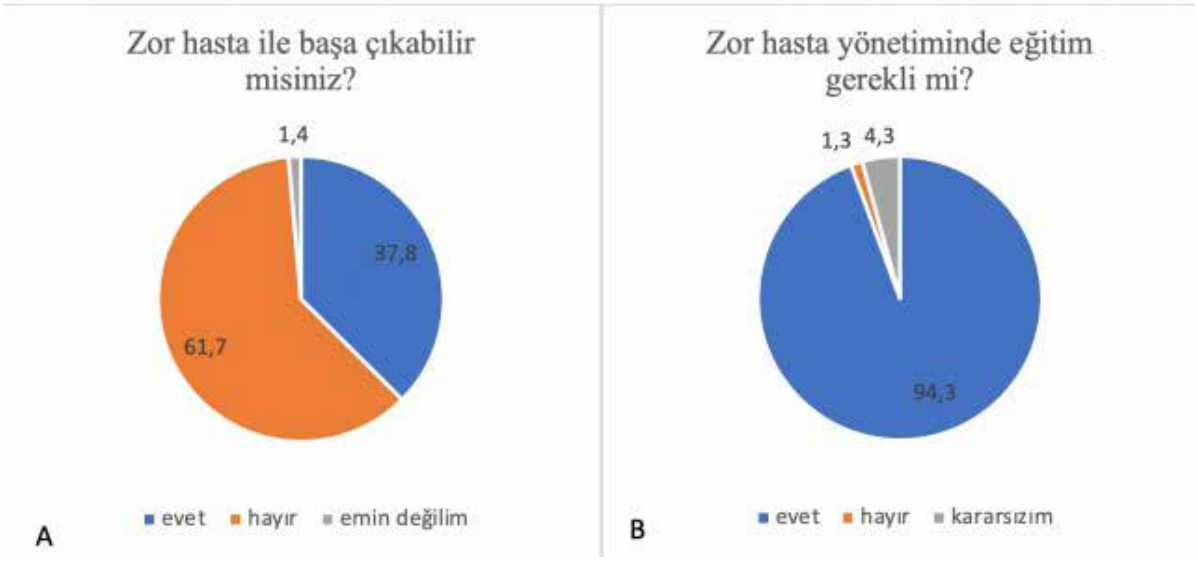
Öğrencilerin yaş ortalaması 21.40±2.07 yıl, katılımcıların %53'ü kadın (n=122), %47'i (n=108) erkek idi. Öğrencilerin %42.6'ı (n=98) zor hasta ile karşılaştıklarını belirtmiştir. Öğrencilerin %37.8'si (n=87) zor hasta ile başa çıkabileceğini düşünürken, düşünürken, %61.7'i (n=142) başa çıkabileceğinden emin olmadığını, %0.4'ü (n=1) zor hasta ile başa çıkamayacağını belirtmiştir (Şekil 1 A).

Öğrencilerin çoktan seçmeli soruya verdikleri cevapta zor hasta olarak tanımladığı hasta profili Tablo 1'de sunulmuş olup, en sık saldırgan ve tehditkâr (%28.7 (n=66)), öfkeli ve hırçın (%26.5 (n=61)), iletişim kurmayan (%15.2 (n=35)), tedaviyi reddeden (%12.2 (n=20)) hastalardı.

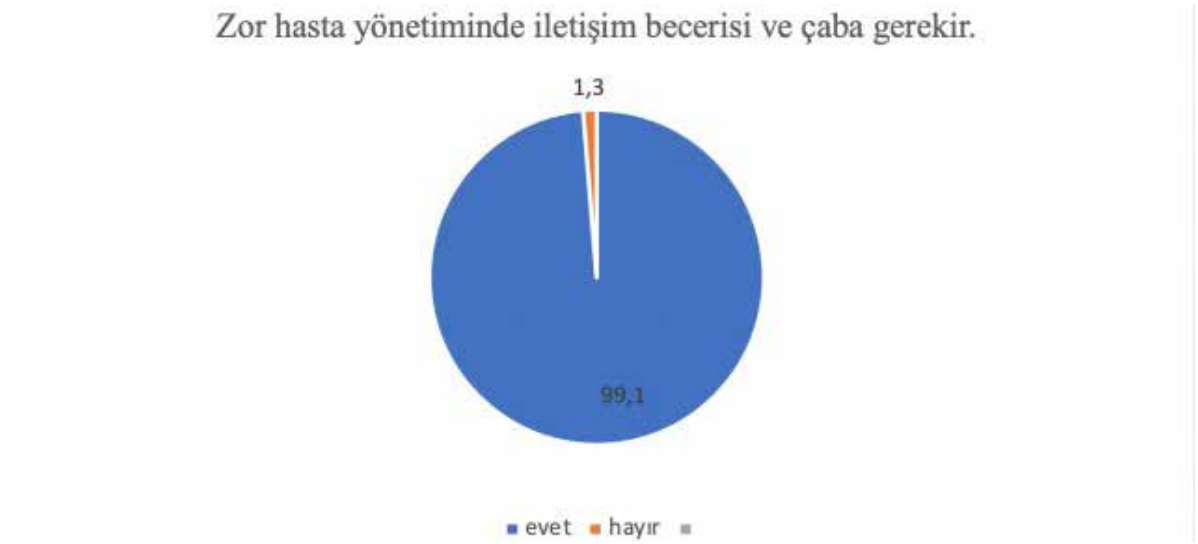
Tablo 1. Öğrencilerin zor hasta algıları

Zor hastayı yönetebilmek için ne yapılmalı sorusu çoktan seçmeli olarak sorulmuş, öğrenciler sakin kalmak (%29.1 ; n=67) cevabını en sık vermiştir. Sonra sırasıyla hastaya anlaşıldığı duygusunu göstermek (%19.6 ; n=45), profesyonel taraf olduğumuzu unutmamak (%17.8 ; n=41), çözüm üretmek (%10.4 ; n=24) ve hastayı sakinleştirmek (%8.7 ; (n=20) olarak yanıtlamışlardır (Tablo 1).

Öğrencilerin %94.3'ü (n=217) eğitimin gerekli olduğunu, %99.1'i (n=228) zor hasta yönetiminde iletişim becerisi ve çaba gerektiğini düşünmekteydi (Şekil 1B, Şekil 2).



Şekil 1. 1A) *Öğrencilerin zor hasta ile başa çıkabilme ile ilgili görüşleri, 1B)Öğrencilerin eğitimin gerekliliği konusunda görüşleri*



Şekil 2. *Öğrencilerin zor hasta yönetiminde iletişim becerisinin gerekliliği ile ilgili görüşleri*

Sizce "Zor Hasta" hangisidir?	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Saldırgan, tehditkar hasta	66	28.7
Öfkeli ve hırçın hasta	61	26.5
İletişim kurmayan hasta	35	15.2
Tedaviyi reddeden hasta	20	12.3
Huysuz inatçı hasta	18	7.8
Kural tanımayan hasta	15	6.5
Sürekli şikayet eden hasta	5	2.2
Psikiyatrik sorunu olan hasta	5	2.2
Madde, alkol bağımlısı hasta	1	0.4
Engelli hasta	2	0.9
Akli dengesi yerinde olmayan hasta	1	0.4
Klinik durumu ağır olan hasta	1	0.4
Öğrencilerin zor hasta yönetimi konusunda görüşleri	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Saldırgan, tehditkar hasta	66	28.7
Öfkeli ve hırçın hasta	61	26.5
İletişim kurmayan hasta	35	15.2
Tedaviyi reddeden hasta	20	12.3
Huysuz inatçı hasta	18	7.8
Kural tanımayan hasta	15	6.5
Sürekli şikayet eden hasta	5	2.2
Psikiyatrik sorunu olan hasta	5	2.2
Madde, alkol bağımlısı hasta	1	0.4
Engelli hasta	2	0.9
Akli dengesi yerinde olmayan hasta	1	0.4
Klinik durumu ağır olan hasta	1	0.4

Çalışma sonuçlarımız henüz klinik dönemde olmamasına karşın öğrencilerin yarıya yakınının zor hasta ile karşılaştığını göstermektedir. Klinik pratikte hastaların %15 ila 60 arasında değişen bir oranının zor hasta olduğu bildirilmektedir (1, 5, 6). Bu rakamlar klinik hekimlik yapacak tıp fakültesi mezunlarının hemen hemen hepsinin zor hasta ile karşılaşacağını göstermektedir. Öğrencilerin henüz preklinik evrede iken zor hasta karşılaşmış olması, zor hastaların sağlıkta şiddet gibi konularla gündem olması nedeniyle de olabilir. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde klinik dönem öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %92'si zor hasta ile karşılaştığını belirtmiştir (9). Bu rakam oldukça yüksek olup, klinik evredeki öğrencilerin zor hasta ile çok sık karşılaştıklarını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin yarısından fazlası zor hasta ile başa çıkabileceğinden emin olmadığını düşünmektedir. Zor hasta yönetimi becerisinin kazandırılmasına yönelik eğitimlerin öğrencilere gerçek hasta ile karşılaşmadan önce kuramsal dersler ve uygulamalı eğitimlerle kazandırılması önemlidir. Aksi durumda, sağlıkta şiddet, mesleğe veya hastaya yönelik olumsuz tutumların gelişmesi ve tükenmişlik gibi istenmeyen sonuçların gelişmesi söz konusu olabilir.

Öğrenciler bir konuyla ilgili ne kadar çok pratik yaparsa ya da ne kadar çok uygulama, deneyimleme şansı olursa o kadar çok kendine güvenmektedir (10). Deneyimi daha az olan hekimlerin hastalarını "zor hasta" olarak görme oranlarının daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda öğrencilere pratik ve teorik eğitim vermenin önemli olduğu aşikârdır (3, 4). Çalışmaya katılan öğrencilerin çok büyük bir bölümünün (%94.3) zor hasta ile ilgili eğitimin gerekli olduğunu belirtmesi de, öğrencilerin bu konuda eğitime gereksinim duyduklarını göstermektedir. Yetişkin eğitiminde etkili bir eğitim sağlayabilmek için kişinin öğrenmeye gereksinimi olduğunu düşünmesi gerekmektedir (11). Öğrencilerin eğitimi gerekli görmeleri ve konu hakkındaki farkındalıkları eğitimin etkinliği açısından önemlidir.

Hastalarla uygun bir hasta-hekim ilişkisi kurmanın önemi açıkken, özellikle zor hastalarla etkili iletişim sağlamak daha önemli hale gelmiştir (6). İletişim becerileri yüksek hekimler hastalarının daha azını zor hasta olarak nitelemektedirler (6). Öğrencilerimizin de tamamına yakını iletişim becerileri ve çaba göstermenin zor hasta ile başa çıkmada önemli olduğunu düşünmektedir. Öğrencilerin eğitimine basit temel iletişim becerileri ile başlanmalı, kademeli olarak tıbbi iletişim, zor hasta gibi özel hasta gruplarıyla iletişime geçilmelidir (12). Eğitimler teorik derslerle sınırlı kalmamalı simüle hasta eğitimleri gibi pratik uygulamalarla desteklenmelidir. Öğrencilere verilen iletişim becerileri eğitimleri ile öğrencilerin hekimlik hayatlarında daha güçlü hasta-hekim ilişkisi kurması sağlanacak, hastaların daha azı zor hasta olarak damgalanacak böylelikle hem hekim hem de hasta tarafında birçok kazanım sağlanmış olacaktır (6, 12, 13). Çünkü iletişim becerilerini etkili kullanabilen doktorlar daha az stres yaşar ve daha fazla iş tatminine sahiptirler, hastalarının problemlerini daha doğru saptarlar. Hastaları da hasta-hekim ilişkisinde daha uyumlu ve sağlık çalışanlarından daha memnundur (13).

Çalışmamızda öğrenciler saldırgan ve tehditkâr, öfkeli ve hırçın, iletişim kurmayan, tedaviyi reddeden hastaları "zor hasta" olarak nitelemiştir. Acil serviste yapılan bir çalışmada hekimler

kaba ve saldırgan tutum sergileyen hastaları yüksek oranda "zor hasta" olarak görmüşlerdir (14). Hemşirelik ve tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmada ise iletişim kurulamayan hasta "zor hasta" diye nitelendirilmiştir (9).

Sonuç olarak öğrencilerin "zor hasta" ile ilgili farkındalıkları vardır ve bu konuda eğitime ihtiyaç olduğunu, iletişim becerilerinin önemli olduğunu kavramışlardır. Böylelikle öğrenciler müfredatımızda bulunan eğitimlerden daha fazla yararlanacaktır. Zor hasta ile ilgili faktörlerin bilincinde olmaları öğrencilerin öğrenim hayatları boyunca konuyu gözlemleyip olumlu tutumlar geliştirmesi adına ümit vericidir.

Kaynakça

1. Bilişli Y, Altaş B, Zetter SA. Nitelikli sağlık iletişimini engelleyen bir unsur olarak "Zor Hasta". Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2017;4(4):289-300.
2. Akgün-Çitak E, Sevcan A, Basmaci Ö, Durukan İ. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin "Zor Hasta" olarak tanimladiklari hastalarla iletişim davranişlarinin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2011;13(1):35-44.
3. Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient'as perceived by family physicians. Family practice. 2001;18(5):495-500.
4. Haas LJ, Leiser J, Magill MK, Sanyer ON. Management of the difficult patient. American family physician. 2005;72(10):2063-8.
5. Fiester A. The "difficult" patient reconceived: an expanded moral mandate for clinical ethics. The American Journal of Bioethics. 2012;12(5):2-7.
6. Özmen E, Taşkın EO. Zor hasta ve hasta-hekim ilişkisinde yaşanan güçlükler. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2012;21(4):250-7.
7. Schleiter KE. Difficult patient-physician relationships and the risk of medical malpractice litigation. AMA Journal of Ethics. 2009;11(3):242-6.
8. Berger Z. Understanding communication to repair difficult patient–doctor relationships from within. The American Journal of Bioethics. 2012;12(5):15-6.
9. Acar G, Buldukoğlu K. Öğrencilerin hastalarla iletişimde karşılaştıkları güçlükler ve zor hasta algıları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2016;7(1):7-12.
10. Günay O. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin tıp eğitimi hakkındaki düşünceleri. Tıp Eğitimi Dünyası. 2002;7(7).
11. Özvarış ŞB. Tıp Eğiticisi El Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016.
12. Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, De Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? Patient education and counseling. 2005;58(3):265-70.
13. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. Bmj. 2002;325(7366):697-700.
14. Çıkrıklar H, Yürümez Y, Yücel M, Aslan NA, Engindeniz Z, Cebicci H, et al. Acil serviste zor hastaların yönetimi. Sakarya Tıp Dergisi. 2016;6(1):20-6.

TIP ÖĞRENCİLERİNİN PERSPEKTİFİNDEN İNFODEMİ VE İNFODEMİYOLOJİ İLE MÜCADELE

***Berkay YILDIZ*[1]**, *Pelin BİLGİN[2], Neriman Elif ŞİMŞEK[3], Ayşe Billur ZİŞTOVİLİ[4], Zeynep KORKUT[5], Barış YILMAZ[6], Beyza YILMAZ[7], Beyza TÜRKEŞ[8]*

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi

[2]İstanbul Okan Üniversitesi, Tıp Fakültesi

[3]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi

[4]Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi

[5]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

[6]Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi

[7]Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi

[8]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi

elmamba751@gmail.com

İnfodemi; sağlık alanında özellikle salgın hastalıklar esnasında dijital ve fiziksel ortamlarda hızla yayılan, aşırı miktarda yanlış veya yanıltıcı bilgilere denir.

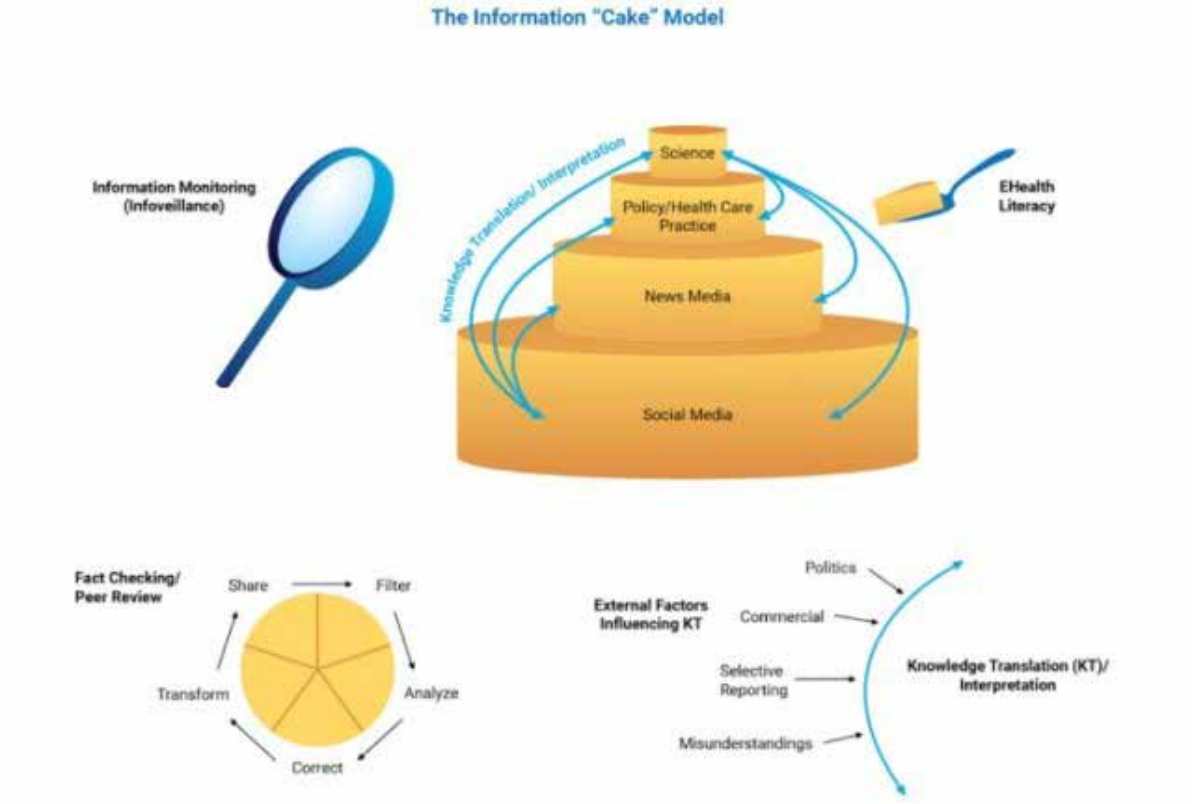
İnfodemiyoloji ise asıl amacı halk sağlığı ve kamu politikası hakkında toplumu bilgilendirmek olan elektronik bir ortamda, özellikle internette veya bir popülasyonda, bilginin dağıtım ve belirleyicileri bilimi olarak tanımlanabilir.

Tanımlarına kısaca göz attıktan sonra günümüzde oldukça yaygınlaşmış olan infodemi ve infodemiyoloji hakkındakileri kısaca özetlemek gerekirse, ilk infodemiyolojik çalışma 1996 yılında yayınlanmıştır. Bu çalışma internette bulunan tıbbi bilgilerin her zaman güvenilir olmadığı bulgusuna dikkat çekmiştir ancak infodemiyoloji kavramı ilk olarak 2002 yılında American Journal of Medicine'de tanımlanmıştır. 2006 yılında ise bu tanıma bilgi talebi analizi eklenmiştir. Örneğin yakın zamanda karşı karşıya kalınan COVID-19 pandemisinin beraberinde getirdiği belirsizlikler nedeniyle toplum genelinde hastalık ve tedavisi hakkında bilgiye talep oluşmuştur. Bu durumda topluma doğru bilginin doğru kaynaklar aracılığıyla ulaştırılması gerekir ve bu da 2006 yılında tanıma eklenen bilgi talebi analizinin gerekliliğini ortaya koyar. Bununla birlikte infodemi ve infodemiyoloji üzerine az sayıda çalışma bulunmasına karşın yakın geçmişte Birleşmiş Milletler (BM) tarafından yayınlanan bir tweet'te, BM Genel Sekreteri António Guterres, infodemiye gerçekler ve kanıtlarla karşı koyan bir "BM İletişim Müdahale Girişimini" duyurdu.

İnfodemiyoloji, artık halk sağlığı kurum ve kuruluşları ile Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir pandemi sırasında ortaya çıkan önemli bir bilimsel alan ve kritik uygulama alanı olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü, infodemiyolojiyi güçlendirmek için toplum genelinde ortaklarla birlikte çalışmalar yürütmektedir. Amaç, sağlık yetkililerinin ve toplulukların neden olduğu infodeminin zararlı etkileri önlemek ve üstesinden gelmek için kullanabilecekleri sürdürülebilir araçlar oluşturmak ve bu araçları toplumun hizmetine sunmaktır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) çeşitli partnerlerle ortaklık yaparak, dijital arşivini güçlendirmek, sosyal aşılamayla birlikte daha yüksek dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığını teşvik etmek için çalışır. Bu çalışmalarıyla beraber yanlış bilgilendirmeye karşı dayanıklılık oluşturmanın yanında güvenilir sağlık bilgisine sahip topluluklara ulaşmanın yenilikçi yollarını sunar. Bunlar infodemi ile ilgili halk sağlığı gündeminin geliştirilmesi, doğru bilgi sağlayacak çevrimiçi destek hattının kurulması, kamuya kaynaklarda yapılan çevrimiçi aramaların haftalık analizin yapılması şeklinde sıralanabilir.

Gunter Eysenbach; infodemide meydana gelen bilgi fazlalığını sınıflandırmak (ayıklamak) için ''Cake Model''i ortaya atmıştır. ''Cake Model''inde bu sınıflandırmayı pastanın dört katmanına benzeterek gerçekleştirmiştir [Figür 1]. Kekten en küçük payı bilim alırken en büyük payı ise sosyal medya almaktadır. Modelde katmanlar arasında da sıkı bir bağlantının var olduğuna da yer verilmiştir.



Buradan yola çıkarak söyleyebiliriz ki; bilgi, kaynağından saf doğru bir şekilde çıksa da topluma ulaşana kadar geçtiği aşamalar nedeniyle doğruluğunu yitirir. Sonuçta bir bilgi karmaşası meydana gelir. Bu durum sosyal medya, basın ve politikacıların bilgi aktarımını doğru bir şekilde gerçekleştirmesinin önemini ortaya koymaktadır. Bilginin geçmiş olduğu her basamak bilgiyi deforme ederek bilginin formunun değişmesine neden olmakta ve bilgiyi yoruma açık hale getirerek infodeminin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Bu derlemede infodemi ile ilgili sürdürülebilir araçları oluşturmak ve sunmak için gerekli olan işlevsel çıktılar elde edilmeye çalışılmıştır. Ayrıca infodemi ve infodemiyolojinin olası nedenlerini irdelemenin önemi incelenmiştir.

Bu noktada sürdürülebilir araçları oluşturma ve sunma aşamasında işlevsel çıktılar elde edebilmek için infodemilerin olası nedenlerini irdelemek gerekmektedir.

İnfodemiyolojide Arz ve Talep Çalışmaları

İnfodemiyoloji üzerine 56 adet çalışmanın incelendiği bir derleme makalesinde infodemiyoloji çalışmaları dört ana grupta incelenmiştir. Bu çalışmaları yürütmek için Web (1.0 & 2.0) araçlarının kullanıldığı görülmüştür. Buna dayanarak çalışmalar Web (1.0 & 2.0) temeline dayanan iki gruba ayrılarak incelenmiştir. Bu iki grup arz bazlı infodemiyoloji çalışmaları ve talep bazlı infodemiyoloji çalışmalarıdır. Arz Bazlı Çalışmalar, Twitter, bloglar, wikiler ve çevrimiçi forumlar gibi Web (2.0) araçları kullanılarak yapılmıştır. Talebe Dayalı Çalışmalar ise Web (1.0) araçları kullanılarak yapılanlardır. Örnek olarak Google Trendler ve arama motorları verilebilir. Üçüncü grup ise Web (1.0) ve (2.0)'ın aynı anda kullanılarak yapılan çalışmalardan oluşmaktadır. Bu grup hem arz hem talep bazlı çalışmalardır. Dördüncü grup ise hiçbir Web aracının kullanılmadığı diğer çalışmalar başlığı altında sunulmuştur.

Talep bazlı ve arz bazlı çalışmalar için en çok kullanılan veri kaynakları sırasıyla Google Trendler ve Twitter'dır. Google Trendler özellikle bulaşıcı ve salgın hastalıklara ilişkin internet faaliyetlerinin izlenmesi için kullanışlı bir araçtır. Google Trendler insanların sağlık bilgisine ulaşma davranışlarına ilişkin içgörüler sunar: Sağlık bilgisi arama davranışı. Twitter ise halk sağlığı sürveyansı oluşturmak için zengin bir veri tabanı olarak kabul edilir. Her ne kadar sosyal medya etkileşim için çok güçlü bir araç olsa da herhangi bir kullanıcı tarafından oluşturulan bir içeriğin güvenilirliği şüphelidir.

Derlemeye dahil edilen 56 makalenin, 27'si (%48,2) talep bazlı çalışmalara, 18'i (%32,1) arz bazlı çalışmalara, 6'sı (%10,8) hem talep hem arz bazlı çalışmalara ve kalan 5 (%8,9) makale ise 'diğer çalışmalara' aittir.

Talep ve arz bazlı çalışmalar içinde en çok ele alınan konu influenzadır. Genel olarak, makalelerin 12'si (%21) grip ile ilişkiliydi. Talep bazlı çalışmalarda gripten sonra en sık ele alınan konular sıklık multipl skleroz ve intihardır. Arz bazlı çalışmalarda, gripten sonra en sık ele alınan konular ise reçeteli ilaç kötüye kullanımı ve e-sigaralardır.

İnfodeminin Faydalarına Örnekler: Mikro Blog Servisi Twitter Çalışmaları

Epidemiyolojik çalışmaların yürütülmesinde özellikle de sürveyans çalışmalarında mikro blog servisleri zengin bir kaynak olarak rol almaktadır. Mikro blog servisleri kullanıcıların belirli içeriklerde video, görsel veya yazı paylaşmasını sağlayan çevrimiçi yayınlar olarak tanımlanabilir. Bu servisler içinden en popüleri olarak Twitter sağlık alanında yapılan paylaşımlarla birçok araştırmanın konusu olmuştur. Web 2.0 teknolojilerinin başında gelen Twitter ve kullanıcıların paylaşımlarıyla beslenen diğer mikro bloglar sağlık çalışanlarının geleneksel yöntemlere göre gerçek zamanlı bilgiye ulaşmasında daha etkili olmaktadırlar. Son yıllarda başta enfeksiyon hastalıklarının sürveyansında Twitter'dan elde edilen bilgilerin potansiyelini ölçen araştırmalar gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Bu araştırmaların öncüsü olarak sayılan 2014 yılında yayınlanan 'Twitter Improves Influenza

Forecasting' adlı çalışmada Twitter'dan elde edilen verilerle gerçekleştirilen influenza tahminlerinde önceki tahmin yöntemlerine göre hata oranının %17-30 azaldığı ortaya konulmuştur.

Mikro blog servislerinin salgın hastalıklardaki potansiyeli yanı sıra başka halk sağlığı sorunları üzerindeki başarısı ölçen farklı çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin bir çalışmada fiziksel aktiviteyle ilgili atılan tweetlerin sıklığının ve yoğunluğunun Amerika Birleşik Devletlerinde halkın fiziksel aktivite seviyesiyle bağlantısı araştırılmış ve elde edilen sonuçlara göre Twitter'ın halk sağlığıyla ilgilenen organizasyonlara yardımcı olduğu görülmüştür.

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Çerçevesinde İnfodemi

Sosyal medya, teyit edilen ilk COVID-19 vakasından bu yana salgında önemli bir rol oynamıştır. Sadece kamuoyunu bilgilendirmekle kalmamış, aynı zamanda risk yönetimi ve kamu motivasyonunu da etkilemiştir. Sosyal medya mecraları vaka ve ölüm istatistiklerini açıklamış, konu hakkında tartışmalarda bulunmuş ve pandeminin çeşitli yönlerinde izleyicileri/okuyucuları küresel gelişmeler hakkında bilgilendirmiştir. Özellikle ev karantinası çoğu insanın evde kalmasını gerektirdiğinden medya ve haber programlarına ilginin daha fazla artmasıyla sonuçlanmıştır. Doğru bilgiye ulaşmak günümüzde gelinen durumda temel yaşam ihtiyacı haline gelmiştir. Bu durumda geniş kitlelere yayılan bu bilgilerin içeriğinin denetlenmesi sağlık alanında küresel bir kalkınmanın amaçlarından olmalıdır.

Amaç 3: Sağlık ve kaliteli yaşam çerçevesinde herkesin genel sağlık hizmetlerine, güvenli ve erişilebilir tedavi yöntemlerine, önleme çalışmalarına, eğitim ve kampanyalara erişim hakkından bahsedilmekte. Özellikle bu amaç üzerinden de ele alırsak sağlık sektörünün doğru bilgiyle büyük bir bağlantısı bulunmaktadır ve bu amaç içine dahil edilmesi gerekmektedir. Daha geniş kapsamlı düşünülürse de bir insan hakkı olan bilgiye erişimin başı başına bir SKH amacı olmalıdır.

Verilerin Denetlenmesi Önündeki Engeller

İnfodemiyolojinin gerçek zamanlı metodolojisi sayesinde halk sağlığı araştırmaları üzerinde faydaları yapılan çalışmalarda gözler önüne serilmiştir. İnternet üzerinden erişilen bilginin epidemiyoloji çalışmalarına sağladığı kaynak sayıca geleneksel yöntemleri gölgede bıraksa da elde edilen bilginin içeriği tartışma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. İnternetten elde ettiğimiz bilgiler hakkında daha da çok konuşmaya başladığımız zamanlarda hayatımıza bu bilgilerin güvenilirliği ile ilgili terimler girmeye başlamıştır. Bu terimlerden ikisi 'misinformation' ve 'disinformation' veya dilimizde geçen haliyle 'yalnış bilgi' ve 'yanlış bilgi aktarımı'. 'Misinformation' online platformlara eklenen bilgilerin kasti olmadan yanlış yönlendirici içeriklere sahip olmasıdır. Calvert misinformation terimini 'gerçeklikle uyuşmayan bilgi' şekilde açıklamaktadır ve eksik kalmış, zamanın gerisinde, karıştırılmış veya tam olarak doğruluğu kabul edilmemiş bilgi olarak da kullanmaktadır. Disinformation ise bilginin bir amaç güderek -genellikle politik amaçlarla- hatalı yayılması ve bilgi arayanların yanlış yönlendirilmesidir.

Her geçen gün internet kullanıcılarının sayısının artmasıyla karşımıza çıkan kaynaklar ve verilerin

sayısı da artmaktadır. Artan bilgi yüküyle birlikte bilgilerin doğruluğunun kontrol edilmesi de önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunun infodeminin başlıca iki özelliğinden kaynaklanmaktadır. Bu özellikler; üretilen bilginin büyüklüğü ve üretim hızıdır. *Zielinski'ye göre infodemide yaşanan bilginin hızla artması bilginin lokasyonu, kalitesi, görünürlüğü, geçerliliği ve kapasitesi üzerinde sonuçlar doğururken üretilen bilginin hızı değerlendirme, kontrol, uygulanabilirlik ve takip edilebilirlik hakkında sorunlar doğurmaktadır.*

İnfodemiyle Mücadele Sürecine Öneriler

İnfodemiler etkisi altına aldığı popülasyonun büyüklüğü ve potansiyel etkileri sebebi ile önemli bir halk sağlığı tehdidi olabilme riski taşımaktadır. Doğru ve güvenilir kaynaklardan elde edilmemiş ve yanlış bilgilerle yönlendirmeler içeren içerikler sebebi ile birçok insan yaşadıkları sağlık sorunlarının daha büyük etkiler yaratması hatta yaşamı tehdit etmesi gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Tüm bu sebepler nedeni ile infodemilerin önüne geçilmesi, toplumun doğru kaynaklardan doğru bilgiye ulaşabilmesinin sağlanması büyük önem arz etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü 7-8 Nisan 2020 tarihlerinde gerçekleştirdiği COVID-19 İnfodemisinin Yönetilmesi Toplantısında infodemilerin yönetimi için 4 ana başlık belirlemiştir:

1- Müdahaleler ve mesajlar kanıta dayanmalıdır.

2- Bilgi, toplumların tüm sektörleri tarafından erişilebilecek şekilde sunulan, eyleme geçirilebilir davranış değişikliği mesajlarına dönüştürülmelidir.

3- Hükümetler, kilit topluluklara ulaşarak toplumun endişelerini ve bilgi ihtiyaçlarını anlamalı, bu şekilde tavsiyelerini ve mesajlarını uyarlamalıdır.

4- Stratejik ortaklıklar, akademi ve sivil toplum kuruluşlarının yanı sıra sosyal medya ve teknoloji platformları ile de kurulmalıdır.

Bu önerilerden ve mevcut bilgi birikimimizden yola çıkarak bu derlemenin yazarları olarak infodemiler ile başa çıkma konusunda önerilerimiz aşağıdaki gibidir:

1- Kanıta dayalı yaklaşım becerisi, toplumun tüm kesimlerinde yaygınlaştırılmalı ve ilköğretimden başlanarak kişilere kanıta dayalı yaklaşım becerisi kazandıracak uygulamalar her kademede müfredata eklenmelidir.

2- Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi geliştirilmeli, bireylerin doğru sağlık bilgisine kolayca ulaşabileceği gerçek ve sanal mecralar yaratılmalıdır.

3- Sosyal medya platformlarında sağlık bilgisi paylaşımları kısıtlandırılmalı, paylaşılan içerikler sıkı denetim altına alınmalıdır.

Ve en önemlisi, tüm süreçlerde toplumun tüm kesimleri, sivil toplum örgütleri ve karar vericilerin iş birliği vazgeçilmezdir. Ortaklıklar ve karşılıklı fikir alışverişleri bu uygulamalardan alınan verimi arttıracaktır.

İnfodemiyoloji hakkında incelenen makaleler ve çalışmalar sonucunda ortaya çıkan bu yazı, infodemi ve infodemiyolojinin alt başlığı altında incelenen çeşitli kavramların tanımlarını, infodemiyoloji ile ilgili yapılan çalışmalarda kullanılan bazı yöntem ve platformları, bu kavramların ve yöntemlerin tarihçesini, yapılan çalışmalarda elde edilen verilerin infodemiyoloji üzerindeki etkisini içeren bir derleme niteliğindedir.

İnfodemiyoloji ile ilgili arz ve talep çalışmaları konusunda incelenen makale ve çalışmalara göreyse infodemi ve infodemiyoloji üzerine daha çok gelişmiş ülkelerde çalışıldığı, infodemiyoloji başlığı altında geçen ilk çalışmaların ise hastanelerin web sitelerinin kalite değerlendirilmesi ile ilgili olduğu görülmüştür. Arz ve talep çalışmaları karşılaştırıldığında ise en çok talep yönünde çalışmalar yapıldığı, talep ve arz bazlı çalışmalarda Google Trends'in ve sonrasında ikinci sırada Twitter'ın bu konuda en çok kullanılan kaynak olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu çalışma ve makalelerde İnfodemiyoloji ile ilgili verileri toplanmasında Research-Embedded Health Librarians (REHLs)'ın öneminin büyük olduğu öne sürülmüştür. REHL'ler, bu konularda araştırma yapan ekiplere bilgi sağlamanın yanı sıra kanıta dayalı tıp uygulamalarının sağlanmasını destekleyerek ekiplerin çalışmalarına katkı sağlamışlardır. Bu görevdeki kişilerin infodemi ve infodemiyoloji çalışmalarını yürütmesi, bu çalışmalarda katkı sağlama fırsatlarının olması çeşitli veriler toplanırken katkı sağlayabileceği yönünde öneriler sunulmuştur. Ayrıca infodemiyoloji ile ilgili yapılacak çalışmalar için yeni standartlar getirilmesi ve kılavuzlar oluşturulması da öneriler arasında yer almaktadır.

İnfodeminin faydalarına örnekler ile ilgili incelenen makale ve çalışmalarda ise epidemiyolojik çalışmalarda sıkça kullanılan mikro blog servislerinden en popüleri twitterın sağlık alanında paylaşımlar bulundurması sebebi ile birçok araştırmaya konu olduğu gözlemlenmiştir.

Mikro blog servislerinin salgın hastalıklardaki potansiyeli yanı sıra başka halk sağlığı sorunları üzerindeki başarısı ölçen farklı çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalarda halk sağlığı ilgili atılan tweetlerin sıklığının ve yoğunluğunun toplum içerisinde halk sağlığı sorunlarının yaygınlığının belirlenmesine katkı sağladığı ve Twitter'ın halk sağlığıyla ilgilenen organizasyonlara yardımcı olduğu görülmüştür.

Özetle; yapılan araştırmalar incelendiğinde tweetlerin toplum genelindeki davranış ve sağlık sonuçlarını izlemek ve tahmin etmek için kullanılabilir nitelikte olduğu gözlenmiş olup bu içeriklerin infodemiyoloji çalışmalarına katkı sağladığı görülmüştür.

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları açısından infodemiyi ele alan çalışmalar incelendiğinde de özellikle en yakın örnek olarak tüm dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisi bu küresel amaçların gerekliliğini bir kez daha ortaya koymuştur çünkü Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarının ne kadar gerekli olduğunun yanı sıra tüm dünyada bu alanda çalışmaların eksik olduğu aşikardır. Bu süreç küresel amaçlar çerçevesinde incelendiğinde sosyal medya, toplumu pandeminin birçok yönü açısından global çaptaki gelişmelerden haberdar etmede önemli bir rol oynamıştır. Ayrıca pandemi ile mücadele konusunda dünya genelinde birlikte hareket etme politikasına da oldukça fazla katkı sağlamıştır. İnfodemi konusunda sosyal medyanın önemi bir kez daha anlaşılmıştır. Kısaca bu

durumun yarattığı sonuca bakacak olursak; Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları yoksulluğu ortadan kaldırmak, gezegenimizi korumak ve tüm insanların barış ve refah içinde yaşamasını sağlamak için evrensel eylem çağrısıdır. Bu çağrıya yanıtın da infodemiyoloji araştırmaları için önemli olduğu, sosyal medyanın toplumu bilgilendirme ve bu amaçları sağlama noktasında önemli bir rol üstlendiği de gözlenmiştir.

İncelenen makaleler ve araştırmalar sonucu internet kullanıcılarını artması, bu sebeple kaynak ve veri sayısı artsa da bilgilerin kontrolünün bir sorun oluşturmasıdır.

Bilginin kritik bir kavram olduğu ve önemi gelişmiş toplumlarda özellikle COVID-19 pandemisi infodemisi üzerinden ele alınsa ve bu konuda yeni çalışmalar oldukça ilgi görse de daha kapsamlı geliştirme çalışmalarının da gerektiği de incelenen araştırmalarda eklenmiştir. Maalesef Birleşmiş Milletler tarafından oluşturulan Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarının arasında bu konuda bir madde bulunmamaktadır. Böyle bir SKA bulunmaması da bilgiye erişim, bilginin kullanımı ve bilgi yönetimi konusunda ortak bir paydada buluşulmasına engel olmaktadır. İnfodemiyolojinin Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarına SKA 3 başlığı altında eklenmesinin bu sorunları çözmede faydalı olacağı düşünülmektedir.

Bu derleme oluşturulurken görülen bir diğer durum da infodemilerin önemli bir halk sağlığı tehdidi olmakla birlikte birçok insan için yaşam tehdidi olmasıdır. Bu nedenle infodemilerin önüne geçilmesi büyük önem arz etmektedir.

Bu bağlamda ilk olarak infodemik yönetim ve infodemiyoloji yetkinliği sağlanması gerekir. Yanlış bilgiye karşı direnç artırılmalıdır bunun için bireyleri ve toplulukları kaliteli sağlık bilgilerine erişim haklarını kullanma konusunda bilinçlendirmek ve eğitmek gerekir. Ayrıca hedef kitleleri dinlemek için etkili araçlar kullanılmalıdır. Doğru bilgilerin paylaşımı için bilgiler güvenilir kaynaklardan sağlanmalı ve bu paylaşımlar için güvenilir platformlar oluşturulmalıdır. Sağlık acilleri söz konusu olduğunda infodeminin yönetimi yoluyla daha sağlıklı toplum için sağlık sistemleri de güçlendirilmelidir. Bu noktada infodemi ile mücadelede verimin arttırılması ve somut sonuçlar alınması isteniyorsa tüm bilgi sağlayıcıların işbirliği kaçınılmazdır.

Kaynakça

1. https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1
2. Eysenbach G. Infodemiology and infoveillance: framework for an emerging set of public health informatics methods to analyze search, communication and publication behavior on the Internet. J Med Internet Res. 2009 Mar 27;11(1):e11. doi: 10.2196/jmir.1157. PMID: 19329408; PMCID: PMC2762766.
3. Eysenbach G. How to Fight an Infodemic: The Four Pillars of Infodemic Management. J Med Internet Res. 2020 Jun 29;22(6):e21820. doi: 10.2196/21820. PMID: 32589589; PMCID: PMC7332253.
4. https://twitter.com/antonioguterres/status/1250095790959267841?s=20

5. Eysenbach G. SARS and population health technology. J Med Internet Res. 2003 Apr-Jun;5(2):e14. doi: 10.2196/jmir.5.2.e14. PMID: 12857670; PMCID: PMC1550560.

6. https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_3

7. Infodemic management – Infodemiology World Health Organization; 2020 [Available from: https://www.who.int/teams/risk- communication/infodemic-management

8. Paul M. J., Dredze M. , Broniowski D. Twitter Improves Influenza Forecasting PMID: 25642377, PMCID: PMC4234396

9. Liu S, Chen B, Kuo A Monitoring Physical Activity Levels Using Twitter Data: Infodemiology Study, J Med Internet Res 2019;21(6):e12394, doi: 10.2196/12394, PMID: 31162126, PMCID: 6682305

10. Keshavarz H., How Credible is Information on the Web: Reflections on Misinformation and Disinformation. Infopreneurship Journal (IJ), 2014, Vol.1, No.2

11. Zielinski C. Infodemics and infodemiology: a short history, a long future. Rev Panam Salud Publica. 2021 May 12;45:e40. doi: 10.26633/RPSP.2021.40. PMID: 33995517; PMCID: PMC8110882.

12. Zeraatkar, K. and Ahmadi, M. (2018), Trends of infodemiology studies: a scoping review. Health Info Libr J, 35: 91-120. https://doi.org/10.1111/hir.12216

13. https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals.html

14. https://www.kureselamaclar.org/

15. https://www.who.int/news/item/20-09-2021-who-releases-competency-framework-for-workforce-response-to-infodemic-management

TÜRKİYE'DE 2019 VE 2021'DE MEYDANA GELEN ISPANAK İLİŞKİLİ GIDA ZEHİRLENMELERİ

Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK[1], *Mehmet UYAR*[2]
[1]*Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara, Turkey*
[2]*Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Konya, Turkey*
elifnyildirim@hotmail.com

Özet

Gıda zehirlenmeleri, enfeksiyöz veya toksik kökenli olup; bakteri, virüs, parazit veya kimyasallarla kontamine olmuş besin ve/veya suyun vücuda alınması sonucunda meydana gelir. Bu derlemenin amacı ıspanakla ilişkilendirilen gıda zehirlenmesi vakalarına dikkat çekmek ve ortaya çıkabilecek benzer durumlarla ilgili olası sebepleri literatür ışığında inceleyen bir kaynak ortaya koymaktır. Kasım 2019'da İstanbul başta olmak üzere Tekirdağ, Edirne ve Kocaeli'nde ıspanak ile ilişkilendirilen bir gıda zehirlenmesi meydana gelmiş ve olay ulusal basında yer almıştır. Kişilerde ıspanak tüketiminden birkaç saat sonra bulantı, kusma, ağız kuruluğu, bulanık görme, bilinç bulanıklığı ve halüsinasyonlar gibi belirtiler ortaya çıkmış ve bu belirtiler nedeniyle acil servis başvuruları olmuştur. Ekim 2021'de ise Giresun'da, Trabzon'da ve Artvin'de toplam 12 kişinin İstanbul'dakine benzer şekilde ıspanaktan zehirlendiği bilgisi haber kaynakları aracılığıyla kamuya yansımıştır. Mevcut olaydan 'ıspanağın içine karışmış yabani bitkiler' sorumlu tutulmuştur. Zehirlenmeyle ilişkilendirilen ve ıspanağın içine karıştığı söylenen yabani bitkiler adamotu ve güzel avrat otudur. Bu bitkiler vücuda fazla miktarda alındıklarında, tıpkı atropin gibi, antikolinerjik zehirlenme belirtilerine neden olur. Bulgular besin alımını takiben 30-60 dakika içinde başlayıp 24-48 saatte sonlanır. Kliniğinde taşikardi, midriazis, kuru ve kızarık cilt, hipertermi, üriner retansiyon ve bilinç bulanıklığı vardır. İleri olgularda koma ve ölüm gözlenebilir. Toplum sağlığını kolaylıkla tehdit edebilen gıda ilişkili zehirlenmeler önemini koruyan bir halk sağlığı sorunudur.

Anahtar kelimeler: ıspanak, gıda zehirlenmesi, antikolinerjik, güzel avrat otu

Spinach-Related Food Poisoning in Turkey in 2019 and 2021

Abstract

Food poisoning occurs as a result of ingestion of food or water contaminated with bacteria, viruses, parasites or chemicals that is of infectious or toxic origin. The aim of this review is to draw attention to the cases of food poisoning associated with spinach and to present a reference that examines the possible causes of similar situations in the light of the literature. In November 2019, a food poisoning associated with spinach occurred in Istanbul, Tekirdağ, Edirne and Kocaeli, and the incident took place in the national press. A few hours after the consumption of spinach, symptoms such as nausea, vomiting, dry mouth, blurred vision, clouding of consciousness and hallucinations appeared, and

emergency service applications were made due to these symptoms. In October 2021, the information that a total of 12 people in Giresun, Trabzon and Artvin were poisoned by spinach, similar to the one in Istanbul, was reported to the public through news sources. Wild plants mixed with spinach were held responsible for the current event. Wild plants associated with poisoning and said to blend into spinach are mandrake and atropa belladonna. When these herbs are taken in large amounts, they cause symptoms of anticholinergic poisoning, just like atropine. Symptoms start within 30-60 minutes after food intake and end in 24-48 hours. In clinic, there are tachycardia, mydriasis, dry and reddened skin, hyperthermia, urinary retention and confusion. In advanced cases, coma and death can be observed. Food-related poisoning, which can easily threaten public health, is a public health problem that maintains its importance.

Keywords: spinach, food poisoning, anticholinergic, atropa belladona.

Giriş

Gıda zehirlenmeleri, veya bir başka isimlendirmeye göre gıda kaynaklı rahatsızlıklar, enfeksiyöz veya toksik kökenli olup; bakteri, virüs, parazit veya kimyasallarla kontamine olmuş gıda veya suyun vücuda alınması sonucunda meydana gelir (1). Çiğ ve az pişmiş tavuk, hindi, et ürünleri; meyveler, sebzeler, marul ve yeşil yapraklı sebzeler; çiğ süt ve süt ürünleri; çiğ yumurta; deniz ürünleri; nemli ortamlarda filizlenen bitkiler ve çiğ un gıda zehirlenmesine yol açan gıdalar arasındadır (2). Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan rapora göre gıda kaynaklı toplam 31 zararlının (2 virüs, 12 bakteri, 4 protozoa, 10 helmint, 3 kimyasal ajan) yol açtığı hastalıklara bağlı olarak 2010 yılında 600 milyon (%95 Güven Aralığı 420-960) gıda kaynaklı hastalık ve 420.000 (%95 Güven Aralığı 310.000-600.000) ölüm meydana gelmiştir (3).

Gıda zehirlenmeleri hafiften ciddiye kadar geniş bir yelpazede belirti verebilir. Midede hassasiyet, mide krampları, bulantı, kusma, diare ve ateş bu belirtilerden bazılarıdır. Kanlı diare, 38.8 °C ve üzerinde ateş, sık kusma, günde üç ve üzeri diare olması, kuru ağız, kuru boğaz, az idrar yapma veya hiç idrar yapmama, ayağa kalkınca baş dönmesi hissetme gibi dehidratasyon bulguları varlığında hastaneye başvurulması gerekmektedir. Gıda zehirlenmesi semptomları saatler veya günler içerisinde ortaya çıkabilir (4).

Gıda zehirlenmeleri pek çok kişiyi etkileyebilmekle beraber; 65 ve üzeri yaştaki kişiler, 5 yaşın altındaki çocuklar, immun sistemi herhangi bir nedenle zayıflamış olanlar ve gebeler belirgin risk altındadır (5). Hastalık her ülkede ve bölgede gözlenebilmekle beraber, sırasıyla Afrika'da, Güneydoğu Asya'da ve Doğu Akdeniz'de daha sık izlenmektedir (3).

Gıda zehirlenmesi tanısında sıklıkla detaylı bir anamnez yeterli olmaktadır. Fizik muayenede dehidratasyon bulguları araştırılabilir. Hastanın semptomlarına ve mevcut hastalıklarına göre kan sayımı, gaita testi gibi ek tetkiklere gerek duyulabilir (6). Tedavide temel yaklaşım sıvı kaybının yerine konmasıdır. Özellikle bakteriyel etkenlerle meydana gelen gıda zehirlenmelerinde antibiyotik tedavisi başlanabilir (1, 6).

Gıda zehirlenmelerinin önlenebilmesi için ellerin ve gıda hazırlama ortamlarının temizliği, tüketime hazır gıdalarla yıkanmamış ve pişirilmemiş gıdaların birbirine temas ettirilmemesi, gıdaların uygun sıcaklıkta pişirilmesi ve gıdaların uygun sıcaklık derecelerinde saklanması korunmada temel önlemler olarak sıralanabilir (7).

Bu derlemenin amacı ıspanakla ilişkilendirilen gıda zehirlenmesi vakalarına dikkat çekmek ve ortaya çıkabilecek benzer durumlarla ilgili olası sebepleri literatür ışığında inceleyen bir kaynak ortaya koymaktır.

Olayın Özeti

Kasım 2019'da İstanbul başta olmak üzere Tekirdağ, Edirne ve Kocaeli'nde ıspanak ile ilişkilendirilen bir gıda zehirlenmesi meydana gelmiş ve olay ulusal basında yer almıştır. Ispanak yedikten birkaç saat sonra bulantı, kusma, ağız kuruluğu, bulanık görme, bilinç bulanıklığı ve halüsinasyonlar gibi belirtiler ortaya çıkmış ve bu belirtiler nedeniyle acil servis başvuruları olmuştur. 149'u İstanbul'da olmak üzere toplam 196 kişi ıspanak ilişkili gıda zehirlenmesinden etkilenmiştir. Kişilerin bulguları destek tedavisi ile gerilemiştir. Duruma bağlı olarak kaydedilen ölüm bulunmamaktadır. Mevcut olaydan ıspanağın içine karışmış yabani bitkiler sorumlu tutulmuştur. Durumun, ıspanağın belediye haline uğramadan, herhangi bir denetimden geçmeden market ve pazarlara sürülmesi nedeniyle ortaya çıktığı belirtilmiştir (8-14). Ekim 2021'de ise Giresun'da, Trabzon'da ve Artvin'de toplam 12 kişinin İstanbul'dakine benzer şekilde ıspanaktan zehirlendiği bilgisi haber kaynakları aracılığıyla kamuya yansımıştır (15, 16).

Ispanakla İlişkilendirilebilecek Gıda Zehirlenmelerinde Olası Nedenler

Ispanak ile ilişkilendirilen gıda zehirlenmelerinde ıspanağa bulaşmış kimyasal ajanlar, ıspanağın üzerinde bulunan bakteriler, ıspanağın içine karışmış yabani bitkiler, ıspanağın tekrar ısıtılmasına veya yetiştirilirken fazla gübrelenmesine bağlı ortaya çıkan nitratlar/nitritler ve ıspanağın yapısında doğal olarak bulunan histamine duyarlılık olmak üzere toplamda beş olası nedenin durumdan sorumlu olabileceği düşünülmüştür.

Zehirlenmeyle ön planda ilişkilendirilen kimyasal ajanlar organofosfatlı insektisitler olmuştur. Organofosfatlı insektisitler vücuda inhalasyon, deri, konjonktiva ve gastrointestinal yollarla girebilir. Etki mekanizması sinir sistemindeki kolinesteraz enziminin inhibisyonudur. Organofosfatlı insektisit zehirlenmesinde klinik tablo maruziyet yoluna ve absorbe edilen miktara bağlı olmakla birlikte hastaların çoğunda 8-24 saat arasında bulgular ortaya çıkar. Tükrük ve gözyaşı salgısında artma, terleme, idrar inkontinansı, kusma, ishal, bilinç bulanıklığı, deliryum, baş ağrısı, baş dönmesi, uykusuzluk ve halüsinasyonlar zehirlenmenin belirtileridir (17).

Zehirlenmeyle ilişkilendirilen ve ıspanağın üzerinde bulunduğu söylenen bakteriler Clostridium Botulinum ve Salmonella türleridir. Clostridium Botulinum ürettiği toksinle botilismus olarak adlandırılan bir hastalık tablosu meydana getirir. Temel olarak konserveler, tuzlanmış ve tütsülenmiş gıdalar ve et ürünleri nedeniyle ortaya çıkmakla beraber çorba, mantar, ıspanak gibi besinlerin

tüketilmesiyle de ortaya çıkabilir. Hastalarda bulantı, kusma, karın ağrısı, kabızlık, kas güçsüzlüğü, hipotansiyon, bulanık görme, çift görme, ciltte kızarıklık ve lezyonlar, konuşmada ve yutmada bozulma gibi belirtiler ortaya çıkar. Hastalık besinin alınmasından sonraki 4 saat-8 gün içinde kendisini gösterir (18). Salmonella ise kontamine su ve gıda maddelerinin vücuda alınmasından sonraki 12-72 saat içerisinde bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, ateş ile kendini gösteren bir gastroenterite neden olur ve çoğunlukla 4-7 gün içerisinde klinik tablo düzelir (19).

Zehirlenmeyle ilişkilendirilen ve ıspanağın içine karıştığı söylenen yabani bitkiler adamotu (Mandragora) ve güzel avrat otudur (Atropa Belladona). Her iki bitki de alkoloid içerir. Vücuda fazla miktarda alınmaları halinde, tıpkı atropinin neden olduğu şekilde, antikolinerjik zehirlenme belirtilerine neden olurlar. Bulgular besin alımını takiben 30-60 dakika içinde başlayıp 24-48 saatte sonlanır. Kliniğinde taşikardi, midriazis, kuru ve kızarık cilt, hipertermi, üriner retansiyon ve bilinç bulanıklığı vardır. İleri olgularda koma ve ölüm gözlenebilir (20).

Türk Gıda Kodeksi'ne göre ıspanakta izin verilen maksimum nitrat miktarı 3500 mg/kg'dır (21). Ispanak ile hazırlanan yemeğin ısıtılmasıyla ıspanağın içerdiği nitrat nitrite dönüşmektedir. Özellikle iki ve daha fazla ısıtma işlemine maruz kalan ıspanakta bu durum daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır (22). Aynı durum güneş altındaki ıspanak bitkisinde de gözlenmiştir. Ayrıca ıspanağın yetiştirildiği şartlarda fazla miktarda gübre kullanılması da nitrat içeriğinin artmasına neden olabilmektedir (21). Bahsedilen her iki durum da gıda zehirlenmesi tablosuna yol açabilmektedir.

Ispanak, tıpkı domates, enginar, bezelye, mantar gibi histamin içeren bir sebzedir. Histamine duyarlılığı olan kişiler tarafından ıspanak içerikli besinler tüketildiğinde midede ağrı ve kramplar, burun akıntısı, ciltte ürtiker tarzı yaygın döküntüler ve kaşıntı ortaya çıkabilir (23, 24).

Haber kaynakları aracılığıyla kamuya yansıyan klinik tablo yabani bitkilerle zehirlenme durumunda ortaya çıkan antikolinerjik belirtilerle uyumlu görünmektedir. Buna göre ıspanakla adamotu veya güzel avrat otu bitkisi karışmış ve mevcut duruma yol açmıştır.

Gıda güvenliği hem yerel hem ulusal hem de uluslararası düzeyde sağlanmalıdır. Toplum sağlığını kolaylıkla tehdit edebilen gıda ilişkili zehirlenmeler önemini koruyan bir halk sağlığı sorunudur. Her ne kadar gıda zehirlenmesi tablolarının uygun tanı ve etkili tedavi metotları ülkemizde mevcut olsa da, korumak tedavi etmekten daha kolay, daha ekonomik ve daha üstündür. Zehirlenme durumlarından korunabilmek için gıda hijyenine, gıdaların uygun yöntemlerle hazırlanmasına, satın alma öncesinde üretim ve son kullanma tarihlerinin kontrolüne, içerisinde yabani bitkilerin bulunmamasına dikkat etmek gibi temel güvenlik önlemleri kişisel bazlı; gıda ürünlerinin üretim ve piyasa denetimlerini eksiksiz şekilde yerine getirmek kurumsal bazlı önlemlerdir. Ayrıca olası bir zehirlenme durumunda kişilerin sağlık kurumuna başvurması ve mevcut zehirlenmenin sağlık profesyonelleri tarafından bildiriminin yapılması da önemli noktalardır.

Kaynakça

1. WHO Food Safety Key Facts. Available at https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/food-safety (Access date: 18.10.2021)
2. CDC Food Poisoning Foods That Can Cause Food Poisoning. Available at https://www.cdc.gov/foodsafety/foods-linked-illness.html (Access date: 19.10.2021)
3. WHO Estimates of The Global Burden of Foodborne Diseases: Foodborne Diseases Burden Epidemiology Reference Group 2007-2015. Available at http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200046/WHO_FOS_15.02_eng.pdf;jsessionid=5283670C60C14C04E7AAF1B6B1F9256F?sequence=1 (Access date: 18.10.2021)
4. CDC Food Safety Food Poisoning Symptoms. Available at https://www.cdc.gov/foodsafety/symptoms.html (Access date: 18.10.2021)
5. CDC Food Safety People With a Higher Risk of Food Poisoning. Available at https://www.cdc.gov/foodsafety/people-at-risk-food-poisoning.html (Access date: 18.10.2021)
6. MayoClinic Food Poisoning Diagnosis and Treatment. Available at https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/food-poisoning/diagnosis-treatment/drc-20356236 (Access date: 19.10.2021)
7. CDC Food Safety Four Steps to Food Safety: Clean, Separate, Cook, Chill. Available at https://www.cdc.gov/foodsafety/keep-food-safe.html (Access date: 19.10.2021)
8. 05.11.2019 tarihli haber. https://www.haberturk.com/son-dakika-saglik-bakani-koca-dan-ispanak-zehirlenmesi-aciklamasi-haberler-2537545 (Erişim tarihi: 03.02.2021)
9. 05.11.2019 tarihli haber. https://www.sozcu.com.tr/2019/gundem/saglik-bakanindan-ispanak zehirlenmesi-aciklamasi-5431761/ (Erişim tarihi: 03.02.2021)
10. 04.11.2019 tarihli haber. https://www.sabah.com.tr/yasam/2019/11/04/istanbul-il-tarim-ve-orman-mudurlugunden-flas-aciklama (Erişim tarihi: 03.02.2021)
11. 04.11.2019 tarihli haber. https://www.hurriyet.com.tr/gundem/ispanak-kabusunu-yasadi-gozlerimi-kaybettim-sandim-uzmanlar-zehirlenmeyle-ilgili-bu-uyarilari-yapti-41366328 (Erişim tarihi: 03.02.2021)
12. 04.11.2019 tarihli haber. https://www.sozcu.com.tr/2019/gundem/zehirli-ispanagin-sirri-cozuldu-5430361/?utm_source=ilgili_haber&utm_medium=free&utm_campaign=ilgilihaber (Erişim tarihi: 03.02.2021)
13. 08.07.2020 tarihli haber. https://www.hurriyet.com.tr/aile/ispanak-zehirlenmesinin-ardindan-tuketicilere-uyari-429891 (Erişim tarihi: 03.02.2021)
14. 04.11.2019 tarihli haber. https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-50287846 (Erişim tarihi: 03.02.2021)
15. 20.10.2021 tarihli haber. https://www.hurriyet.com.tr/gundem/trabzon-ve-giresunda-panige-neden-olmustu-iste-guzelavrat-otunun-zehirlenme-belirtileri-41920589 (Erişim tarihi: 31.10.2021)

16. 21.10.2021 tarihli haber. https://www.milliyet.com.tr/ekonomi/tarim-ilaci-mi-guzelavrat-mi-6623897 (Erişim tarihi: 31.10.2021)

17. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güler Ç, Akın L (Editör). Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 3. Baskı, Ankara, 2015.

18. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı Botulism. Erişim adresi https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/batilusmus (Erişim tarihi: 31.10.2021)

19. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı Salmonella. Erişim adresi https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/salmonella/salmonella-liste/salmonella.html (Erişim tarihi: 31.10.2021)

20. Acilci.net Bitkilerle Zehirlenmeler. Erişim adresi https://acilci.net/bitkilerle-zehirlenmeler/ (Erişim tarihi: 31.12.2021)

21. Özdestan Ö, Üren A. Gıdalarda Nitrat ve Nitrit. Akademik Gıda. 2010; 8(6): 35-43

22. Medicana Sağlık Rehberi Ispanak Zehirlenmesi. Erişim adresi https://www.medicana.com.tr/saglik-rehberi-detay/15548/ispanak-zehirlenmesi (Erişim tarihi: 19.10.2021)

23. Yorulmaz A, Kılıç FA. Dermatolojik Hastalıklarda Diyetin Rolü. Turk J Dermatol. 2014; 1: 29-34.

24. Anadolu Sağlık Rehberi Altı Soruda Ispanak Zehirlenmesi. Erişim adresi https://www.anadolusaglik.org/blog/6-soruda-ispanak-zehirlenmesi (Erişim tarihi: 31.10.2021)

TÜRKİYE'DE GÖÇMENLERE SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ İÇİN YÜRÜTÜLEN İLETİŞİM ÇALIŞMALARI

Sevil TURHAN*[1]*, *Selen GÜRSOY TURAN*[2]*, Serdar KARAKULLUKÇU*[3]
[1]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi*
[2]*İzmir İl Sağlık Müdürlüğü*
[3]*Bayburt Merkez Toplum Sağlığı Merkezi*
sevilikinci@gmail.com

Türkiye'de, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının yanında göçmen, mülteci, yabancı uyruklu, geçici koruma, uluslararası koruma veya sığınmacı hatta turist olarak ve çeşitli statülerde yabancılar da yaşamaktadır. Bu yabancıların Türkiye'de kalış süresi ne olursa olsun sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyacakları açıktır. Sağlık hizmetlerinin temelini ise iletişim oluşturur. Bu çalışmada Türkiye'de göçmenlere sunulan sağlık hizmetlerinde iletişim ile ilgili çalışmaları bir araya toplamayı amaçladık.

NOT: *Çalışma tam metin olarak uluslararası bir dergide Aralık 2021'de yayımlanmıştır.*

İletişim ve Sağlık Hizmetlerindeki Rolü

İletişim kelimesi Latince "communis" sözcüğünden türetilen "communication" sözcüğünün karşılığıdır ve karşılıklı olarak paylaşmayı, birlikteliği ve toplumsallaşmayı içermektedir.1 İnsanların bulundukları toplumdaki kuralları öğrenmesi, değer ve inançları benimsemesi, kendisine verilen rolü anlaması ve yürütebilmesi iletişim ile gerçekleşir.2 Bir toplumda yer edinebilmek gibi bir sağlık hizmetinin iyi sunulmasında da aynı şekilde iletişim kilit rolü üstlenmektedir. Bu rol kültürel ve dilsel yönleri kapsamaktadır.2,3 Eşit ve kapsayıcı sağlık hizmeti sunabilmek için hastanın tüm yaşamı ve sağlık yakınmaları hakkında bilgi alabilmek gerekmektedir.3 Sözcüklerin ardındaki ince anlam ayrımlarının sağlık hizmeti sunucuları ve hastalar tarafından tam olarak anlaşılması çok önemlidir.3 Sağlıkta iletişimin tarihçesi çok eski zamanlara dayanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya atılmış ve gelişmeye başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı'na kadar Amerikalılar tarafından bir değer olarak algılanmayan sağlık ve sağlıklı olma kavramı, diğer unsurlar arasında belli belirsiz dikkate alınmıştır. Savaşı takip eden dönemlerde Amerika halkı için bireysel sağlık önem kazanmış, sağlık hizmetlerinin sağlanması gündemde olan bir konu olmuştur. Gelişmiş ülkelerde insanlar için sağlık, yaşam biçimine dönüştürülmüştür. Bu gelişmelere paralel olarak iletişim becerilerinde sağlanan iyileştirmenin sağlık hizmetlerinde önemli farklılıklar yarattığı ortaya konmuştur.4 Yapısı ve niteliği gereği zor olan sağlık hizmetlerinin, çalışma alanları içinde özel bir yeri ve önemi vardır. Sağlık hizmetinde çalışanlar hizmet verirken çok farklı karakterdeki hasta veya yakınları ile karşılaşmakta ve iletişim kurmak durumundadır. Bu kişilerle iletişim kurulması daha fazla beceri ve özen gerektirmektedir. Çalışanların iletişim becerileri, hastaneye başvuran kişilerin kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde önemli rol oynamaktadır. Bireyin gereksinimlerini dikkate alıp bu doğrultuda iletişim kurmak ve bilgilendirmek, kaygı seviyesini azaltır ve güven ortamının oluşmasını sağlar.5 Sağlık personelinin

etkili iletişimi, doğru bilgi alışverişine, iyi ilişkiler kurmaya ve bireyin gereksinimlerini, sorunlarını anlamaya fırsat verir. Sağlık çalışanları, hasta ya da yakınları ile iletişim kurarak hastanın sorunları, gereksinimleri, ilgi alanları hakkında bilgi toplamalı, bilgi aktararak öneriler vermelidir. Hasta ve sağlık personeli arasında iletişimin niteliği ile hasta doyumu, hastanın tedaviye uyumu ve olumlu sağlık sonuçları arasında doğrudan ilişki vardır.6

Sağlık Hizmetleri ve Göçmenler

Sağlık hizmeti sunumunda sağlıklı iletişim sağlayabilme açısından da riskli gruplar bulunmaktadır. Bu grupların başında bebekler ve çocuklar, görme – işitme engelliler, farklı eğitim ve sosyokültürel seviyede yer alanlar olsa da bir ülkede yabancı olmak, o ülkede konuşulan dili anlamamak, diğer tüm riskleri arkasından getirerek ön sıraya yerleşir. Uluslararası Göç Örgütü (IOM), göçmeni, bir kişinin veya bir grup insanın uluslararası bir sınırı geçerek veya bir devlet içinde yer değiştirmesi olarak tanımlamıştır. Göç; süresi, yapısı ve nedeni ne olursa olsun insanların yer değiştirdiği nüfus hareketleridir. Buna, mültecilerin, yerinden edilmiş kişilerin, ekonomik göçmenlerin, aile birleşimi gibi farklı amaçlarla hareket eden kişilerin göçü de dahildir.7 Savaş, doğal afetler veya çevresel bozulma, siyasi zulüm, yoksulluk, ayrımcılık ve temel hizmetlere erişim eksikliği ve özellikle iş veya eğitim açısından yeni fırsatlar arayışı gibi çeşitli nedenlerle insanlar göç etmektedirler.8 Göç, toplumsal değişimin neden olduğu kolektif bir eylem olup hem göç alan hem göç veren ülkedeki bütün toplumu etkiler.9 Göç etme sebebi ne olursa olsun, göçmenler, sosyal desteklerini geride bırakarak alıştıkları ortamlarından farklı dil ve kültürde yeni bir rol üstlenmektedir.9 Göçmenin sağlık durumu, hedef ülkeye vardıktan sonra yeni bir etkileşim sürecine girmektedir. Yeni ülkeye dair bilgiye gereksinim duymaktadır. Göçmenin bilgiye olan gereksiniminin farkında olmasının yanı sıra, göç edilen ülkenin hizmet sunucularının da göçmenlerin bilgi alma gereksinimi olduğunu fark etmesi önemlidir. Özellikle ülkenin sosyal, ekonomik, kültürel ve hukuki yapısı hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir. Hedef ülkeye varıldıktan sonra gerçekleşen uyum süreci göçmenin sağlığı açısından kilit bir rol oynamaktadır. Göçmen gruplarla yerleşik toplum arasında karşılıklı, göreli olarak durağan yaşanan değişim sonucu kişiler yeni yerleştikleri yere biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik uyum sağlarlar. Bir diğer ifade ile uyum süreci sağlık durumu, iletişim yeterlilikleri, farkındalık, kabul duygusu, kültürel davranış becerileri, ekonomik yeterlilikler vb. olarak ifade edilen çok boyutlu bir yapıdır. Bu boyutların herhangi birindeki aksaklık, göçmenin fizyolojik ve psikolojik sağlığını tehdit altına alabilecek durumlara neden olabilmektedir.10 Toplumu ve bireyleri siyasal, sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan etkileyen göç, sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. En sık görülen sağlık sorunları arasında kaza sonucu yaralanmalar, hipotermi, yanıklar, gastrointestinal hastalıklar, kardiyovasküler olaylar, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar, diyabet ve hipertansiyon yer almaktadır. Göç ve bulaşıcı hastalıkların bir ülkeden başka bir ülkeye taşınması arasında bir ilişki yaygın bir algı olmasına rağmen sistematik bir ilişki saptanamamıştır.1 Sağlık, tüm bireylerin temel haklarından biridir. Göç eden grupların sağlık hizmetlerine erişimi oldukça önemli bir konudur. Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar, sağlık eşitsizliklerindeki önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda göçmenlerin sağlık sistemlerini yetersiz kullandıkları

vurgulanmaktadır. Bu durum, göçmenlerin kendi sağlıklarının yanında genel halkın sağlığını riske atabilmektedir.12,13 Son yıllarda, sağlık hakkı da dahil olmak üzere göçmenlerin insan haklarının korunması giderek daha fazla kabul görmekte ve uluslararası gündemde de yer almaktadır. Uluslararası ve ulusal düzeylerde yasal yükümlülüklerini yerine getirmek için birçok bölgedeki hükümetler, göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarını ve savunmasızlıklarını ulusal planlarına, politikalarına ve stratejilerine entegre etme ihtiyacını kabul etmişlerdir.8

Göçmenlere Yönelik Sağlık İletişimi

Uyum sürecine sağlık iletişimi açısından bakıldığında, öncelikle klasik iletişim engelleri ile karşılaşırız. Bunların başında "ana dil" kavramı olsa da alt boyutları ile bakıldığında konuşma dili, yazı karakterleri, terminoloji, görsel simgeler, kullanılan alfabe, ağız ve şive farklılıkları da önemli bir yer tutmaktadır.2 Göçmenler, ana dil ve kültür farklılıkları nedeniyle yaşadığı sağlık problemlerini anlatmada güçlük çekebilmekte ve bir çevirmen (tercüman) gerekliliği ortaya çıkabilmektedir.9 Sağlık çalışanlarının göçmenlerle ilgili yaşadığı deneyimler de önemlidir ve çoğunlukla iletişim eksikliği, bilgilendirilmiş onam alamama, empati kuramama, tanı ve tedavi sürecini etkin yürütememe gibi iletişim kaynaklı sıkıntılardan oluşmaktadır.9 Bazı çalışmalarda sağlık çalışanlarının göçmenlerle ilgili yaşadıkları sorunlar; başvuran Türkçe dil bilmediği için hiç iletişim kuramama, hastanede tercüman olmadığı için hizmet verememe, kültürel farklılık nedeniyle anlaşamama, tedaviye uyumda zorlanma, sağlık eğitiminde etkisizlik ve psikolojik destekte yetersizlik, çözüm üretmek adına da beden dili kullanmaya çalışma, bir kısmının sözlük kullanma, resimler ve çizimler ile konuyu aktarma ve tercüman kullanma yöntemine başvurduğu ancak tercümanın ne derece doğru aktarım yaptığından emin olamadığı gösterilmiştir.14,15,16,17 Akkoç ve ark. nın yaptığı çalışmaya göre sağlık çalışanlarının %61'i dil güçlüğünden dolayı problem yaşamıştır.14 Zengin ve ark. nın yaptığı araştırmada, hemşirelerin neredeyse tamamında Suriyeli çocuklara bakım verirken iletişim konusunda güçlükler yaşandığı saptanmıştır.18 Koçan ve ark., göçmenlerin kendilerini ifade edemedikleri ve sağlık çalışanları tarafından anlaşılamadıkları için güven problemi yaşadıklarını ortaya koymuştur.9 Bursa'da hane ziyaretleri yapılarak gerçekleştirilen bir çalışmada, göçmenlerin %17.1'inin hastalandıklarında hastaneye başvurmadıkları, başvurmama sebeplerinin %26.3'ünün dil problemleri olduğu bildirilmiştir.19 Tuzcu'nun Antalya ilinde hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, dış göç ile gelen hastaya bakım verirken; dil sorunu (%46.8) ve kültürlerarası farklılıktan kaynaklanan sorunlar (%42.1) yaşandığı saptanmıştır.20 Birçok hastanın kimlik numarası bulunmaması ve ilaç alabilmek için akrabaları aracılığıyla reçeteli ilaç almaya çalışması, kime bakım verdiğini bilemeyen hekimlerin ileride sorumlu tutulmaktan korkmalarına ve göçmen hastalara olan güvenlerinin sarsılması ile hasta hekim ilişkisinin bozulmasına yol açabilmektedir.17 Bir göçmenin sağlık hizmeti kullanımına yönelik görev alacak tercümanın hemcins olması özellikle bazı sağlık durumlarında önem arz etmektedir. Hemcins tercüman kullanımı, tıbbi öykü alma, fizik muayene yapma, tetkik için numune verme ve sağlık eğitiminde (gebelik ve düşük öyküsünü anlatması, batın muayenesi, kendi kendine meme muayenesi, ejakulat örneği verilmesi,..) verimi artıracaktır. Kurumsal olarak sağlanan tercümanlar istenilen niteliklerde olmadığında, yalnızca biraz daha iyi iletişim kurabildiği için veya

ülkeye daha önce geldiği için bir başka göçmeni veya çocuklarını sağlık hizmetlerinde aracı olarak kullanabilmektedir.21 Bazı göçmenler tercüman masrafından dolayı sağlık hizmetlerine erişememektedir. Hatta bu ücreti verebilseler bile sınırlı sayıdaki tercümana ulaşabilmek için uygun gün ve saati beklemek zorunda kalmaktadırlar veya bu sağlık hizmeti talebinden vazgeçmektedirler.21 Türkiye'de Göçmenlere Yönelik Sağlık İletişimi Hizmetleri Çeviribilim açısından ardıl çeviri, iletişim verilerinin süreç içerisinde toparlanıp özetlenerek aktarılmasıdır. Konuşmacı belirli bir süre konuştuktan sonra ara verir ve bu sırada çevirmen aldığı notlar aracılığıyla kaynak dilden hedef dile konuşmanın özetini aktarır.22 Toplum çevirmenliği ise çevirmenin çalıştığı, yaşadığı ya da bulunmak durumunda kaldığı sosyokültürel çevre itibari ile iletişim aracılığını üstlendiği çeviri türüdür. Genellikle kamu hizmetlerinin yürütülmesinde (polis merkezi, göçmen daireleri, sosyal hizmet merkezleri, hastaneler ve sağlık kuruluşları, okul) çalışanlar ile toplum arasında iletişimi sağlamak amacıyla ardıl çeviri yöntemi kullanılır. Yüz yüze ya da telefonda çeviri yapılabilir. Bu tür bir çeviri hizmeti gönüllüler tarafından, yakın akrabalar ve/ veya ilgili kurum çalışanları arasından dil bilenler tarafından gerçekleştirilir (doğal çevirmenler). Çevirmen olmaya yönelik herhangi bir eğitim almamışlardır.22 Sağlık hizmetlerinde yer alan tercümanın önem arz eden nitelikleri, cinsiyeti, dil bilgisi, kültürel anlayışı, etnik geçmişi, kültürel ağları, çeviri becerisi, bireysel pozitif ve negatif özellikleridir.21 Dünyada da göçmenler sağlık hizmetlerine erişimde başta dil ve iletişim olmak üzere birçok engel ve sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Sağlığa ilişkin engellerin, göçmenlerin ve ev sahibi toplulukların refahını etkilemekte olduğu ve küresel sağlık hedeflerine ve sağlıkla ilgili Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine (SDGs) erişmede zorluklar meydana getirdiği ifade edilmektedir.23 İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün (GİGM) Uyum Strateji Belgesi ve Ulusal Eylem Planı'nın temel bileşenlerinden biri "sağlık"tır. Bu öncelik kapsamındaki amaçlardan biri sağlık hizmetlerinin göçmenlerin ihtiyaçlarına ve kültürel farklılıklara duyarlı hale getirilmesi, farkındalık ve uyum faaliyetlerinin gerçekleştirilmesidir. Belirlenen hedefler; göçmenlerin sağlık okuryazarlıklarının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması, göçmenlerin sağlığa ilişkin hakları ile bunlara ulaşım yolları hakkında etkin bilgilendirilmelerin yapılması, göçmenlere hizmet sunulan sağlık tesislerinde, tercümanlık hizmetlerini de içerecek şekilde hasta rehberlik hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlık çalışanlarına, göç sağlığı hakkında eğitimler verilmesi ve sağlık çalışanı olan göçmenlerin sağlık hizmetlerinin sunumuna dâhil edilmesine yönelik çalışmalar yapılmasıdır.24 Göç yönetiminin ayrılmaz bir parçası olan uyum konusu Türkiye'nin sivil göç yönetimini oluşturan 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nda (YUKK) düzenlemiştir.25 Bu düzenleme ile uyum konusu ilk kez mevzuatımıza girmiş ve bu alanda politika oluşturulması için gerekli normatif çerçeve belirlenmiştir. Kanun'un 96. Maddesinde temel sağlık hizmetleri almaya ilişkin kursların yaygınlaştırılması hususu şerh düşülmüştür. Bu noktada, sosyal kültürel iletişimin gözetildiği ve sivil toplum kuruluşları için de hukuki bir alan açıldığı görülmektedir.25 Ayrıca, yabancıların toplumla karşılıklı uyumlarını sağlamak adına uyum faaliyetlerini planlama ve yürütme görevi verilen GİGM bünyesinde uyum faaliyetlerini ilgili kurumlarla iş birliği içerisinde planlamak ve uygulamak amacıyla Uyum ve İletişim Dairesi Başkanlığı kurulmuştur.26 Ülkemizdeki göçmenlere yönelik sağlık hizmetleri T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan birimler aracılığıyla yürütülmektedir. T.C. Anayasası'nın

Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması başlığını taşıyan 56. Maddesine göre, Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.27 Geçici Koruma Yönetmeliğinin 27. maddesinde hizmetlerin kapsamı yer almaktadır.28 Bu yönetmeliğin uygulama esaslarını belirten Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Yönergesi29 ile söz konusu düzenlemeyle verilen sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmiştir.30 Kısa adı SIHHAT olan "Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi" Projesi 2016 yılında faaliyete başlamıştır. Bu kapsamda 29 ilde 175 göçmen sağlığı merkezi içerisinde 785 göçmen sağlığı birimi açılmıştır.30 31.03.2020 tarihi itibariyle aralarında Suriyelilerin de yer aldığı 708 doktor, 966 hemşire/ebe, 11 psikolog, 11 sosyal çalışmacı, 13 teknisyen, Türkçe ve Arapça bilen 1.144 hasta yönlendirme rehberi ve 407 destek personeli istihdam edilmiştir. Sağlık Personelinin Eğitimi faaliyetinin amacı geçici koruma altındaki Suriyelilere hizmet veren sağlık personeli, Arapça ve Türkçe bilen hasta yönlendirme rehberlerinin göç sağlığı, kültürlerarası iletişim gibi konularda kapasitelerinin artırılmasıdır.30 Ruh Sağlığı çalışmaları kapsamında 50 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi personeli için 2 tur oryantasyon eğitimi düzenlenmiştir. 966 Arapça ve Türkçe bilen hasta yönlendirme rehberine 7 tur eğitim verilmiştir. 2520 sağlık personeline 22 tur eğitim verilmiştir.30 Sağlık okuryazarlığının artırılması çalışmaları kapsamında, göçmenlerin sağlık hizmetlerine olan taleplerini artırmak, kendi sağlık durumlarını takip etmelerini ve taleplerini doğru şekilde yönetmelerini sağlamak amaçlanarak 16 farklı konuda 500.000 poster ve 38 farklı konuda 20.000.000 broşür basılmış sağlık merkezlerine dağıtılmıştır.30,31 Ortalama her 4.000 kişiye hizmet verecek bir hekim ile bir yardımcı sağlık personelinden oluşan göçmen sağlığı merkezleri (GSM); ülkemizde, aile hekimliği için tanımlanan fiziki ve teknik standartlara göre yapılandırılmıştır.32 Geçici korunanların yoğun olarak yaşamadıkları yerlerde ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin, bu kişilerin başvuruda bulundukları ildeki toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezleri tarafından sunulmasına devam edilmektedir. Ayrıca Suriyeliler dışında çoğu Pakistan, Afganistan ve Irak'tan olmak üzere farklı uyruklardan göçmenlere veya GSM'lerin bulunmadığı yerlerde koruyucu sağlık hizmetleri ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele öncelikli olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmak için "Yabancı Uyruklular Polikliniği (YUP)" açılmıştır. Öncelikle her ilde en az bir YUP açılması planlanmış olup hali hazırda 80 ilde 98 poliklinik, hizmet vermektedir.31,33 Kadın Sağlığı Danışma Merkezleri Projesi ile Göçmen Sağlığı Merkezleri içerisinde kurulan 30 Kadın Sağlığı Danışma Merkezinde toplamda 4 hekim, 21 ebe/hemşire, 23 psikolog, 18 sosyal çalışmacı 44 sağlık aracısı, 90 tercüman ve destek personeli üreme sağlığı, koruma, psikososyal destek, vaka yönetimi ve yönlendirme konularında eğitim almıştır. Otuz Eylül 2019 tarihi itibariyle Kadın Sağlığı Danışma Merkezleri faaliyetleri Göçmen Sağlığı Merkezleri ile bütünleştirilmiştir.31 Yabancı Uyruklular Polikliniklerinin, o bölgenin ihtiyacına göre, dil bilen personel ile desteklenmesi düşünülerek yerel olanaklar ile gönüllü tercüman desteği sağlanmaya çalışılmıştır.33 Birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik tüm duyuru, afiş ve broşürler ve COVID-19 hastalığı (İngilizce ve Arapça), korunma yolları, rehberler ve

çalışma hayatını ilgilendiren bilgiler Göçmen sağlığı merkezlerinde kullanılmak üzere Türkçe dili formatı ile aynı görünümde Arapça dilinde hazırlanmıştır.34,35 Sivil Toplum Kuruluşları, Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Yönergesi çerçevesinde, geçici koruma altına alınanlara, gönüllülük esasına göre ve ücretsiz olarak sağlık hizmetlerini sunmak üzere gönüllü sağlık tesisleri açabilmektedirler.29 Türkiye'de 48 ulusal (AFAD, Mavi Hilal Vakfı, MAZLUMDER, Yeryüzü Doktorları,..), 17 uluslararası (Sınır Tanımayan Doktorlar, ASAM,..) sivil toplum kuruluşu bulunmaktadır.37 Türkiye'deki Suriyelilere yönelik olarak sivil toplum kuruluşları, başta sağlık olmak üzere beslenme, barınma, çalışma hakkı ve hukuki destek, Suriyeli çocukların eğitimi, Suriyeli kadınlar ve toplumsal uyum konularında çalışmalar yapmaktadır.10 Bu kuruluşlardan biri olan Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği (SGDD-ASAM) tarafından gerçekleştirilen Birleşmiş Milletler Dünya Sağlık Örgütü ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenen "Türk Sağlık Sistemi içinde Suriyeli Sağlık Çalışanlarının Kapasitelerinin Geliştirilmesi ile Kendi Nüfuslarına Hizmet Verecek Şekilde Kültüre Duyarlı Sağlık Hizmetlerinin Desteklenmesi: Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezlerinin Kurulması ve İdare Edilmesi" projesi 2017 yılında imzalanmıştır. Amaçları, Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezlerinde Suriyeli 300 doktor ve 300 hemşireye 6 haftalık bir eğitim verilerek istihdam edilmesi ve 4 ilde (Hatay, Mersin, Ankara, İzmir) Suriyeli sığınmacılara birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır.37 Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 12 Nisan 2013 tarihli yazısında, Sağlık Bakanlığı bünyesinde yurtdışından gelen hastalar ve turistlere 7 gün 24 saat Almanca, İngilizce, Arapça, Rusça, Farsça ve Fransızca dillerinde tercümanlık desteği verilmek üzere 444 47 28 numaralı çağrının kurulduğu belirtilmiştir. Bu kapsamda 112 Acil çağrı hattını arayan, 184 SABİM hattını arayan yabancı uyruklu hastalara, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler, taşra teşkilatı ve merkez teşkilatının idari birimlerini telefonla arayan yabancı kişilere, ülkeye gelen yabancı uyruklu hastalara ve turistlere sağlıkla ilgili konularda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde tedavi gören uluslararası hastaların medikal raporlarının çevirilerinde tercümanlık ve destek hizmeti verilmeye başlanmıştır.38 Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bir diğer yazısı ile de ülkemize sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında gelen hastaların sağlık hizmetine kolay ulaşmalarını sağlamak amacıyla "Uluslararası Hasta Destek Birimi Tercümanlık ve Çağrı Merkezi (UHDB)" kurulduğu belirtilmiştir.39 Merkezin çağrı numarası +90 850 288 38 38 olarak belirlenmiş olup 1 Nisan 2017 tarihinden itibaren hizmet vermeye başlamıştır. Merkezin vereceği hizmetler; uluslararası hastalar tarafından 112 ve 184 çağrı merkezlerine gelen yabancı dildeki telefon çağrıları veya UHDB'ye telekonferans ile yönlendirilen yabancı dildeki telefon çağrılarının tercüme edilerek (ardıl tercüme) Türkçe'den yabancı dile ve/veya yabancı dilden Türkçe'ye çevrilmesi ve Türkiye dışından gelen telefon çağrıları cevaplanarak ihtiyaca göre danışmanlık hizmeti verilmesi ya da öneri ve şikayetlerin kayıt altına alınması olarak belirlenmiştir. Uluslararası Hasta Destek Birimi Tercümanlık ve Çağrı Merkezi Almanca, Arapça, İngilizce, Rusça, Farsça, Fransızca olmak üzere 6 (altı) dilde hizmet vermektedir.39 2005 yılında insan ticareti mağdurlarına yardım amacıyla acil iletişim hattı olarak faaliyete başlayan 157, GİGM tarafından devralınmış ve 2015 yılında Yabancılar İletişim Merkezi (YİMER 157) adını almıştır. Yabancılar İletişim Merkezi aracılığı ile yabancılara her türlü acil durumda Türkçe, İngilizce, Arapça, Rusça, Almanca, Farsça ve Peştuca (Afganistan resmi dili) dillerinde 7/24 danışmanlık hizmeti

verilmektedir. İki bin yirmi yılının ilk yarısının sonuna kadar YİMER 157 ile yaklaşık 3.600.000 çağrı karşılanmış ve 2.500.000 farklı kişi ile görüşülmüştür.40

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin "sağlıklı" yürütülmesinde iletişim konusu her boyutuyla büyük önem arz etmektedir ve ana dilde bile önemli sorunların kaynağı olabilir. Dezavantajlı grupların başında gelen göçmenlerin sağlık durumu fizyolojik ve psikolojik yönden etkilenmişken sağlık hizmetlerine erişiminde de iletişim engelleriyle karşılaşmaktadırlar. Ülkemizde göçmenlere verilecek sağlık hizmetleri sunumunu kolaylaştırmaya yönelik büyük adımlar atılarak, ayrı sağlık merkezleri kurulmuş, mevcut sağlık merkezleri içinde tercüman desteği sağlanmış, çağrı merkezleri kurulmuş ve hatta yabancı sağlık personeli çalıştırılması yoluna gidilmiştir. Tüm bu çalışmaların yanında göçmenlerin doğru, etkili ve zamanında sağlık hizmetlerine ulaşmasının önündeki en büyük engel hala iletişim sorunlarıdır. Özellikle nitelikli tercüman açığının kapatılması için toplum çevirmenliği hizmetlerinin özendirilmesi, mevcut tercümanların sağlık ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Kaynakça

1. Cobley P. Communication: Definitions and Concepts. In: Donsbach Wolfgang, ed. The International Encyclopedia of Communication. 1st ed. John Wiley & Sons, Ltd; 2008
2. Selçuk TR, Sibel S. Sağlık Hizmetlerinde İletişim. 1st ed. Songür Yayıncılık; 2002.
3. Health Evidence Network Synthesis Report 62.; 2019.
4. Akyurt N. Sağlıkta İletişim ve Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri. Fırat Saglık Hizmetleri Derg. 2009;4(11):15-33.
5. Yilmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 2001;5(2):69-74.
6. Bayık Temel A. Çok Kültürlülük ve Kültürlerarası İletişimin Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Etkiler. In: Esen E, Yazici Z, eds. Onlar Bizim Hemşehrimiz: Uluslararası Göç ve Hizmetlerin Kültürlerarası Açılımı. 1st ed. Siyasal Kitabevi; 2011:43-74.
7. IOM. Göç Terimleri Sözlüğü. Uluslararası Göç Örgütü. Published online 2016. https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml31_turkish_2ndedition.pdf. 8. OHCHR. International Migration, Health and Human Rights. International Organization for Migration; 2008.
8. Koçan S, Demirci Güngördü N, Demir A, Üstün Ç. Bir grup sağlık çalışanının bakış açısıyla göçmen sorunu: nitel bir çalışma. J Turkish Stud. 2017;12(31), 361–378
9. Coşkun FB. Göçmen Kadınların Sağlık ve Hastalık Deneyiminde Kültürün Etkisi: İlişkisel Sosyolojik Bir Araştırma Yüksek Lisans Tezi.; 2019.
10. WHO. Migration and Health: Key issues. World Heal Organ - Reg Off Eur. Published online 2017:1-15. http://www.euro.who.int/en/health-topics/healthdeterminants/migration and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues.

11. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: A literature review. Risk Manag Healthc Policy. 2015;8:175-183.

12. Stimpson JP, Wilson FA, Su D, First W. Unauthorized Immigrants Spend Less Than Other Immigrants And US Natives On Health Care. 2013;32.

13. Akkoç S, Tok M, Hasiripi A. The problems encountered by healthcare workers while offering an medical care to refugees and asylum seekers. Heal Care Acad J. 2017;4(1):23.

14. Aygun O, Gokdemır O, Bulut L, Yaprak S, Guldal D. Evaluation of Primary Health Care Services Which Is Provided To Refugees Within a Public Health Center. Turkish J Fam Med Prim Care. 2016;10(1):6

15. Mardin FD. Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Metropol – Uydu Şehir Karşılaştırması. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul 2019.

16. 17. Çavuşoğlu F, Çal A, Avci İA. Göçmen Bireylere Sağlık Bakım Hizmeti Sunumunda Yaşanan Sorunlar. Türkiye Klin Halk Sağlığı Hemşireliği – Özel Konular. 2018;4(3):59. https://www.atifdizini.com/article/tr-gocmenbireylere-saglik-bakim-hizmetisunumunda-yasanan-sorunlar-153453.html.

17. Zengin M, Düken ME, Yayan EH, Suna Dağ Y. Hemşirelerin Suriyeli Sığınmacı Çocuklara Bakım Verirken Yaşadığı Güçlükler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2021; 9(1), 252-263.

18. Kalkan O, Gülay M, Vatan İ, Engindeniz FT, Bakış B, Mutlu Özyürek M, Özbek R. Bursa İli Osmangazi İlçesinde İkamet Eden Suriyeli Göçmenlerin Temel Sağlık Durumlarının Değerlendirmesi. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, Edirne, 20-24 Ekim 2014, S:457-458.

19. Tuzcu A. Göç alan Antalya ilinde hemşirelik öğrencilerinin kişisel olarak ve uygulama alanında göçle gelen bireylere bakım verirken yaşadığı sorunlar. International Journal of Human Sciences. 2014; 11(1), 535-550.

20. Coşkun E, Yılmaz Ç. Sığınmacıların Toplumsal Uyum Sorunları ve Sosyal Hizmetlere Erişimi: Düzce Uydu Kent Örneği. Sos Siyaset Konf Dergisi/Journal Soc Policy Conf. 2018;(75).

21. Kahraman R. Göç ve Çeviri: İltica Başvurularında Sözlü Çeviri Uygulamaları ve Toplum Çevirmeninin Rolü. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çeviribilim Anabilim Dalı, İstanbul, 2010

22. Birleşmiş Milletler. Uluslararası Göç Örgütü. Accessed June 23, 2020. https://www.iom.int/gmff/juries/2017.

23. TC İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Uyum Strateji Belgesi ve Ulusal Eylem Planı.

24. Türkiye Cumhuriyeti. Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu. Accessed June 24, 2020. https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6458.pdf.

25. TC İç İşleri Bakanlığı. Published 2020. Accessed June 24, 2020. https://www.goc.gov.tr/uyum-hakkinda

26. Türkiye Cumhuriyeti. TC Anayasası. Accessed June 24, 2020. https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf.

27. TC. Geçici Koruma Yönetmeliği. Accessed June 24, 2020. https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/21.5.20146883.pdf.

28. TC Sağlık Bakanlığı. Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Hakkında Yönerge. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1376,saglik-bakanligi-gecicikoruma-yonergesi-25032015pdf.pdf?0.

29. TC Sağlık Bakanlığı - Avrupa Birliği.Sıhhat Projesi. Accessed January 22, 2021. https://www.sihhatproject.org/proje-faaliyetleri_0-657.

30. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Birim Faaliyet Raporu Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.; 2020.

31. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Göçmen Sağlığı Merkezi. Accessed June 15, 2020. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/göçmensağlığı-merkezleri.html.

32. TC Sağlık Bakanlığı. Yabancı Uyruklular Polikliniği. Accessed June 10, 2020. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yabancıuyruklar-polikliniği.html.

33. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Göç Sağlığı Daire Başkanlığı Afiş ve Broşürler. Accessed June 10, 2020. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/gocsagligiafis-brosur.html.

34. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Arapça Covid-19 Afiş ve Broşürler. Accessed May 20, 2020. https://hsgm.saglik.gov.tr/ar.

35. Suriyeli Mülteciler ve STK'lar. Accessed June 24, 2020. https://graphcommons.com/graphs/0711e621-a8c5-4651-a1d6-33106c7bb3f1.

36. Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği. Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezleri. Accessed June 18, 2020. https://sgdd.org.tr/gocmen-sagligiegitim-merkezleri/

37. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yabancı Dilde Gelen Çağrılara Tercümanlık Hizmeti Veren Telefon Hattı (444 47 28). Accessed June 18, 2020. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/226,1367310603pdf.pdf?0.

38. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. 0 850 288 38 38 Uluslararası Hasta Çağrı Merkezi. Accessed May 23, 2020. https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,19893/0-850-288-38-38-uluslararasi-hasta-cagrimerkezimiz-izmete-girdi---e-mail--supporthtsaglikgov.html

39. TC İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Yabancılar İletişim Merkezi. Accessed May 20, 2020. https://yimer.gov.tr/TR/

TÜRKİYE'DE TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AŞI, BAĞIŞIKLAMA, AŞI KARARSIZLIĞI VE COVID-19 AŞISI HAKKINDAKİ BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİ

*Efsa ÖZBALIKÇI[1], **Elif Sude AYDIN**[1], Ilayda İPEK[2], Nalan ÖZEN[1], Merve YÜCELER[1], Onur ATEŞ[1], Hasan Sadık MAYDA[1], Muhammed Yasir KARTANCI[1], Sedanur GÜÇLÜ[1], Şevval AKDOĞAN[2], Tuğçe EFE[2], Elif Cansel KARASU[1], Murat TOPBAŞ[1]*
[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi
elifsudeaydin.esa@gmail.com

Aşılar, hem bireysel bağışıklığı sağlaması hem de toplumda aşılanmış birey sayısının artmasıyla birlikte aşılanmamış bireylerin etkenle karşılaşma olasılığının azalması sonucunda ortaya çıkan toplumsal bağışıklığı ("herd immunity") sağlaması açısından önemlidir (1). Aşılama programları bulaşıcı hastalıkları önleme ve ortadan kaldırma, hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltma, sağlıklı toplum gelişimi için maliyet etkin en iyi yöntemdir (2).

Etkin ve kapsayıcılığı yüksek aşılama çalışmaları sayesinde bugün tüm dünyada çiçek hastalığı eradike, ülkemizin de içinde olduğu 47 ülkede maternal ve neonatal tetanoz elimine edilmiştir (3). Ülkemiz 2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "Poliodan Arındırılmış Bölge" sertifikası ile belgelendirilmiştir. Ayrıca 22 Aralık 2020 tarihinde DSÖ, aşı ile önlenen hastalıklardan kızamıkçık hastalığının elimine edildiği ülke olduğumuz müjdesini de vermiştir. Diğer aşı ile önlenebilir hastalıklardan difteri, kızamık, kabakulak, hepatit A-B, boğmaca, Streptococcus pneumoniae'ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıklar ve Haemophilus influenzae tip b'ye bağlı gelişen menenjit, sepsis, bakteriyemi ve suçiçeği vaka görülme sıklıkları oldukça azalmıştır. Ancak bulaşıcı hastalıklara karşı kazanılan tüm bu başarılarla birlikte giderek artan aşı kararsızlığı, dünya için olduğu kadar ülkemiz için de büyük bir risk olarak karşımıza çıkmaktadır.

Aşı kararsızlığı, aşıyı kabullenmekte gecikme veya aşıya ulaşılmış olmasına rağmen reddetme durumu olup, bir ya da daha fazla aşı için söz konusudur (4). Zaman, yer ve aşılara göre değişen aşı kararsızlığı, yüksek aşı talebi ile tam aşı reddi arasındaki süreçte ortaya çıkmakta, aşıların bazılarının kabulünü, aşıları geciktirmeyi ve aşıların bazılarını reddetmeyi kapsamaktadır. Dolayısıyla aşı kararsızlığı ile aşı reddi arasında geçirgenlik de söz konusu olup birbirlerine dönüşebilme potansiyelleri oldukça yüksektir (5). Aşı kararsızlığının bu hızla devam etmesi durumunda kazanılan başarıların yok olması ve tekrar salgınlara zemin hazırlaması riski büyüktür (6). Yakın zamanda Avrupa'da yaşanan ve on binlerce çocuğu etkileyen, onlarcasının ölümüne yol açan kızamık salgınları bunun belirgin örnekleridir. Ülkemizde 2016 yılında görülen kızamık vaka sayısı 9 iken 2019 yılında bu sayı 2904'e yükselmiştir (7). ABD'de 1 Ocak-18 Temmuz 2019 tarihleri arasında 31 eyalette toplam 1148 kızamık vakası görülmüş (1992 yılından beri bildirilen en büyük vaka sayısı) ve vakaların çoğunun kızamığa karşı aşılanmamış kişiler olduğu belirlenmiştir (8). Dolayısıyla kazanılan başarıların yok olmaması için aşı kararsızlığı durumunun anlaşılması ve çözümüne yönelik stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir.

Aşı kararsızlığı ile ilgili yapılan birçok çalışmada topluma rol model olan hekimlerin ve diğer sağlık personelinin bireyler ile olan iletişiminin, doğru ve güvenilir bilgi aktarımının önemi vurgulanmaktadır. Hekimlerin aşılara yönelik tutumları ile hastalarına aşıya yönelik önerileri arasında güçlü bir ilişki vardır. Aşılama konusunda kararsızlığı olan sağlık çalışanları, aşılara güveni bir şekilde zayıflatabilir ve toplumdaki aşı kararsızlığı üzerinde güçlü bir etkiye sahip olabilir (9). İçinde bulunduğumuz COVID-19 pandemisi ile mücadele döneminde, sağlık çalışanları için COVID-19 aşılama çalışmaları ön plana çıkmıştır. Bu mücadelede, tutum ve davranışları ile topluma rol model olan hekimler tarafından COVID-19 aşısının kabulünün belirlenmesi, önümüzdeki aşılama çalışmaları için de yol gösterici olacaktır.

Bu çalışmada hem topluma rol model olmaları hem de uzaktan eğitim uygulamasından dolayı bu konu hakkında bilgiye ulaşmak için farklı kaynaklar kullanmaları nedeniyle ülkemizdeki tıp fakültesi öğrencilerinin, aşı, bağışıklama, aşı kararsızlığı ve COVID-19 aşısı konusundaki bilgi ve düşüncelerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Aralık 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında Türkiye'de bulunan Avrupa Tıp Öğrencileri Birliği'ne (EMSA, European Medical Students' Association) bağlı 33 "Öğrenci Toplulukları" (FMO, Faculty Member Organization) üyelerine ve bu üyeler aracılığıyla ülkemizdeki tıp fakültelerinde okuyan öğrencilere ulaşmak hedeflenmiştir. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu geliştirilen, aşı, bağışıklama, aşı kararsızlığı ve Covid-19 aşısı hakkında bilgi ve düşünceleri değerlendiren bir anket kullanılmıştır.

COVID-19 pandemisinden dolayı ülkemizdeki üniversiteler Mart 2020'den beri uzaktan eğitim sistemi ile eğitim vermektedir. Öğrenciler fakültelerinde olamadıklarından yüzyüze veya gözlem altında anket yapılamamaktadır. Bu nedenle literatürde de tanımlanan "uygun örnekleme yöntemi (Convenience Sampling)" kullanılmaya çalışılmıştır. Bu örneklem yönteminde, diğer örnekleme yöntemlerini kullanma olanağının olmaması ve araştırmanın konusu COVID-19 aşısı olduğu için zaman konusunda sınırlılıklar olması nedeniyle, erişilmesi kolay sistemler / kişiler üzerinden yararlanılmaya çalışılmıştır. Bu amaçla uzaktan / çevirimiçi anketlerin tıp fakültesi öğrencilerine ulaşmada önemli bir yol olabileceği düşünülmüştür. Araştırma için hazırlanan çevrimiçi anket linki, FMO üyeleri tarafından ulaşılabilen tüm tıp fakültesi öğrencilerine gönderilmiştir. Anket formu sistemde 15 gün ulaşılabilir kılınmış, ulaşılabilen kişilere en az 2 defa e-posta / sosyal medya / kişisel mesajlaşma servisleri kullanılarak bilgilendirme ve hatırlatma yapılmıştır. Sonuçta 1015 tıp fakültesi öğrencisine ait anket formu değerlendirmeye alınmıştır.

Online anket formu toplamda 4 bölüm ve 42 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara sosyodemografik ve sağlık durumu ile ilgili sorular (Cinsiyet, yaş, sınıf, yaşanılan şehir, birlikte yaşanılan kişiler, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, kronik hastalık durumu, düzenli kullanılan ilaç olup olmadığı, birlikte yaşanılan kişilerin kronik hastalık durumu, COVID-19 hastalığı şüphesi ile hekim başvurusu olup olmadığı, COVID-19 hastalık tanısı alıp almadığı, COVID-19 pandemisi sürecinde temaslı olup karantina uygulanıp uygulanmadığı), ikinci bölümde aşı ve bağışıklama ile

ilgili bilgi ve düşüncelerini (Çocukluk çağı aşılarının tam olarak yaptırılıp yaptırılmadığı, erişkin dönemde aşı yaptırıp yaptırmadığı, yaptırmış ise hangi aşılar olduğu, aşı/ bağışıklama ile yeterli bilgiye sahip olup olmama konusunda düşünceleri, ülkemizin Ulusal Aşı Takvimi›nde yer alan aşılar, ülkemizde uygulanan «standart, tek tip» Ulusal Aşı Takvimi hakkındaki düşünceleri, aşıların bulaşıcı hastalıkları önleme konusunda etkili olup olmadığı hakkındaki düşünceleri, toplumdaki aşılı bireylerin sayısının artmasının, aşılanmamış bireylerin hastalık etkeniyle temas olasılığını ve hastalığın o toplumda görülme sıklığını nasıl etkilediği konusundaki düşünceleri, aşıların önemi ve güvenilirliği konusundaki düşünceleri, bulaşıcı hastalıkları önleme konusundaki düşünceleri, bir çocuğa aşı yaptırma-yaptırmama kararını kim vermeli konusundaki düşünceleri, aşılara karşı düşüncelerini etkileyen faktör / faktörlerin neler olduğu, mevsimsel grip aşısı hakkındaki tutum ve davranışları), üçüncü bölümde aşı kararsızlığı ile ilgili düşüncelerini (Ülkemizdeki aşı kararsızlığı hakkındaki düşünceleri, ülkemizde aşı kararsızlığının en önemli nedeni, aşı kararsızlığına neden olan en önemli faktör, aşı kararsızlığının önlenmesi / azaltılması için alınması gereken önlemler, toplumda kararsızlığının yaygınlaşması durumunda; toplum sağlığının nasıl etkileneceği konusundaki düşünceleri, hekimlik uygulamaları sırasında aşı kararsızlığı ile karşılaşma durumunda nasıl bir yol izleneceği düşüncesi) ve dördüncü bölümde ise katılımcılara COVID-19 aşısı ile ilgili düşüncelerini (COVID-19 aşı çalışmalarını takip edip etmedikleri, COVID-19 aşısı Sağlık Bakanlığı tarafından kullanıma uygun olduğu bildirildiğinde yaptırıp yaptırmama ile ilgili düşünceleri, COVID-19 aşısını yaptırmayı düşünürlerse nedenlerinin ne olduğu, COVID-19 aşısını yaptırmamayı düşünürlerse nedenlerinin ne olduğu, COVID-19 aşısını yakınlarına (aile / arkadaş / akraba) önerip önermeme ile ilgili düşünceleri) değerlendiren sorular yöneltilmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu'ndan (09.12.2020 tarihli) ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (25.01.2021 tarih ve KTÜ-BAEK 2020/368-6 nolu karar) alınmıştır.

Verilerin analizinde SPSS 23,0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmada tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Kategorik verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. İkiden fazla grup karşılaştırmalarında (çok gözlü tablolarda) istatistiksel anlamlılık ortaya çıktığında, gruplar arası fark/farkların hangi durumlardan kaynaklandığını belirleyebilmek için SPSS "Custom tables" komutu kullanılarak post hoc analiz yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmaya 1015 kişi katılmıştır. Katılımcıların %64,7'si (n=657) kadın, %35,3'ü (n=358) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 21,2 ± 2,5 yıl (17-49) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %59,3'ü (n=602) klinik öncesi (hazırlık, dönem 1, 2 ve 3), %40,7'si (n=413) klinik dönem (dönem 4, 5 ve 6) öğrencisidir. Katılımcılara ait diğer sosyodemografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %8,3'ünün (n=84) kronik hastalığı bulunmakta ve %14,9'u (n=151) düzenli ilaç kullanmaktadır. %35,1'i (n=356) birlikte yaşadığı kişilerden en az birinin kronik hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir. COVID-19 şüphesi ile hekime başvuranların oranı %23,5 (n=239) olup

tüm katılımcıların %10,0'ı (n=101) kesin COVID-19 tanısı almıştır. Temaslı durumunda olup karantina uygulanan kişi sayısı 249 (%24,5)'tir (Tablo 2).

Katılımcılarının %87,2'si (n=885) çocukluk çağı aşılarının tam olarak yaptırıldığını, %1,8'i (n=18) yaptırılmadığını, %11,0'ı (n=885) ailesinin hatırlamadığını veya bu konu hakkında bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Erişkin dönemde aşı yaptıranların oranı ise %34,5 (n=350) olup yaptırılan aşılar Hepatit A, Hepatit B, Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK), Pnömokok, Meningokok, Hpv, Kuduz, Tetanoz ve İnfluenza aşılarıdır. Çalışmamıza katılan öğrenciler arasında, genişletilmiş bağışıklama programı, aşı takvimi, aşı türleri, aşıların içerikleri, aşılara bağlı olası yan etkiler, aşı yapılmadığı takdirde ortaya çıkabilecek riskler konusunda yeterli bilgiye sahip olup olmadığını düşünenlerin dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir. Toplumsal bağışıklık hakkında yöneltilen "Toplumdaki aşılı bireylerin sayısının artması, aşılanmamış bireylerin hastalık etkeniyle temas olasılığını ve hastalığın o toplumda görülme sıklığını nasıl etkiler?" sorusuna katılımcıların %84,6'sı (n=859) "azaltır" yanıtını vermiştir.

Aşı ve bağışıklama ile ilgili düşünceler incelendiğinde katılımcıların %43,5'i (n=442) "Standart, tek tip" Ulusal Aşı Takvimini doğru bulurken %48,2'si (n=489) bu konuda kararsız olduğunu ve %8,3'ü (n=84) ise doğru bulmadığını belirtmiştir. Aşıların bulaşıcı hastalıkları önleme konusunda etkili olduğunu düşünenlerin oranı ise %93,5 (n=949)'dur. Katılımcıların %70,0'ı (n=711) aşılara karşı olumlu düşüncelere sahip olmalarını en çok etkileyen faktörün aşıların zararından çok yararının olması olduğunu belirtmiştir. Olumsuz düşüncelere sahip olmalarını en çok etkileyen faktörün ise aşıların firmalar tarafından ticari amaçlı üretilmesi ve aşıların ülkemizde üretilmemesi olduğunu belirtmişlerdir. Bir çocuğa aşı yaptırma/yaptırmama kararını kim vermeli sorusunda en çok tercih edilen seçenekler Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı (%80,8), Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (%63,6) ve Aile Hekimi (%50,6) olmuştur. Mevsimsel grip aşısına karşı tutum ve davranışlar incelendiğinde katılımcıların %25,5'i (n=259) hayatı boyunca en az bir defa grip aşısı yaptırdığını, %22,8'i (n=231) hayatı boyunca hiç yaptırmadığını ancak yaptırmayı düşündüğünü, %51,8'i (n=525) ise hayatı boyunca hiç yaptırmadığını ve yaptırmayı da düşünmediğini belirtmiştir.

Grafik 1'de katılımcıların bazı aşıların önemi hakkındaki düşünceleri gösterilmiştir. Hepatit B aşısı %93,3 oranla en çok katılımcı (n=947) tarafından önemli görülen aşı olmuştur. Grafik 2'de katılımcıların aşıların güvenilirliği hakkındaki düşünceleri gösterilmiştir. Katılımcıların %82,6'sı (n=838) aşıların uygulama şeklini güvenli bulurken, %21,5'i (n=218) aşıları olası yan etkileri nedeniyle güvenilir bulmadığını ve %40,6'sı (n=412) ise aşıların içeriğinde bulunan kimyasal maddeler nedeniyle güven konusunda kararsız olduğunu belirtmiştir.

Aşı kararsızlığı ile ilgili düşünceler incelendiğinde katılımcıların %86,4'ü (n=877) ülkemizdeki aşı kararsızlığı sayısının zamanla arttığını düşünmektedir. Aşı kararsızlığına neden olan en önemli faktör olarak katılımcıların %45,2'si (n=459) medya araçlarının, %24,2'si (n=246) toplumda rol model olarak kabul edilen insanların aşılar hakkındaki olumsuz ifadelerinin, %13,6'sı (n=138) ise geleneksel tıp sempatizanlarının aşılar hakkındaki düşüncelerinin olduğunu belirtmişlerdir. Ülkemizdeki aşı kararsızlığının en önemli nedenleri olarak katılımcıların %87,1'i (n=884) medyada

aşılar ile ilgili olumsuz ifadeler okuma-duyma olduğunu, %82,7'si (n=839) aşıların içeriğine güvenmeme olduğunu, %77,5'i (n=787) ilaç-aşı şirketleri hakkında olumsuz düşüncelere sahip olma olduğunu, %68,1'i (n=691) ise aşıların yan etkilerine yönelik duyulan endişe olduğunu belirtmişlerdir. Toplumda aşı kararsızlığının yaygınlaşması durumunda katılımcıların %87,3'ü (n=886) bulaşıcı hastalık salgınlarının artacağını düşünmektedir. Katılımcılara göre aşı karasızlığının önlenmesi/ azaltılması için alınması gereken en etkili önlemler; ebeveynlere aşılama/bağışıklama ile ilgili eğitim verilmesi, devletin konuya sahip çıkarak sahiplenici bir rol üstlenmesi ve aşıların güvenli olduğuna yönelik bilimsel araştırmalar yapılması şeklinde belirlenmiştir. Hekimlik uygulamaları sırasında aşı kararsızlığı ile karşılaşmaları durumunda katılımcıların %46,9'u (n=476) kişi/kişileri ikna edemezse gerekli makamlara durumu bildireceğini, %44,9'u (n=456) kişi/kişileri ikna edemezse kararlarına saygı duyacağını, %8,2'si (n=83) karara saygı duyup hiçbir şey yapmayacağını belirtmiştir.

Tablo 4'te katılımcıların COVID-19 aşısı ile ilgili düşünceleri gösterilmiştir. Aşının Sağlık Bakanlığı tarafından kullanıma uygun olduğu bildirildiğinde katılımcıların %53,4'ü (n=542) hemen yaptırmayıp bekleyeceğini belirtmiştir. COVID-19 aşısını yaptırıp yaptırmama konusundaki düşünceler incelendiğinde aşıyı yaptırmayı düşünenlerin (n=296) %69,5'i (n=206) hastalığın yayılmasını engellemek için aşıyı yaptıracağını belirtmiştir. COVID-19 aşısını yaptırmamayı düşünenlerin (n=27) ise %97,0'ı (n=26) aşının yan etkilerinin olup olmayacağı konusundaki endişelerinden dolayı aşıyı yaptırmayacağını belirtmiştir.

Tablo 5'te katılımcıların bazı özelliklerine göre COVID-19 aşısını yaptırıp yaptırmama konusundaki düşünceleri gösterilmiştir. Katılımcıların kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre COVID-19 aşısını yaptırıp yaptırmama konusundaki düşünceleri ki-kare testi ile karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,011). Gruplar arasındaki fark/ farkların hangi durumlardan kaynaklandığını belirleyebilmek için SPSS "Custom tables" komutu kullanılarak post hoc analiz yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda kronik hastalığa sahip olan ve olmayan iki grupta "Hemen yaptırırım" yanıtını verenler arasında (Kronik hastalığa sahip olanların %42,9'u (n=36), kronik hastalığa sahip olmayanların ise %27,9'u (n=260) "Hemen yaptırırım" yanıtını vermiştir.) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,004). Aynı analiz sonucunda aynı iki grupta "Kararsızım" yanıtını verenler arasında da (Kronik hastalığa sahip olanların %6,0'ı (n=5), kronik hastalığa sahip olmayanların ise %15,6'sı (n=145) "Karasızım" yanıtını vermiştir.) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,017).

Katılımcıların COVID-19 tanısı alıp almama durumlarına göre COVID-19 aşısını yaptırıp yaptırmama konusundaki düşünceleri ki-kare testi ile karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,004). Gruplar arasındaki fark/farkların hangi durumlardan kaynaklandığını belirleyebilmek için SPSS "Custom tables" komutu kullanılarak post hoc analiz yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda COVID-19 tanısı alan ve almayan iki grupta "Asla yaptırmam" yanıtını verenler arasında (COVID-19 tanısı alanların %7,9'u (n=8), COVID-19 tanısı almayanların ise %2,1'i (n=19) "Asla yaptırmam" yanıtını vermiştir.) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,003). Katılımcılardan COVID-19 hastalık tanısı alanların %33,6'sı (n=34), hastalık tanısı

almayanların ise %33,7'si (n=308) COVID-19 aşısını yakından takip etmektedir. Yapılan analiz sonucunda hastalık tanısı alanlar ile almayanlar arasında COVID-19 aşısını takip etme davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,977).

Katılımcıların klinik öncesi dönem ve klinik dönemde olmalarına göre COVID-19 aşısını yakınlarına önerip önermeme konusundaki düşünceleri ki-kare testi ile karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,010). Gruplar arasındaki fark/farkların hangi durumlardan kaynaklandığını belirleyebilmek için SPSS "Custom tables" komutu kullanılarak post hoc analiz yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda klinik dönemde olanlar ve klinik öncesi dönemde olanlar şeklindeki iki grupta "Öneririm" yanıtını verenler arasında (Klinik dönemde olanların %57,1'i (n=236), klinik öncesi dönemde olanların ise %48,3'ü (n=291) "Öneririm" yanıtını vermiştir.) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,006). Aynı analiz sonucunda aynı iki grupta "Kararsızım" yanıtını verenler arasında da (Klinik dönemde olanların %39,5'i (n=163), klinik öncesi dönemde olanların ise %45,7'si (n=275) "Kararsızım" yanıtını vermiştir.) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,050). COVID-19 hastalık tanısı alanlarla almayanlar arasında COVID-19 aşısını yakınlarına önermeyi düşünme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,616) (Tablo 6).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (N=1015)

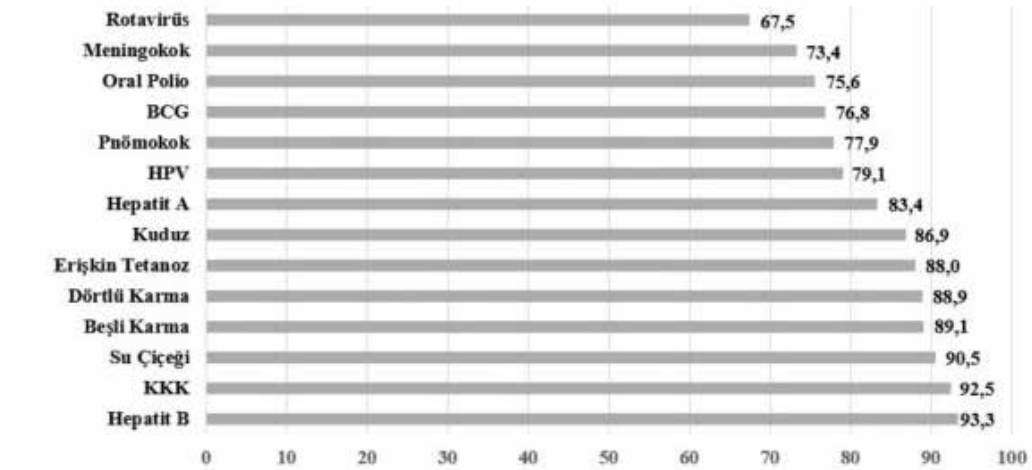
Özellikler	Seçenekler	n	%
Cinsiyet	Kadın	657	64,7
	Erkek	358	35,3
Yaş (Ortalama ± SS)	21,2 ± 2,5 (Yıl)		
Sınıf	Hazırlık	11	1,1
	Dönem 1	253	24,9
	Dönem 2	235	23,2
	Dönem 3	103	10,1
	Dönem 5	93	9,2
	Dönem 4	54	5,3
	Dönem 6	266	26,2
Yaşanılan şehir	İstanbul	192	18,9
	Trabzon	159	15,7
	Ankara	106	10,4
	İzmir	39	3,8
	Samsun	38	3,7
	Bursa	30	3,0
	Diğer	451	44,5
Birlikte yaşanılan kişi/kişiler	Aile ile	731	72,0
	Akraba ile	8	0,8
	Arkadaş ile	138	13,6
	Yalnız	138	13,6
Medeni durum	Bekar	1005	99,0
	Evli	10	1,0

Tablo 2. Katılımcıların ve Birlikte Yaşadıkları Kişilerin Sağlık Durumu ile İlgili Özellikler (N=1015)

Özellikler	Seçenekler	n	%
Kronik hastalık varlığı	Evet	84	8,3
	Hayır	931	91,7
Düzenli kullanılan ilaç	Evet	151	14,9
	Hayır	864	85,1
COVID-19 hastalığı şüphesi ile hekim başvurusu	Evet	239	23,5
	Hayır	776	76,5
COVID-19 hastalığı tanısı alma	Evet	101	10,0
	Hayır	914	90,0
Karantina durumu	Evet	249	24,5
	Hayır	766	75,5

Tablo 3. Katılımcıların Aşı ve Bağışıklama ile İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumları (N=1015)

Özellikler	Seçenekler	n	%
Genişletilmiş aşılama programı/Aşı takvimi ile ilgili bilgi sahibi olma	Evet	504	49,7
	Hayır	511	50,3
Aşı türleri ile ilgili bilgi sahibi olma	Evet	604	59,5
	Hayır	411	40,5
Aşıların içeriği ile ilgili bilgi sahibi olma	Evet	439	43,3
	Hayır	576	56,7
Aşıların olası yan etkileri ile ilgili bilgi sahibi olma	Evet	558	55,0
	Hayır	457	45,0
Aşı yapılmadığı zaman ortaya çıkabilecek riskler konusunda bilgi sahibi olma	Evet	774	76,3
	Hayır	241	23,7



Grafik 1. Katılımcıların Aşıların Önemlilik Durumu Hakkındaki Düşünceleri (N=1015)



Grafik 2. Katılımcıların Aşıların Güvenilirliği Hakkındaki Düşünceleri (N=1015)

Tablo 4. Katılımcıların COVID-19 Aşısı ile İlgili Düşünceleri (N=1015)

Özellikler	Seçenekler	n	%
COVID-19 aşı çalışmalarını	Evet, ara sıra takip ediyorum	627	61,8
	Evet, yakından takip ediyorum	342	33,7
	Hayır, hiç ilgilenmiyorum	46	4,5
COVID-19 aşısının hangi ülke tarafından geliştirildiği sizin için önemli midir?	Evet	600	59,1
	Hayır	415	40,9
Çalışmaları devam eden COVID-19 aşısını Sağlık Bakanlığı tarafından kullanıma uygun olduğu bildirildiğinde:	Hemen yaptırmam, beklerim	542	53,4
	Hemen yaptırırım	296	29,2
	Kararsızım	150	14,8
	Asla yaptırmam	27	2,7
COVID-19 aşısını yakınlarınıza (aile / arkadaş / akraba) önerir misiniz?	Evet	527	51,9
	Kararsızım	438	43,2
	Hayır	50	4,9

Tablo 5. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre COVID-19 Aşısını Yaptırıp Yaptırmama Konusundaki Düşünceleri

Özellikler	Seçenekler	COVID-19 Aşısını hemen yaptırırım		COVID-19 Aşısını hemen yaptırmam, beklerim		COVID-19 Aşısını asla yaptırmam		Kararsızım		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	179	27,2	356	54,2	18	2,7	104	18,5	0,261
	Erkek	117	32,7	186	52,0	9	2,5	46	12,8	
Kronik hastalık varlığı	Evet	36	42,9*	41	48,8	2	2,4	5	6,0	0,011
	Hayır	260	27,9	501	53,8	25	2,7	145	15,6**	
	*Posthoc p = 0,004, **Posthoc p = 0,017									
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	55	36,4	72	47,7	2	1,3	22	14,6	0,139
	Hayır	241	27,9	470	54,4	25	2,9	128	14,8	
Birlikte yaşanılan kişilerde kronik hastalık durumu	Evet	96	27,0	195	54,8	10	2,8	55	15,4	0,726
	Hayır	200	30,3	347	52,7	17	2,6	95	14,4	
COVID-19 hastalık tanısı alma	Evet	29	28,7	54	53,5	8	7,9*	10	9,9	0,004
	Hayır	267	29,2	488	53,4	19	2,1	140	15,3	
	*Posthoc p = 0,001									
Herhangi bir yakınının (aile/arkadaş /akraba) COVID–19 hastalık tanısı alması	Evet	248	28,5	473	54,4	21	2,4	127	14,6	0,325
	Hayır	48	32,9	69	47,3	6	4,1	23	15,8	
COVID-19 pandemisi döneminde temaslı durumunda olup karantina uygulanması	Evet	62	24,9	141	56,6	10	4,0	26	14,5	0,172
	Hayır	234	30,5	401	52,3	17	2,2	114	14,9	

Tablo 6. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre COVID-19 Aşısını Tanıdıklarına Önerip Önermeme Konusundaki Düşünceleri

Özellikler	Seçenekler	COVID-19 aşısını yakınlarına önermeyi düşünenler		COVID-19 aşısını yakınlarına önermeyi düşünmeyenler		Kararsızlar		p
		n	%	n	%	n	%	
Dönem	Klinik Öncesi	291	48,3	36	6,0	275	45,7**	0,010
	Klinik	236	57,1*	14	3,4	163	39,5	
	Posthoc p* = 0,006, Posthoc p** = 0,050							
COVID-19 hastalık tanısı alma	Evet	51	50,5	7	6,9	43	42,6	0,616
	Hayır	476	52,1	43	4,7	395	43,2	

Çalışmamızın en önemli ve güçlü yönü, güncel bir konu hakkında ülkemizdeki tüm tıp fakültelerinde öğrenim gören öğrencilerde yapılan geniş çaplı bir çalışma olmasıdır. Kısıtlılıkları ise COVID-19 pandemisi nedeniyle katılımcılarla yüz yüze görüşülemediğinden çalışmanın online ortam üzerinden yapılması ve dolayısıyla örneklem büyüklüğünün net belirlenememesidir. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma için, katılan 1015 tıp fakültesi öğrencisinin, sonuçlar tamamen genellenebilir olmasa da konu hakkında genel bilgi vermesi açısından uygun ve yeterli olduğu düşünülmüştür.

Aşılara güveni artıracak stratejiler kapsamında aşıların üretim, saklama, dağıtım ve uygulama süreçlerinin tıp fakültesi öğrencileri de dahil olmak üzere tüm sağlık çalışanları ile uygun bir yöntemle paylaşılması, aşı hakkındaki bilgilerini artıracak, şüphelerini ve endişelerini giderecek ve böylece hem kendi aşılarını hem de topluma tavsiyelerini kolaylaştıracaktır. COVID-19 aşısı ile ilgili endişeler çoğunlukla yeni bir aşı hakkındaki yetersiz bilgiden ve özellikle uzun vadede olası yan etkiler konusundaki endişelerden kaynaklanmaktadır. COVID-19 aşısının kabulü, süregelen pandeminin zamanla değişen morbidite ve mortalite değerlerine göre değişebilir.

Tıp fakültesi öğrencilerinin aşı, bağışıklama, aşı kararsızlığı ve COVID-19 aşısı konusundaki bilgilerini arttırmak amacıyla bu konuda düzenlenen kongre, sempozyum, toplantı ve eğitimlere katılımlarının sağlanması, ulusal sağlık sorunlarına duyarlı, toplum sağlığıyla ilgili becerilere sahip hekimler yetiştirilmesi açısından önemlidir.

TÜRKİYE'DEKİ KADAVRA KRİZİ SAĞLIK İLETİŞİMİ İLE ÇÖZÜLEBİLİR Mİ?

Ömer Can KIZILAY, *Behiye SARIYILDIZ, Eda Duygu İPEK*
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Anatomi ABD, Aydın, Turkey
ockizilay@adu.edu.tr

Kadavra diseksiyonu mezuniyet öncesi tıp eğitiminin temel parçalarından birini oluşturan anatomi öğreniminin en önemli unsuru olması yanında, mezuniyet sonrası eğitim protokollerinde de sıkça kullanılmaya başlanmıştır (1,2). Teknolojinin ilerlemesi ile beraber anatomi öğreniminde kadavra diseksiyonuna alternatif materyaller ortaya koyulmuş olsa da kadavra diseksiyonu anatomi eğitimi için halen önemini korumaktadır (3,4). Ancak dünyanın pek çok yerinde üniversiteler anatomi eğitimi için yeterli sayıda kadavraya sahip değillerdir (5–12). Yakın zamanlı olarak ülkemizde yapılmış bir çalışmada tıp eğitiminde 1 kadavraya 69.9 öğrencinin düştüğü, Türkiye'nin de kadavra sıkıntısı çeken ülkelerden olduğu belirtilmiştir. (13). Aynı çalışmada dikkat çeken diğer detaylar ise 4 üniversitenin hiç kadavrası olmaması veya sadece 3 üniversitenin 10 öğrenciye 1 kadavra sağlayabilmesiydi (13). Bu çalışmada Türkiye'de kadavra temininde karşılaşılan sorunların analiz edildiği çalışmaları inceleyerek, kadavra temininde krize sebep olabileceği düşünülen etmenlerden sağlık iletişimi aracılığıyla aşılabileceğini düşündüklerimizi analiz etmeye çalıştık.

Çalışmamıza veri toplamak için pubmed, sciencedirect, researchgate ve google akademik veri tabanlarını kullandık. Kullandığımız ilk arama motoru pubmed idi. Başlangıçta ''medical subject headings'' (MeSH) terimlerini içeren görece uzun arama kodları ile makale taramaya çalıştığımızda bir elin parmaklarını geçmeyecek sayıda makaleye ulaşabildik. Daha sonra arama kodumuzu ''Attitudes, profile, motivation, behavior, religious, cultural, willingness, knowledge, influence, awarness; body donation, cadaver donation; turkey, turkish'' kelimelerinin kombinasyonlarını (örneğin: ("cadaver"[MeSH Terms] OR "cadaver"[All Fields] OR "cadavers"[All Fields] OR "cadaver s"[All Fields]) AND ("donate"[All Fields] OR "donated"[All Fields] OR "donates"[All Fields] OR "donating"[All Fields] OR "donation"[All Fields] OR "donations"[All Fields] OR "donator"[All Fields] OR "donators"[All Fields]) AND ("turkey"[MeSH Terms] OR "turkey"[All Fields] OR "turkey s"[All Fields] OR "turkeys"[MeSH Terms] OR "turkeys"[All Fields]) AND ("attitude"[MeSH Terms] OR "attitude"[All Fields] OR "attitudes"[All Fields] OR "attitude s"[All Fields])) içerecek şekilde düzenleyerek daha fazla makaleye erişmeye çalıştık. Böylelikle pubmed'e kayıtlı 165 makaleye eriştik. Bu makalelerin başlık ve özet kısımlarını inceleyerek Türkiye'de kadavra bağışından bahsedilen 5 makaleyi çalışmamıza dahil ettik.

(4,13–16). Sözü geçen beş makale pubmed'in ''similar article'' özelliği kullanılarak 1023 makaleye daha erişmemizi sağladı. Böylelikle arama kodlarımızla erişemediğimiz makale olup olmadığını denetlemeye çalıştık. Fakat altıncı bir makaleye ulaşamadık. Benzer yöntemlerle veri arayışımızı sciencedirect, researchgate ve google akademikte de sürdürdüğümüzde sekiz çalışmaya daha erişebildik (17–24).

Anadolu'da kadavra diseksiyonu 1841'de Sultan Abdülmecit döneminde gayrimüslim mahkumlarla başlamış olup (25) 2014 yılında kadavra ithalinin kabulü ile günümüzdeki haline gelmiştir (26). Yakın zamanda yapılan bir çalışmaya göre üniversitelerin kadavra teminini sağlamada sahiplenilmemiş kadavralar başı çekmektedir. Bunu yakından takip eden diğer bir kaynak ise kadavra bağışlarıdır (13). Kadavra bağışlarının kadavra temini için bu denli önemli olması ve her geçen gün artan kadavra ihtiyacının karşılanabilmesi için Türk Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği 2012 yılında ulusal kadavra bağışı kampanyası başlatmıştır. Fakat bu kampanyayı 2016 yılında yapılan bir çalışmaya göre sadece dokuz üniversite (13); 2019 yılında yapılan bir diğer çalışmaya göre ise sadece on iki (16) üniversite anatomi anabilim dalı internet sayfalarında kadavra bağışına dair paylaşımlarda bulunarak desteklemiştir. Anatomi anabilim dallarının internet sayfalarında kadavra bağışına dair bilgilendirmelerin yapılmasının anatomistler ve toplum arasında iletişimi kuvvetlendirecek ve muhtemel kadavra bağışı sayısını artırabilecek potansiyele sahip olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca günümüz teknolojisi göz önüne alındığında internet üzerinden bilgi paylaşımının yapılması oldukça kolay ve hızlı yoldan sağlık iletişimini kuvvetlendirecek güce sahip olacaktır. Beden bağışı ve internet ilişkisini ele alan bir vaka çalışmasında (24): COVID-19 salgını esnasında Eskişehir'deki 55 yaşındaki bir beden bağışçısı adayı bedenini bağışlamak için üniversite ile iletişime geçtiği fakat pandemi yüzünden potansiyel beden bağışçısı ile yüz yüze görüşülemediği belirtilmiş. Beden bağışçısı ile olan yazışmalar online şekilde sürdürülmek zorunda kalınmış. Potansiyel beden bağışçısının online işlemler için yakınlarından yardım almak zorunda kalması bağış sürecini olumsuz etkilemiş. Bu çalışmada hassas belgelerin ve bağışçının mahremiyetinin korunmasının zorluğundan bahsedilmiş. Bu deneyimden yola çıkan araştırmacılar da Türkiye'de birçok resmi işlemin yürütüldüğü ‹›www.turkiye.gov.tr‟ internet adresine kadavra bağışına dair bir uygulamanın eklenmesini isteklerini dile getirmişlerdir.

Kadavra bağışlarının önünde yer alan ve sağlık iletişiminin güçlendirilmesi ile aşılabilecek bir diğer yanlış bilgi de donörlerin bedenlerine kötü davranılacağını düşünmeleridir (4,23,27). 18-85 yaş arası 780 katılımcının dahil olduğu bir çalışmada (27) katılımcıların 245 tanesi (%32,4) tıp fakültesi öğrencilerinin diseksiyon esnasında ölü bedene saygısız davranacaklarını düşündüklerini belirtmişlerdir. 232 diş hekimliği fakültesi öğrencisinin dahil olduğu bir diğer çalışmada (23) da katılımcıların 71'i (%30,6) bedenlerinin kötü muamele göreceklerini düşündüklerinden beden bağışçısı olmak istemediklerini belirtmişlerdir. Beden bağışçısı olmak istemeyen bu 71 katılımcının %78,9'unu kadınlar oluşturmaktadır ve bu değere çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Benzeri durumlar yurtdışında yapılan çalışmalarda da kadın ve çocuk kadavra sayısının azlığına dikkat çekmek için daha önce de dile getirilmiştir (28). Maalesef 83 anatomistin dahil olduğu bir diğer çalışmada ise katılımcıların %63,9'u beden bağışçısı olmak istemediklerini ve benden bağışçısı olmak istemeyenlerin %26,5'i de kadavraya saygısızca davranılacağını düşündüklerini belirtmişlerdir. Anatomistlerin dahi kadavraya saygısızca davranılacağını düşünmesi kadavra ile eğitim sürecinde istenmeyen durumların yaşanabildiğini işaret etmektedir. Anatomistler arasında dahi kadavra bağışına olumsuz bakılmasına neden olan durumlar öğrencilerin davranış ve tutumlarından kaynaklı ise kadavra eğitimi görecek öğrenciler için kadavra eğitim dersleri oluşturulabilir. Bu derslerde

öğrencilere insan bedenine kişi canlıyken olduğu gibi öldükten sonra da değer verilmesi ve saygı gösterilmesi gerektiği aktarılabilir. Keza anatomistler arasında yapılan bir çalışmada bağışçı olan ölünün diğer ölülerden daha saygın olduğu popüler bir fikir olarak öne çıkmaktadır (18). Birçok çalışma kadavraları sessiz öğretmen, ilk öğretmen olarak nitelendirmiştir. Benzer yaklaşımlar bu derslerde öğrencilere aktarılabilir (29,30). Yine öğrencileri duygusal ve düşünsel açıdan kadavra ile karşılaşma deneyimine hazırlamaya yönelik bir ders yapılması gerektiği de Türk anatomistleri tarafından desteklenen bir görüştür (18). Kadavra ile karşılaşmadan önce oryantasyon dersi alan öğrencilerin, oryantasyon dersi almayan öğrencilere göre hem sözlü hem de yazılı sınavda daha başarılı olduğunu ortaya koyan bir başka çalışma da mevcuttur (31). Ayrıca tıp fakültesi öğrencileri; kadavraların alınması, tahnit edilmesi ve hazırlanması süreci ile ilgili bir dersin oluşturulmasının yaşadıkları korku ve stresi azaltacağını düşündüklerini belirtmişlerdir (21). Öğrencilerin sergiledikleri kadavra bedenine yönelik uygunsuz tutum ve davranışların ise, anatomistler arasında çok popüler bir fikir olmasa da, öğrencilerin bunu yaşadıkları gerilimle baş etmek için sergiledikleri ve göz ardı edilmesi gerektiği de gündeme gelmiştir (18). Tüm bu bahsedilenlerde de anlaşılacağı gibi öğrenci ile öğretmen arasında, üniversiteler ve toplum arasında sağlık iletişiminin yetersizliğinden doğan bir güvensizlik bulunduğu çıkarımı yapılabilir. Örneğin anatomistlerin saygısızlık olarak görüp beden bağışçısı olmak istememelerine yol açan durum: öğrencilerin kadavra başında sergiledikleri uygunsuz tutum ve davranışlar olabilir mi? Ve bu durum aslında öğrencilerin yaşadıkları gerilimle baş etme cabalarından ibaret olabilir mi? Elbette bu soruların cevapları için daha geniş kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmakta ve bu geniş ölçekli araştırmaların öğrencilere, anatomistlere ve topluma sağlık iletişimi araçları ile ulaştırılması gerekmektedir.

Toplumun sağlık iletişimindeki yetersizlikten dolayı güvenmediği bir diğer kurum doktorlar ve hastanelerdir. Doktorların kadavra bağışçılarının hayatlarını kurtarmak için daha az caba sarf edeceği veya kadavra bağışı sisteminin müesseseleşmediği daha önceki çalışmalarda katılımcılar tarafından dile getirilmiştir (23,27). Belki de bu yanlış bilgilerin önüne geçmek için üniversite etik kurulları kadavra yönergeleri hazırlamalı ve hastaneler kadavra politikaları oluşturmalıdır (22). Oluşturulacak olan yönerge ve politikaların sağlık iletişimi araçları ile muhtemel bağışçılara ulaştırılması ise en az politikaların oluşturulması kadar elzemdir.

Kadavra bağışının önünde engel olarak duran ve üniversite öğrencileri tarafından bile sıkça dile getirilen bir diğer düşünce ise: beden bağışçılarının genelde kimsesiz ve gelir seviyesi düşük insanlardan oluştuğudur (20,22). Elbette bağışçıların gelir seviyesinin düşük olduğunu ortaya koyan çalışmalar (15) bulunsa dahi ülkemizde defin işlemleri fakir vatandaşlar için belediyeler tarafından ücretsiz olarak sağlandığından maddi imkansızlıkların beden bağışçısı olmak için tek başına yeterli olduğunu düşünmemekteyiz. Bu önyargıları kırmak için Cahit Cav gibi topluma mal olmuş kişilerin beden bağışı (32) haberleri sağlık iletişimi kanalları ile gündeme getirilebilir. Ayrıca eğitim döneminin sonunda kadavra bağışçısının defin işlemlerine öğrencilerin ve öğretim elemanlarının da katılması toplumun akademisyenler tarafından beden bağışçısına duyduğu saygıyı fark etmesini sağlayabilir. Benzer bir öneri ise beden bağışçıları için teşekkür seremonilerin düzenlenmesidir. Maalesef Türkiye'de sadece 2 üniversite düzenli olarak bu seremonilere ev sahipliği yapmaktadır (13).

Türkiye'deki kadavra bağışlarında sağlık iletişiminin faydalı olabileceği bir diğer husus: bağışçının yakınlarının beden bağışçısı vefat ettikten sonra bağışçının isteğini yerine getirmelerini sağlayabilecek olmasıdır. Hem etik açıdan hem de yasalarla bağışçının yakınlarının, kadavra bağışını engelleme hakkı bulunmaktadır (33). Keza bu durum ünlü orkestra şefimiz Hikmet Şimşek (22) ve Seyfi Dursunoğlu'nun (34) bedenlerini kadavra olarak bağışlama istekleri aileleri tarafından kabul edilmemiş ve kadavra bağışları gerçekleşmemiştir. Anatomist ve beden bağışçılarının aileleri arasındaki bağın güçlendirilmesinin ve sağlık iletişimi ile toplumun bir parçası olan bağışçının ailelerinin de beden bağışı hakkında bilgilendirilmelerinin böylesi olayların yaşanmasının önüne geçeceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda taradığımız makalelerde kadavra bağışına dair olumsuz bir tutum geliştirilmesine neden olan bir diğer etmen ise dini sebeplerdir. (4,17,20,23,27). Anatomistlerin %3,6'si dini sebeplerden dolayı beden bağışçısı olmak istemediklerini belirtmişlerdir (4). İ İzmirli yetişkinlerde yapılan bir çalışmada katılımcıların %11,4'ü yine dini sebeplerden dolayı beden bağışçısı olmak istemediklerini belirttikleri, katılımcıların %70,2'sinin ise Türkiye Cumhuriyeti Diyanet İşleri Başkanlığı'nın beden bağışının dinen caiz olduğuna dair fetvasından haberdar olmadıkları bildirilmiştir (17). Üniversite öğrencilerinin katıldığı çalışmalarda da dini sebeplerden dolayı beden bağışı yapılmamasının katılımcılar arasındaki sıklığı sırasıyla %14,8 ve %5,2 olarak bildirilmiştir (20,23). Üniversite çalışanlarında da dini sebeplerin beden bağışına engel olma durumu değişmeyip katılımcıların %27,5'i olarak ortaya konmuştur (27). İslamiyette bedenin kişiye ait olmayıp Yaradan'a ait olması, kişiye bedenin emanet olması (35) fikri beden bağışına engeldir. Pek tabi ki kişi kendine ait olmayanı bir başkasına da bağışlayamaz. Veya Hz. Muhammed'in ''Bir ölünün kemiklerini kırmak, yaşayan birinin kemiklerini kırmak kadar günahtır.'' şeklindeki hadis-i şerifi beden bağışının önünde bir engelmiş gibi anlaşılabilir (36). Aynı zamanda Kur'an-ı Kerim'de bir insanın hayatını kurtarmanın tüm insanların hayatını kurtarmaya bedel olduğundan da bahsedilmektedir (37). İyi yetişmiş bir sağlıkçının birden çok hayat kurtaracağında herkes hemfikir olacaktır. Beden bağışı düşünülürken İslamiyet'te zaruret varlığını da göz ardı etmemek gerekir. Uzun zamandır din alimleri tarafından tartışılan bir konu olan beden bağışının Türkiye Cumhuriyeti Diyanet İşleri tarafından desteklendiği bilinmektedir (38). Fakat bu durumun toplum tarafından bilinmediği de yapılan çalışmalarca ortaya konulmuştur. İzmir'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %39,2'si beden bağışının İslamiyet açısından caiz olduğu hakkında bir fikre sahip olmadığı tespit edilmiştir (17). Yapılan bir diğer çalışmada ise katılıcılardan birinin beden bağışı farkındalığının bir imam tarafından oluşturulduğunu belirtmesi (15) diyanet çalışanlarında da beden bağışı farkındalığının oluştuğu yönünde umut verici bir haberdir. Yine aynı çalışmada bağışçıların üçte biri kendilerini Müslüman olarak belirtmişlerdir. Güncel çalışmalar ışığında beden bağışı tabularının kırılabileceği konusunda ümitliyiz. Bizler çalışmamızda Türkiye popülasyonu ile ilgilendiğimizden ve 2014 yılında Türkiye Cumhuriyeti Diyanet İşleri'nce yapılan anket sonucunda Türkiye nüfusunun %99,2'sinin Müslüman (15) olarak öne çıkmasından beden bağışının yalnız İslamiyet ile ilişkisini değerlendirdik. Her ne kadar konu ile ilgili detaylı ve daha güncel araştırmalar gerekse de aktif ve etkin kullanılan sağlık iletişiminin kadavra bağışına dair tabuları ortadan kaldıracağı konusunda ümitliyiz.

Ülkemizde kadavra bağışının önündeki en büyük engel toplumun kadavra bağışı hakkında bilgisizliği veya doğru bildiği yanlışlarıdır. Ülkemizde kadavra bağışına olan ihtiyacın topluma iletilmesi, pek çok üniversitenin kadavra temini için kadavrayı ithal etme yoluna başvurması gerektiği halka iletilmelidir. Topluma mal olmuş kişilerin beden bağışları sağlık iletişim araçları ile halka ulaşmalıdır. Ayrıca beden bağışçısı adaylarının her türlü sorusunu cevaplayabilecek internet kaynakları gerekmektedir. Bu kaynakların www.turkiye.gov.tr veya üniversite internet sayfalarınca temin edilmesi topluma güven aşılayacaktır. Toplumun hastane ve doktorlara ayrıca öğrencilere duyduğu güvensizliğin aşılabilmesi de yine sağlık iletişimi sayesinde olacaktır. Kadavra bağışçılarının fakir ve kimsesiz insanlardan oluştuğu ya da dinen kadavra bağışının caiz olmadığı yönündeki tabuların yıkılması için de gerçeklerin sık ve etkin bir biçimde halka ulaştırılması gerekmektedir.

Kaynakça

1. Cornwall J, Stringer MD. The wider importance of cadavers: Educational and Research Diversity from a Body Bequest Program. Anatomical Sciences Education. 2009;2(5):234–7.

2. Arráez-Aybar LA, Sánchez-Montesinos I, Mirapeix RM, Mompeo-Corredera B, Sañudo-Tejero JR. Relevance of human anatomy in daily clinical practice. Annals of anatomy = Anatomischer Anzeiger : official organ of the Anatomische Gesellschaft [Internet]. 2010 Dec 20 [cited 2021 Nov 11];192(6):341–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20591641/

3. Çelik N, Çelik S, Uysal C. Using of Cadaver in Anatomy Education from Past to Present: Review. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History. 2012;

4. Şehirli ÜS, Saka E, Sarikaya Ö. Attitudes of Turkish anatomists toward cadaver donation. Clinical Anatomy. 2004;17(8):677–81.

5. Chen D, Zhang Q, Deng J, Cai Y, Huang J, Li F, et al. A shortage of cadavers: The predicament of regional anatomy education in mainland China. Anatomical Sciences Education [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2021 Nov 11];11(4):397–402. Available from: https://www.researchgate.net/publication/324489469_A_shortage_of_cadavers_The_predicament_of_regional_anatomy_education_in_mainland_China_Cadaver_Shortage_of_Regional_Anatomy_Teaching_in_China

6. Akinola OB. Formal body bequest program in Nigerian medical schools: When do we start? Vol. 4, Anatomical Sciences Education. 2011. p. 239–42.

7. Anyanwu GE, Udemezue OO, Obikili EN. Dark age of sourcing cadavers in developing countries: a Nigerian survey. Clinical anatomy (New York, NY) [Internet]. 2011 Oct [cited 2021 Nov 12];24(7):831–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21815217/

8. Chakraborty SK, Khan H, Islam S, Yousuf BA. Body Donation and its Significance in Anatomy Learning in Bangladesh A Review. Bangladesh Journal of Anatomy [Internet]. 1970 Jan 1 [cited 2021 Nov 12];8(2):85–8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/267822538_Body_Donation_and_its_Significance_in_Anatomy_Learning_in_Bangladesh_-_A_Review

9. Gangata H, Ntaba P, Akol P, Louw G. The reliance on unclaimed cadavers for anatomical teaching by medical schools in Africa. Anatomical sciences education [Internet]. 2010 Jul [cited 2021 Nov 12];3(4):174–83. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20544835/

10. Jones DG, Whitaker MI. Anatomy's use of unclaimed bodies: reasons against continued dependence on an ethically dubious practice. Clinical anatomy (New York, NY) [Internet]. 2012 [cited 2021 Nov 12];25(2):246–54. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21800367/

11. Rokade SA, Gaikawad AP. Body donation in India: social awareness, willingness, and associated factors. Anatomical sciences education [Internet]. 2012 Mar [cited 2021 Nov 12];5(2):83–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22278885/

12. Riederer BM. Body donations today and tomorrow: What is best practice and why? Clinical Anatomy. 2016 Jan 1;29(1):11–8.

13. Gürses İA, Coşkun O, Öztürk A. Current status of cadaver sources in Turkey and a wake-up call for Turkish anatomists. Anatomical Sciences Education. 2018 Mar 1;11(2):155–65.

14. Oktem H, Pelin C, Kurkcuoglu A, Yildirim RV, Yazici Guvercin AC. Attitudes of Turkish university employees and their relatives towards whole body and organ donation. Annals of Anatomy. 2020 May 1;229.

15. Gürses İA, Ertaş A, Gürtekin B, Coşkun O, Üzel M, Gayretli Ö, et al. Profile and Motivations of Registered Whole-Body Donors in Turkey: Istanbul University Experience. Anatomical Sciences Education. 2019 Jul 1;12(4):370–85.

16. Ok F, Gürses İA. Evaluation of Information on Body Donation Promotion at Official Websites of Turkish Anatomy Departments. Anatomical Sciences Education. 2020;

17. Erdogan K, Ozen K, Yildiz H, Malas M. Assessment of Awareness, Knowledge and Attitudes about the Importance of Cadaver and Cadaver Donation: Report of Izmir, Turkey. Int J Morphol. 2020;38(4):831–7.

18. Ogenler O, Kara A, Kadioglu S, Ozturk H, Sungur MA. Opinions of a group of anatomy instructor on cadaver and utilization of cadaver in anatomy teaching. Turkish Journal of Bioethics. 2014;1(1):57–68.

19. Gürses İ, Celik S, Uzel M, Barut Ç, Kurtoglu Olgunus Z, Bilge O. A proposal for body donation forms in Turkey: study of the Committee for Body Donation and Cadaver Monitoring. Anatomy. 2020 Dec 1;14(3):220–6.

20. Aygun D, Cuneyit I, Til A, Ozdemir MB. Pamukkale Üniversitesi Anatomi Laboratuvarını Kullanan Dönem 1 Öğrencilerinin Kadavra Bağışı Hakkındaki Tutum Ve Davranışı [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 15]. Available from: https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHSK21/UHSK/paper/view/707

21. Yavuz F, Ertekİn T, Elmali F, Ülger H. Attitudes Of Pre-Clinical And Clinical Stage Medical School Students Toward Using Cadaver In Anatomy Education. Journal of Health Sciences. 2017;26(3).

22. Gurbuz H, Karlikaya E, Mesut R. Kadavra Bağışı Üzerine Görüşler. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics Law and History [Internet]. 2004 [cited 2021 Nov 15]; Available from: https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-kadavra-bagisi-uzerine-gorusler-35015.html

23. Mağazacı İ, Büyükertan M, Uysal Ö, Balcıoğlu HA. Attitudes of Dental Students Towards Body and Organ Donation. Yeditepe Dental Journal. 2018;14(3):59–65.

24. Ortadeveci A, Özden H. Abstracts of the 21st National Anatomy Congress, 27–29 November 2020, Online, Turkey. Anatomy. 2020 Nov 25;14(S1):S1–70.

25. Kahya E. Bizde diseksiyon ne zaman başladı? Belleten [Internet]. 1979 [cited 2021 Nov 12];172:739–59. Available from: https://www.dergimakale.com/belleten-172-p175847.html

26. T.C. Resmî Gazete. T.C. Resmî Gazete [Internet]. 2014 [cited 2021 Nov 12]. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118.htm

27. Oktem H, Pelin C, Kurkcuoglu A, Yildirim RV, Yazici Guvercin AC. Attitudes of Turkish university employees and their relatives towards whole body and organ donation. Annals of Anatomy. 2020 May 1;229.

28. Gunderman RB. Giving ourselves: the ethics of anatomical donation. Anatomical sciences education [Internet]. 2008 [cited 2021 Nov 12];1(5):217–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19177414/

29. Sheriff DS, Sheriff O. The human cadaver: the silent teacher of human anatomy. Indian journal of medical ethics. 2010;7(4):266.

30. Ghosh SK. Paying respect to human cadavers: We owe this to the first teacher in anatomy. Annals of Anatomy - Anatomischer Anzeiger. 2017 May 1;211:129–34.

31. Saylam C, Coskunol H. Orientation lesson in anatomy education. Surgical and Radiologic Anatomy. 2005 Mar;27(1):74–7.

32. Demirci M, Sahinoglu S. Anatomiye Adanmış Bir Beden: Cavit Cav Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalında Bir İlk. Basic Sciences. 2017; 70 (3)

33. Türk Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği. Kadavra Bağışı Süreci ve Anatomistin Sorumlulukları [Internet]. Türk Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği. [cited 2021 Nov 14]. Available from: http://www.anatomidernegi.org.tr/site/27117/uploads/o/2019/34/60a3c6a7e249762f32bfdfb261ee58ec.pdf

34. Hürriyet. Seyfi Dursunoğlu'na veda [Internet]. Hürriyet Gazetecilik ve Matbaacılık AŞ. 2020 [cited 2021 Nov 14]. Available from: https://www.hurriyet.com.tr/kelebek/magazin/seyfi-dursunoglu-son-yolculuguna-ugurlaniyor-41568529

35. Aramesh K. The ownership of human body: an islamic perspective [Internet]. J Med Ethics Hist Med. 2009 [cited 2021 Nov 14]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23908718/

36. Salwani F, Salwani MIF. Learning from the Dead: Body Donation for Research. Middle-East Journal of Scientific Research. 2013;13:61–6.

37. T.C. Cumhurbaşkanlığı Diyanet İşleri Başkanlığı. Mâide Suresi 32. Ayet Tefsiri [Internet]. [cited 2021 Nov 14]. Available from: https://kuran.diyanet.gov.tr/tefsir/M%C3%A2ide-suresi/701/32-ayet-tefsiri

38. T.C. Cumhurbaşkanlığı Diyanet İşleri Başkanlığı. Kadavra bağışı caiz midir? [Internet]. [cited 2021 Nov 14]. Available from: https://kurul.diyanet.gov.tr/Cevap-Ara/38728/kadavra-bagisi-caiz-midir-?enc=QisAbR4bAkZg1HImMxXRn2t8ij%2beDtMkJdRGirgyeb8%3d

TÜRKİYE'DE PANDEMİ YÖNETİMİ, BİLİM İLETİŞİMİ VE BİLİM KURULU

Zübeyde DEMİRCİOĞLU
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü
demircioglu_z@yahoo.com

Epistemik bir kriz anına işaret eden pandemi, belirsizliğin büyük oranda arttığı dönemlerden biridir. Böylesi dönemlerde insanlar dezenformasyona açık hale geldiklerinden güvenilir bilgiye erişim oldukça önemlidir. Bu bilgi pek çok durumda uzmanlar tarafından üretilen ve yayılan (bilimsel) bilgidir. Ancak pandemi hızla yayılan doğası nedeniyle bilimsel bilgi üretimini geride bırakmış, hastalıkla ilgili pek çok soru cevapsız kalmıştır.

Pandemi sürecinde artan bilimsel belirsizliğe ve bilimsel fikir birliği eksikliğine rağmen ülkeler kamusal kararlar verebilmek üzere çeşitli stratejiler benimsemek zorunda kalmış, pek çok ülke kriz yönetimi için bilimsel komiteler oluşturmuşlardır. Türkiye örneğinde bu komite 10 Ocak 2020 tarihinde kurulan Sağlık Bakanlığı Koronavirüs Bilim Kurulu'dur. Kurul, hem politika yapıcılara tavsiye niteliğinde kararlar sunmak hem de bilim iletişimini sağlamakla görevlidir.

Bu bağlamda bu çalışma Türkiye'de pandemi sürecinin epistemik otoritesi Bilim Kurulu'na odaklanacaktır. Çalışmanın amacı, pandemi yönetim sürecinde Bilim Kurulunun rolünü ve işlevini, sürecin diğer aktörleriyle ilişkilerini, bilim iletişimi pratiklerini değerlendirmektir.

Araştırma, ilk vakanın ortaya çıktığı Mart 2020'den aşılamanın yaygınlaşmasıyla normalleşme sürecinin başladığı Haziran 2021'e kadar geçen süreyi kapsamaktadır. Araştırmada öncelikle mevcut bilgi kaynakları (Dünya Sağlık Örgütünün ve Sağlık Bakanlığının raporları ve kayıtları, haberler, internet içerikleri ve bilimsel makaleler) kullanılarak Türkiye ulusal pandemi politikasının kilit olaylarını ve kararlarını içeren kronolojik bir zaman çizelgesi oluşturulmuştur.

Ardından, özellikle aşı uygulamasının henüz yaygınlaşmadığı pandeminin erken evresinde Bilim Kurulunun bilim iletişimi pratikleri-hazırlanan bilgilendirici görseller ve kamu spotları ile Bilim Kurulunun sosyal medya (twitter) hesabındaki gönderiler-nitel içerik analizi yöntemiyle değerlendirilerek, bilim/sağlık iletişiminin kültürel ve toplumsal boyutları, bilimsel belirsizlik ve ihtilafların sunulma biçimleri ele alınmıştır.

Türkiye'de pandemi yönetiminde öne çıkan aktörler, sağlık/bilim otoritesi olarak Bilim Kurulu, politik otorite, vatandaş ve medyadır.

Bilim Kurulu tavsiye kurulu olma özelliği taşımakla birlikte medya tarafından genellikle karar mercii olarak imlenmiş, dolayısıyla kamuoyu tarafından bu şekilde algılanmıştır.

Bilim Kurulu'nun sağlık iletişimi içeriklerinde kişisel önlemler öne çıkmaktadır. Dolayısıyla vatandaşlar, kişisel önlem almakla yükümlü bireyler olarak pandemi yönetiminin en önemli bileşeni olmuşlardır.

Dayanışma örüntüleri ve toplumsal bağların kuvveti gibi kültürel faktörler pandemi yönetimi süresince dikkate alınmıştır.

Koronavirüs Bilim Kurulu Mart 2020 tarihinden itibaren hayatımızın oldukça merkezinde olmakla birlikte hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığımız bir kurumdur. Bu çalışma öncelikle Bilim Kurulu hakkındaki bilgi birikimini arttırmayı amaçlamıştır.

Pandemi bize, literatürde gittikçe öne çıkan bilim/sağlık iletişimi başlıklarını doğrudan gözleyebileceğimiz uygun bir örnek sağlamıştır. Bu alanda yapılacak çalışmaların sayısının arttırılması, vatandaş-bilim ilişkisi konusunun daha sağlam bir zeminde tartışılmasına olanak sağlayacaktır. Bu çalışma da Bilim Kurulunun, verdiği mesajlarla bilim iletişimini nasıl şekillendirdiğini ele alarak literatüre katkı sunmayı amaçlamıştır.

Pandemiyle birlikte gündeme gelen bir diğer başlık "infodemi" olarak adlandırılan "bilgi salgını"dır. Kriz dönemlerinde yükselen yanlış bilgiye ve bilimsel belirsizliğin yarattığı dezenformasyona karşı halkın dayanıklılığını arttırmak için, bilim iletişiminde şeffaflığın oldukça önemli olduğu vurgusu bu çalışmanın katkılarından bir diğeridir.

TÜRKİYE'DEKİ ASİSTAN HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK ÜZERİNE ARAŞTIRMALARIN YETESİZLİĞİ: HIZLI SİSTEMATİK DERLEME

Hüseyin KÜÇÜKALİ[1], *Aslıhan AKGÖĞ*[2]
[1]*İstanbul Medipol Üniversitesi*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi*
hkucukali@medipol.edu.tr

Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalarda, asistan hekimlerin %27-75'inin tükenmişlik sendromu yaşadığını gösterilmiştir. Türkiye'de güncel istatisitklere göre 26,181 tıpta uzmanlık öğrencisi bulunmakta ve bu sayı her sene artmaktadır. Bu çalışmanın amacı tükenmişlik sendromu ile ilgili mevcut literatürde Türkiye'deki asistan hekimlerinin ne kadar temsil edildiğini değerlendirmek ve olası bir bilgi boşluklarını ortaya çıkarmaktır.

Bu araştırma, hızlı derleme türünde bir sistamatik derlemedir. PubMed veritabanı kullanılarak Türkiye'deki asistanlar hekimler arasında tükenmişlik sendromu ile ilgili Haziran 2020 itibariyle yayınlanmış araştırmalar tespit edilmiştir. Arama sorgusu "tükenmişlik sendromu", "hekim", "asistan" anahtar kelimeleri ve varyasyonları kullanılarak oluşturulmuştur. Ayrıca "Türkiye", ve 81 ilin adı kullanılarak sonuçlar daraltılmıştır. Araştırmanın dahil etme kriteri, çalışmanın Türkiye'deki asistan hekimlerin tükenmişlik düzeyinin ölçümünü içermesidir. Asistan hekimlerin dahil edilmemesi, ampirik çalışma olmaması veya (güvenilir bir ölçek aracılığıyla) ölçüm yapılmaması ise hariç tutma kriterleridir. Dahil edilen çalışmalardan veriler iki araştırmacı tarafından çıkarılmış, özetlenmiş ve sentezlenmiştir. Veri analizinde Excel uygulaması kullanılmıştır. Asistan hekim içeren yayın sayısı, araştırmaya katılan asistan hekim sayılarının ortanca değeri, yayın yıllarının aralığı ve yöntem özelliklerinin sıklıkları hesaplanmıştır. Ayrıca çalışmalar seçim biası riski açısından değerlendirilmiştir.

Derlemeye 15 çalışma dahil edilmiştir. Bu çalışmalar 2006-2019 yılları arasında yayınlanmış olup çoğu, tek bir uzmanlık dalından (n=7), tek merkezden (n=7) veya tek bir şehirden (n=10) asistan hekimleri konu edinmektedir. Sadece asistan hekimlere odaklanan 9 çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalara katılan asistan sayıları en az 11, en çok 270 olup ortanca değeri 74'tür. Çalışmalarda örnekleme yöntemi yeterince raporlanmamış, genellenebilirlik değerlendirilmemiştir.

Bu çalışma, Türkiye'de asistan hekimlerde tükenmişlik sendromuna ilişkin literatürdeki boşluğa dikkat çekmektedir. Az sayıda çalışma bu sorunu ele almış olup söz konusu çalışmaların bulguları asistan hekimlerin durumunu temsil etmek için oldukça yetersizdir. Güncelliğini koruyan bu sorun üzerine daha çok ve daha titiz yöntemler izleyen çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu hızlı derlemede sadece bir veritabanın kullanılması çalışmanın kısıtlılığıdır. PubMed, kabul görmüş ve nitelikli yayınların indekslendiği kapsamlı bir veritabanı olsa da diğer veritabanları, tezler ve gri literetürün de taranması durumun tam olarak görülmesini sağlayabilir.

Not: Bu çalışma daha önce İngilizce olarak Erciyes Medical Journal'da yayınlanmıştır. DOI: 10.14744/etd.2021.25564

ÜÇÜNCÜ BASAMAK HASTANEDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MESLEKİ DOYUMLARI VE İLETİŞİM BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şule ÖZDEMİR
Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, , Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
sule_ozt@hotmail.com

Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile sağlık bilgilerini paylaşabilmeleri için iletişim vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Buna ek olarak sağlık çalışanlarının yaptıkları işten memnun olmaları ve meslek doyumunun yüksek olması sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında etkili faktörlerden biridir. Bu çalışmanın amacı üçüncü basamak hastanede çalışan sağlık çalışanlarının mesleki doyumları ve iletişim becerilerini değerlendirmektir.

Kesitsel tipteki bu çalışma, 1 Eylül-1 Kasım 2021 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 185 sağlık çalışanında yapıldı. Araştırmaya katılan kişilere sosyo-demografik veri formu (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, mesleği, çocuk sayısı, gelir düzeyi, mesleki çalışma yılı), iletişim becerileri eğitimi alma durumu, mesleki doyum ölçeği ve sağlık çalışanlarına yönelik iletişim becerileri ölçeği uygulandı. Mesleki doyum ölçeği, 1 ile 5 arası puanlama yapılan 20 maddelik likert tipi bir ölçektir. Sağlık çalışanlarına yönelik iletişim becerileri ölçeği, empati (5 madde), bilgilendirici iletişim (6 madde), saygı (3 madde) ve sosyal beceri (4 madde) olmak üzere toplam 18 maddeden oluşan, 1-6 arası puanlama yapılan Likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar sağlık çalışanlarının daha iyi iletişim becerilerini yansıtır. İstatistiksel analizde SPSS 21.0 paket programı kullanıldı. Verilerin analizinde ortalama ± standart sapma, sayı (%), parametrik ve non-parametrik testler kullanıldı. Tüm testler için istatistik anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 31,4±9,7 yıl, %55,6'sı kadın(n:103), %23,2'si hekim (araştırma görevlisi, uzman hekim, hekim), %48,4'ü hemşireydi. Mesleki çalışma yılı ortalaması 9,6±5,8 yıl olup, 32'sinin (%17,3) 1-5 yıl arasında, 96'sının(%51,9) 5-10 yıl arasında olduğu saptandı. Araştırmaya katılanların 128'i(%74,5) iletişim becerileri ile ilgili eğitim almamıştı.

Katılımcıların mesleki doyum ölçeği ortalama puanı 79,3±10,7 idi. Kadın çalışanlarının puan ortalaması erkek sağlık çalışanlarından anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,023$). Çalışma yılı 5-10 yıl olanların puan ortalaması,1-5 yıl olanlar ve 10 yıldan çok olanlardan daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

İletişim becerileri ölçeği alt gruplarında empati ortalama puanı 24,6±2,8, bilgilendirici iletişim 31,3±3,7, saygı 15,2± 1,9, sosyal beceri 20,4±4,1 olarak bulundu. İletişim becerileri eğitimi almayan sağlık çalışanlarının puan ortalaması alanlara göre düşük bulundu ($p<0,033$). Mesleki doyum ölçeği

puanı, çalışma yılı ve yaş arttıkça iletişim becerileri puanı anlamlı olarak artmaktaydı (sırasıyla $p<0,001$ $r=0,744$, $p=0,018$ $r=0,526$ ve $p<0,001$ $r=0,680$).

Çalışmamızda yaş ve çalışma yılının mesleki doyum ve iletişim becerilerine etkili olduğu, mesleki doyum ölçeği ortalama puanları ve iletişim becerileri puan ortalamaları arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulundu. Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarıyla ideal bir etkileşimi için iletişim becerileri iyi olması gerekmektedir. Bu kapsamda iletişim becerilerinin arttırılması için sağlık çalışanlarına düzenli olarak eğitim ve konferansların düzenlemesinin etkili olacağı düşünülmektedir.

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN PROBİYOTİK GIDA TÜKETİMİ VE PROBİYOTİKLERE DAİR BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

*Canan ASAL ULUS[1], **Pınar SÖKÜLMEZ KAYA**[2], Atanur YILMAZ[1]*
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğr. Üyesi – Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
sokulmezpinar@gmail.com

Son yıllarda insan sağlığı ve hastalıkları ile mikrobiyota arasındaki ilişkisi en çok araştırılan bilimsel konularından biridir. Amerika ve Çin'de yapılan İnsan Mikrobiyom Projesi ve insan sağlığında ve İnsan İntestinal Sistem Metagenom Projesinde hastalığında mikropların etkisini araştırmıştır. Bu çalışmalardakronikhastalıklarınnedenleriniincelenerekbağırsakmikrobiyotasıileilişkisiincelemiştir. Araştırma sonuçlarında her insanın mikrobiyota bileşiminin farklılık gösterdiği; bazı farklılıkların ve içerik sapmalarının hastalıklara yol açabileceğini, bu sapmaların giderildiğinde ve mikrobiyota bileşiminde dengelerin sağlandığı durumlarda hastalıkların gerileyebileceğini göstermiştir (Kayacan ,2021) . Bu durumda da fonksiyonel besinler önem kazanmaktadır. Fonksiyonel besinlerin en çok bilinen ve tüketilen grubu ise probiyotik besinlerdir (Anonymous, 2002; Hacıoğlu ve Kurt., 2012). "Probiyotik" kelimesinin tanımlamasına bakılınca "yaşam için" anlamına gelmektedir (Gasbarrini ve ark, 2016). 2014 yılında Uluslararası Probiyotik ve Prebiyotik Bilimsel Derneği tarafından yapılan tanımlamalarda ise probiyotikler, ''vücuda yeterli miktarda alındığında konağın sağlığına yarar sağlayan canlı mikroorganizmalar'' olarak tanımlanmıştır (Hill ve ark, 2014). Probiyotik içeren ürünler, yeterli miktarda canlı probiyotik mikroorganizma içeren ürünlerdir. Doğal probiyotik içeren ürünler ise süt, yoğurt ve kefir gibi fermente süt ürünleri; turşu, şarap, bira mayası ve sirkedir (Zeren, 2015). Bunların dışında da üretilen birçok ticari probiyotik preparatı bulunmaktadır. Bunlar kapsül, toz, tablet veya sıvı formda satışa sunulmaktadır. Bu ürünlerin üretiminde karşılaşılan en büyük sorun ise canlılık kaybıdır (Çakır; 2003). Probiyotik ürünlerde canlı mikroorganizma sayısının istenilen düzeyde kalması son derece önemlidir. Bilimsel çalışmalarda probiyotik takviyesinin yemekten 30 dakika önce alınması bakteriyel sağ kalım açısından iyi sonucu verdiğini göstermiştir. Ayrıca bu dost bakterilerin yararını artırmak için prebiyotik besinlerle beslenilmelidir (Tompkins ve ark.,2011). Probiyotik bakterilerin yararlarına bakıldığında başta gastrointestinal sistem hastalıkları olmak üzere birçok hastalığının önlenmesinde ve tedavisinde etkilidir. probiyotik besin tüketimi ile; enfeksiyonların önlenmesi, bağışıklık sistemin güçlendirilmesi, enflamatuar bağırsak hastalıklarının tedavisi, kan kolesterolünün düşürülmesi, obezitenin önlenmesi, laktoz intoleransının önlenmesi, kansere yakalanma oranının azaltılması ve çocuklarda ve gebelerde alerjik reaksiyonların azaltılması (Yücecan, 2002, Wallace ve ark., 2009; Ceyhan ve Alıç, 2012,Coşkun, 2014, Hendijani ve ark., 2018) mümkündür. Ayrıca probiyotik bakteriler antikanserojenik etkiye sahiptirler (Kumar ve ark, 2015). Ayrıca akut diyarenn teadvisi ve önlenmesinde probiyotik tüketiminin olumlu etkileri olduğu

görülmüştür (Ceyhan ve Alıç. 2012). Bu kadar yararlı etkileri olan probiyotiklerin sağlık üzerine yararlı etkileri göz önüne alındığında, öğrencilerin probiyotikler hakkındaki bilgi düzeylerinin ve probiyotik besinleri tüketme durumlarının değerlendirilmesi çok daha fazla önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın amacı da beslenme ve diyetetik alanında öğrenim gören öğrencilerin probiyotik besinler hakkındaki bilgi düzeylerinin ve tüketim durumlarının belirlenmesidir.

Tanımlayıcı tipteki araştırma verilerimiz gönüllülük esasına dayalı olarak Şubat -Nisan 2021 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde beslenme ve diyetetik bölümünde eğitim alan 175'i kadın, 25' i erkek olmak üzere toplam 200 öğrenci üzerine yapılmıştır. Covid 19 pandemisinde google drive üzerinden anket çalışması online olarak gönderilmiştir. Anket başlamadan önce ankete katılan kişilere online ortamda gerekli açıklamalar yapılmıştır. Anket formunda kişisel bilgilerin, probiyotiklerle ilgili bilgi düzeylerinin, probiyotik gıda tüketim sıklıklarının ve probiyotiklere dair bakış açılarının sorgulandığı sorular yer almıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 26 paket programı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya toplam 200 kişi katılmıştır. Katılımcıların 175' i (%87,5) kadın, 25' i (%12,5) erkektir. Araştırmaya katılan bireylerin yaşları incelendiğinde katılımcıların 125' inin (%62,5) 18-21 yaş aralığında, 52' sinin (%26) 22-25 yaş aralığında, 11' inin (%5,5) 26-29 yaş aralığında ve 12' sinin (%6) ise 30 yaş ve üzeri grupta yer aldığı görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerden toplanan boy (cm) ve ağırlık (kg) verilerinin analizi sonucu Beden kitle indeksi (BKİ) değerleri hesaplanmış elde edilen sonuçlara göre katılımcıların 71' i (%35,5) 19,9 kg/m2 değerine eşit veya bu değerin altında yer alarak ''Zayıf'' ; 104' ü (%52,0) 20-24,99 kg/m2 değerleri arasında yer alarak ''Normal kilolu''; 20' si (%10,0) 25-29,99 kg/m2 değerleri arasında yer alarak '' Hafif kilolu'' ; 5' i (%2,5) 30 kg/m2 değerine eşit veya bu değerin üzerinde yer alarak ''Obez'' değerlendirilmiştir. Katılımcılara yöneltilen ''Probiyotik nedir, biliyor musunuz?'' sorusuna katılımcıların 188' i (%94,0) ''Evet'' cevabını vererek probiyotik kavramının ne olduğunu bildiklerini belirtirken; katılımcıların 12' si (%6) ise ''Hayır'' cevabını vererek probiyotik kavramının ne olduğunu bilmediklerini belirtmiştir.

Tablo 1. Probiyotiklere Dair Bilgi Düzeylerinin Sorgulanması

Probiyotiklere dair bilgi düzeyinizi hangi seviyede görüyorsunuz?	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Yüksek	22	11,0
Orta	141	70,5
Düşük	30	15,0
Hiç bilgim yok	7	3,5
Toplam	200	100,0

Tablo 1'de ''Probiyotiklere dair bilgi düzeyinizi hangi seviyede görüyorsunuz?'' sorusuna katılımcıların: 22' si (%11,0) ''Yüksek'' cevabını vererek probiyotikler hakkında oldukça bilgili olduklarını, 141' i

(%70,5) ''Orta'' cevabını vererek probiyotikler hakkında temel düzeyden daha fazla bilgili olduklarını, 30' u (%15,0 ''Düşük'' cevabını vererek probiyotikler hakkında temel düzeyde bilgi sahibi olduklarını, 7' si (%3,5) ''Hiç bilgim yok'' cevabını vererek probiyotiklere dair herhangi bir bilgilerinin olmadığını belirtmiştir.

Tablo 2| Probiyotik Besinleri Bilme Durumunun Sorgulanması

Lütfen probiyotik besinleri bilme durumunuza göre işaretleme yapınız.		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Peynir	Biliyorum	171	85,5
	Bilmiyordum	29	14,5
Kefir	Biliyorum	187	93,5
	Bilmiyordum	13	6,5
Yoğurt	Biliyorum	192	96,0
	Bilmiyordum	8	4,0
Turşu	Biliyorum	129	64,5
	Bilmiyordum	71	35,5
Tarhana	Biliyorum	115	57,5
	Bilmiyordum	85	42,5
Ekşi Mayalı Ekmek	Biliyorum	124	62,0
	Bilmiyordum	76	38,0
Sofralık Zeytin	Biliyorum	44	22,0
	Bilmiyordum	156	78,0
Tereyağı	Biliyorum	65	32,5
	Bilmiyordum	135	67,5
Kımız	Biliyorum	111	55,5
	Bilmiyordum	89	44,5
Şalgam Suyu	Biliyorum	92	46,0
	Bilmiyordum	108	54,0

Tablo 2 'de katılımcılara birtakım probiyotik besinler verilerek, bu besinlerin probiyotik olduğunu bilme veya bilmeme durumlarına göre ''Biliyorum'' ya da ''Bilmiyordum, şıklarından bir tanesini işaretlemeleri istenmiştir. Elde edilen sonuçlara bakıldığında; peynir için; katılımcıların 171' i (%85,5) ''Biliyorum'' cevabını, 29' u (%14,5) ''Bilmiyordum'' ; kefir için; katılımcıların 187' si (%93,5) ''Biliyorum'' cevabını, 13' ü (%6,5) ''Bilmiyordum'' cevabını; yoğurt için; katılımcıların 192' si (%96,0) ''Biliyorum'' cevabını, 8' i (%4,0) ''Bilmiyordum'' cevabını; turşu için; katılımcıların 129' u (%64,5) ''Biliyorum'' cevabını, 71' i (%35,5) ''Bilmiyordum'' cevabını; tarhana için; Katılımcıların 115' i (%57,5) ''Biliyorum'' cevabını, 85' i (%42,5) ''Bilmiyordum'' cevabını; ekşi mayalı ekmek için; Katılımcıların 124' ü (%62,0) ''Biliyorum'' cevabını, 76' sı (%38,0) ''Bilmiyordum'' cevabını; sofralık zeytin için; Katılımcıların 44' ü (%22,0) ''Biliyorum'' cevabını, 156' sı (%78,0) ''Bilmiyordum'' cevabını; tereyağı için; Katılımcıların 65' i (%32,5) ''Biliyorum'' cevabını, 135' i (%67,5) ''Bilmiyordum'' cevabını; kımız için; Katılımcıların 111' i (%55,5) ''Biliyorum'' cevabını, 89' u (%44,5) ''Bilmiyordum'' cevabını;

şalgam suyu için; Katılımcıların 92' si (%46,0) ''Biliyorum'' cevabını, 108' i (%54,0) ''Bilmiyordum'' cevabını vermiştir.

Tablo 3.Probiyotiklere Dair Bakış Açılarının Sorgulanması

Probiyotiklere dair görüşlerinizi belirtiniz.		Kişi Sayısı (n=200)	Yüzde (%)
Probiyotikler, yeterli miktarda alındığı zaman sağlığa yararları olan canlı mikroorganizmalardır.	Katılıyorum	191	95,5
	Kararsızım	8	4,0
	Katılmıyorum	1	0,5
Yeterli probiyotik kullanımı sindirim sisteminin düzenlenmesine katkıda bulunur.	Katılıyorum	185	92,5
	Kararsızım	14	7,0
	Katılmıyorum	1	0,5
Probiyotik besinler bağışıklığın güçlenmesine katkıda bulunur.	Katılıyorum	187	93,5
	Kararsızım	11	5,5
	Katılmıyorum	2	1,0
Probiyotik besinler kanseri önlemeye yardımcıdır.	Katılıyorum	146	73,0
	Kararsızım	49	24,5
	Katılmıyorum	5	2,5
Probiyotikler kilo vermeye yardımcı besinlerdir.	Katılıyorum	104	52,0
	Kararsızım	80	40,0
	Katılmıyorum	16	8,0
Probiyotiklerin çeşitli alerjik hastalıklar üzerine olumlu etkileri vardır.	Katılıyorum	106	53,0
	Kararsızım	87	43,5
	Katılmıyorum	7	3,5
Probiyotik besinler hastalık yapıcı mikroorganizmaların gelişmesini önlemeye yardımcıdır.	Katılıyorum	169	84,5
	Kararsızım	27	13,5
	Katılmıyorum	4	2,0
Probiyotikler inflamatuvar bağırsak hastalığının tedavisine yardımcıdır.	Katılıyorum	156	78,0
	Kararsızım	40	20,0
	Katılmıyorum	4	2,0
Probiyotik besinler iyi hissettirir.	Katılıyorum	165	82,5
	Kararsızım	32	16,0
	Katılmıyorum	3	1,5
Probiyotikler kolesterol düzeyinde azalmaya yardımcı olur.	Katılıyorum	122	61,0
	Kararsızım	76	38,0
	Katılmıyorum	2	1,0
Probiyotiklerin divare (ishal) üzerinde tedavi edici etkileri vardır.	Katılıyorum	157	78,5
	Kararsızım	42	21,0
	Katılmıyorum	1	0,5

Tablo 3'de Probiyotiklere dair bakış açılarının değerlendirilmesi için katılımcılara yöneltilen bir takım bilgilere, katılımcıların cevapları şu şekildedir:

''Probiyotikler, yeterli miktarda alındığı zaman sağlıga yararları olan canlı mikroorganizmalardir.'' bilgisine katılımcıların 191' i (%95) katıldığını belirtirken, 1' i (%0,5) katılmadığını belirtmiştir. Kararsız olanların sayısı ise 8' dir (%4). ''Yeterli probiyotik kullanımı sindirim sisteminin düzenlenmesine katkıda bulunur.'' bilgisine katılımcıların 185' i (%92,5) katıldığını belirtirken, 1' i (%0,5) katılmadığını belirtmiştir. Kararsız olanların sayısı ise 14' tür (%7).

''Probiyotik besinler bağışıklığın güçlenmesine katkıda bulunur.'' bilgisine katılımcıların 187' si (%93,5) katıldığını belirtirken, 2' si (%1) katılmadığını belirtmiştir. Kararsız olanların sayısı ise 11' dir (%5,5).

''Probiyotik besinler kanseri önlemeye yardımcıdır.'' bilgisine katılımcıların 146' sı (%73) katıldığını belirtirken, 5' i (%2,5) katılmadığını belirtmiştir. Kararsız olanların sayısı ise 49' dur (%24,5).

''Probiyotikler kolesterol düzeyinde azalmaya yardımcı olur.'' bilgisine katılımcıların 122' si (%61) katıldığını belirtirken, 2' si (%1) katılmadığını belirtmiştir. Kararsız olanların sayısı ise 76' dır (%38).

''Probiyotiklerin diyare (ishal) üzerinde tedavi edici etkileri vardır.'' bilgisine katılımcıların 157' si (%78,5) katıldığını belirtirken, 1' i (%0,5) katılmadığını belirtmiştir. Kararsız olanların sayısı ise 42' dir (%21).

''Probiyotikler kilo vermeye yardımcı besinlerdir.'' bilgisine katılımcıların 104' ü (%52) katıldığını belirtirken, 16' sı (%8) katılmadığını belirtmiştir. Kararsız olanların sayısı ise 80' dir (%40).

''Probiyotiklerin çeşitli alerjik hastalıklar üzerine olumlu etkileri vardır.'' bilgisine katılımcıların 106' sı (%53) katıldığını belirtirken, 7' si (%3,5) katılmadığını belirtmiştir. Kararsız olanların sayısı ise 87' dir (%43,5).

''Probiyotik besinler hastalık yapıcı mikroorganizmaların gelişmesini önlemeye yardımcıdır.'' bilgisine katılımcıların 169' u (%84,5) katıldığını belirtirken, 4' ü (%2) katılmadığını belirtmiştir. Kararsız olanların sayısı ise 27' dir (%13,5).

''Probiyotikler inflamatuvar bağırsak hastalığının tedivisine yardımcıdır.'' bilgisine katılımcıların 156' sı (%78) katıldığını belirtirken, 4' ü (%2) katılmadığını belirtmiştir. Kararsız olanların sayısı ise 40' tır (%20).

'Probiyotik besinler iyi hissettirir.'' bilgisine katılımcıların 165' i (%82,5) katıldığını belirtirken, 3' ü (%1,5) katılmadığını belirtmiştir. Kararsız olanların sayısı ise 32' dir (%16).

Probiyotiklere dair araştırmalar ve bilgiler son yıllarda hızla artmaktadır. Bilginin katlanarak hızla arttığı günümüz çağında, diyetisyenler mesleki sorumluluklarını yerine getirirken en güncel bilgileri ve en güncel kaynakları takip etmelidir. Araştırmamız kapsamındaki Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin probiyotiklere dair bilgileri değerlendirildiğinde katılımcıların %94' lük büyük bir çoğunluğu probiyotik terimini duyduğunu belirtmiştir. Diğer sorulara verilen cevaplar, yapılan farklı çalışma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinin probiyotikler konusunda diğer bölümlerde öğrenim gören öğrencilere göre ve çeşitli meslek gruplarındaki tüketicilere göre çok daha fazla bilgi sahibi oldukları görülmüştür. Diyetisyenlerin, beslenme biliminin öncüleri olduğu ve beslenme konusunda toplumu doğrudan etkileyecekleri düşünüldüğünde bu durum son derece sevindiricidir. Çünkü toplumdaki insanların probiyotiklere dair bilgi düzeyi arttıkça probiyotik ürünlerin tüketim oranı da artacaktır. Probiyotikler hakkında toplumun bilinçlendirilmesi amacıyla çok daha fazla çalışma yürütülmesi ve insanların probiyotiklere dair bilmedikleri veya yanlış bildikleri bilgilerin insanlara doğru ve güvenilir şekilde aktarılması gerekmektedir. Bu noktada en önemli görevin tüm değerli diyetisyenlere ve diyetisyen adaylarına düştüğünü düşünmekteyim.

Kaynakça

1. Anonymous (2002). FAO/WHO: Guidelines for the evaluation of probiotics in food. Joint Working Group Report on Drafting Guidelines for the Evaluation of Probiotics in Food., London Ontario, Canada.
2. Ceyhan N., Alıç H. (2012). Bağırsak Mikroflorası ve Probiyotikler, Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi, 5, 111-112
3. Coşkun, T. (2014). Probiyotikler İçinde: Teoriden Kliniğe Prebiyotikler, Probiyotikler. Eds: Kara A, Coşkun T, Akademi Yayınevi, İstanbul, s:56-71.
4. Çakır, İ. 2003, Lactobacillus ve Bifidobacterlerde bazı probiyotik özelliklerin incelenmesi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara
5. Gasbarrini G, Bonvicin GF, Gramenzi A. Probiotics history. J. Clin. Gastroenterol. 2016; 50:116–119.
6. Hacıoğlu G., Kurt G. (2012) Tüketicilerin Fonksiyonel Gıdalara Yönelik Farkındalığı, Kabulü ve Tutumları: İzmir İli Örneği. Business and Economics Research Journal 3(1):161-171
7. Hendijani, F., Akbari, V. (2018). Probiotic Supplementation For Management of Cardiovascular Risk Factors In Adults With Type II Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clin Nutr.,37(2),532-541.
8. Hill C, Guarner F, Reid G, Et Al. Expert Consensus Document: The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics Consensus Statement on The Scope and Appropriate Use of The Term Probiotic. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2014;11(8):506-514.
9. Kayacan Z.Ç. (2021). Probiyotikler ve Prebiyotikler. https://www.aydin.edu.tr/tr-tr/arastirma/universite-yayinlari Documents / T % C 4 % B1 p % 20 ve % 20 M % C3 % B C hendislik%20Bak%C4%B1%C5%9F%20A%C3%A7%C4%B1s%C4%B1yla%20 Probiyotikler%20ve%20Prebiyotikler.pdf
10. Kumar, K.S., Sastry, N., Polaki, H., Mishra1, V. (2015). Colon Cancer Prevention Through Probiotics: an Overview. Journal Of Cancer Science & Therapy, 7(2),81-92.
11. Tompkins, T., Mainville, I. ve Arcand, Y. (2011). The impact of meals on a probiotic during transit through a model of the human upper gastrointestinal tract. Beneficial Microbes: 2 (4)- Pages: 295 – 303. doi: 10.3920 / BM2011.0022
12. Yabancı, N., & Şimşek, I. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Probiyotik Ürün Tüketim Durumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), 449–454.
13. Yücecan S. Probiyotikler ve sağlık üzerine etkileri. Türkiye Diyetisyenler Derneği Bülteni. 2002;2:5- 14.
14. Wallace B. Clinical Use of Probiotics In The Pediatric Population. Nutrition in Clinical Practice (2009); 24: 50.
15. Zeren R. (2015) Yetişkin Bireylerin Probiyotik Besinler Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tüketim Durumlarının Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi

ÜROLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURU YAPAN ERKEKLERİN AİLE PLANLAMASI YÖNTEM BİLGİ, TUTUM VE VAZEKTOMİ TERCİH ETME DURUMLARI

*Elifnaz KESKİN[1], **Nurhan MEYDAN ACIMIŞ**[2], Cafer Deniz ÇAY[1], İnci Deniz ALKAN[1]*
[1]Pamukkale Üniversitesi , Tıp Fakültesi, Denizli, Türkiye
[2]Pamukkale Üniversitesi , Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye
nurhan88@hotmail.com

Ülkemizde aile planlaması uygulamaları henüz istenen seviyede olmasa da aile planlaması üreme sağlığında önemli bir role sahiptir. Erkeklerin aile planlaması uygulamalarına etkin katılımı sunulan hizmetin başarısını etkileyecektir. Bu çalışmada, üroloji polikliniğine başvuru yapan erkeklerin aile planlaması konusundaki bilgi, tutum ve vazektomi tercih etme durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırma analitik kesitseldir. Evrenini, Ocak 2021–Mayıs 2021 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi üroloji polikliniğinde herhangi sebepten başvuran erkek hastalar oluşturdu. Pandemi koşullarında 181 kişiye ulaşıldı. Katılımcılara Google anket ya da yüz yüze anket uygulandı. Değişkenler; sosyo-demografik özellikler, etkin ya da geleneksel aile planlaması yöntemlerini bilme, vazektomi yöntemini duyma, güvenme ve tercih etme durumları idi. İstatistiksel analizinde SPSS 17.0 paket programı kullanıldı. Veriler değerlendirilirken yüzde, ortanca, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı ölçütler hesaplandı. İsimsel verilerin analizinde ki-kare, ölçümsel verilerin analizinde normal dağılıma uyanlarda parametrik testler, normal dağılıma uymayanlarda non parametrik testler kullanıldı. Logistik regresyon analizi yapıldı. $p<0,05$ düzeyi anlamlı kabul edildi. Üniversite etik kuruldan E-60116787-020-5954 nolu etik onay alındı.

Katılımcıların %83,4'ü herhangi bir aile planlaması yöntemini ve %27,1 vazektomiyi aile planlaması yöntemi olarak bilmektedir. Erkek hastaların %1,1 vazektomilidir. Vazektomiyi güvenli yöntem olarak bulan ve bulmayan gruplarda; yöntemi medya araçlarından duyma($p=0,02$), cinsel eğitimi okulda alma($p=0.02$), erişimi kolay aile planlamasını tercih etme($p=0.02$) arasında anlamlı fark tespit edildi. Kanalları bağlana erkeğin cinsel gücünü kaybeder($p=0.004$), erkeği psikolojik olarak kötü etkiler($p=0.006$) ve cinsel ilişkiden zevk almaz($p=0.002$) önermelerine katılmayanlarda vazektomiye güven duyma anlamlı yüksek bulundu. Geri çekmeyi gebeliği önlemede güvensiz bulanlar($p<0.001$), batı ülkelerinden empoze edildiği önermesine katılmayanlar($p=0.01$) vazetomiyi daha fazla duymuştu. Logistik regresyon analizine göre; vazekteomiyi duymayı kondom kullanma 1.5 kat(β: 4,75 %95 CI:1.15-19.5 p 0.03), cinsel bilgiyi sağlık personelinde alma 1.6 kat(β:5,4 %95 CI:1.3-22.1 p=0.019) ve vazektomi yaptırmayı isteme 1,6 kat(β: 5.2 %95 CI: 1,6-17,0 p: 0.006) artırmaktadır.

Araştırmamız erkek hastaların çoğunun herhangi bir aile planlaması yöntemi bildiğini ama vazektomi konusundaki bilgi ve isteklerinin yetersiz olduğunu gösterdi. Üreme sağlığı taleplerinin yasal güvence altında olduğu ülkemizde erkeklerde vazektomi tercihleri daha fazla gündem gelmelidir.

VOKAL FOLD NODÜLLÜ PEDİATRİK BİR VAKADA İNDİREKT SES TERAPİSİNİN ETKİSİ

*Mümüne Merve PARLAK[1], **Emrah KARACAOĞLU**[2]*
[1]Hacettepe Üniversitesi, Dil ve Konuşma Terapisi
[2]İstanbul Üniversitesi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi
emrahhkaracaoglu@gmail.com

Giriş-Amaç

Bilateral vokal fold nodülü tanısı alan 4 yaş 4 aylık kız çocuğuna indirekt ses terapisi uygulamak ve terapinin objektif ve subjektif etkililiğini incelemektir.

Gereç- Yöntem

Kulak burun boğaz hekimi tarafından 1 hafta önce vokal fold nodülü tanısı almış vakanın subjektif değerlendirmesi algısal değerlendirme ile yapılmıştır ve GRBAS skorları belirlenmiştir. Objektif değerlendirme olarak maximum fonasyon süresi, s/z oranı hesaplaması ve enstrümantal olarak akustik ses analizi ile yapılmıştır. Ayrıca aileden Pediatrik Ses Handikap Ölçeği (PSHÖ) doldurmaları istenmiştir. Toplam 7 seans indirekt ses terapisi verilmiştir. Tüm değerlendirmeler terapi öncesi ve terapi sonrası olmak üzere iki kez yapılmıştır ve sonuçlar terapi öncesi sonrası arasında kıyaslanmıştır.

Bulgular

Vakanın PSHÖ terapi öncesi; işlev bölümü 18, fiziksel bölümü 24, duyusal bölümü 18 ve toplam 60 puan iken terapi sonrası toplam 12'ye düşmüştür. Vakanın algısal değerlendirmesi sonucu GRBAS skalası değerleri eskiye göre iyileşmiştir. Ses bozukluğuna neden olabilecek misuse ve abuse etmenlerinin çoğu ortadan kalmıştır. Maximum /a/ fonasyon süresi 5.72'den 8.04 saniyeye çıkmıştır. s/z oranı: 1,29 dan 1.04 e düşmüştür. Vakanın ses analizi bulgularına bakıldığında iki ay önceki F0, Jitter, shimmer, SNR değerlerinde azalma olduğu görülmüştür. 11.22 dB olan Shimmer değeri 7.08 dB e düşmüştür.

Sonuç

Okul öncesi dönemde yapılan indirekt ses terapisinin vakanın, objektif ve subjektif ses kalitesinde olumlu değişiklikler gösterdiği görülmüştür. Direkt ses terapisinin yapılmasının zor olabileceği vokal fold nodüllü pediatrik vakalarda, indirekt ses terapisi hastaların algısal, akustik ve aerodinemik ses parametrelerinde iyileşme için kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: nodül, pediatrik, ses terapisi, indirekt

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDEN ALINAN HASTA VE ORTAM ÖRNEKLERİNDE VANKOMİSİN DİRENÇLİ ENTEREKOK (VRE) VARLIĞININ SAPTANMASINDA SMART-CYCLE I-CORE

Mustafa UĞUZ
Mersin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Mersin, Türkiye
drmustafauguz@gmail.com

Vankomisin dirençli enterokoklar (VRE) ilk olarak bildirilmeye başlandığı 1980'li yıllardan günümüze kadar giderek artan oranlarda hastane kaynaklı enfeksiyon etkeni olarak karşımıza çıkmaktadır.(1) VRE'lar; uygulanan "sıkı temas izolasyonu" ve koruyucu diğer önlemlere rağmen hastane kaynaklı enfeksiyon etkenleri arasında halen üçüncü sırada yer almaktadır.(2) Uzun süre cansız yüzeylerde varlığını devam ettirebilen VRE'nin ortam örneklerinde varlığının saptanması yayılımının kontrolü ve erken izolasyon yöntemlerinin alınabilmesi için önemlidir.(3) Hastanemiz yoğun bakımlarında yatmakta olan hastalardan perianal sürüntü örnekleri ile VRE enfeksiyon ve kolonizasyonunun erken tespiti ve hasta ortamlarından alınan örneklerde VRE kolonizasyonunun tespiti için klasik kültür yöntemlerinin yanı sıra kromojenik agar yöntemi ve hızlı tanı sağlayan real time polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) yöntemlerinin VRE'yi saptamadaki başarısı araştırıldı.

Çalışmanın yapıldığı Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde Çalışmaya hastanemiz yoğun bakım ünitelerine yeni yatan (0.gün) hastalar dahil edildi. Çalışma kapsamında Dahiliye Yoğun Bakım, Cerrahi Yoğun Bakım, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun bakım Ünitelerine kabul edilen hastalardan yatışlarının ilk günü ve yattıkları süre boyunca her hafta örnekler tekrar alındı ve bu hastalarla ilgili takiplerde bilgi formu dolduruldu.

Klasik kültür yöntemi için perianal kültürler, steril non-bakteriyostatik serum fizyolojikle ıslatılmış steril eküvyonlar kullanılarak alındı. Steril eküvyonlar perianal bölgede tam bir daire işareti yapılacak şekilde örnekleme yapıldı Eküvyonlar hasta başında 6µg/mL Vankomisin ve 64 µg/mL seftazidim içeren Mueller-Hinton Broth (Merck KGaA 64271 Darmstadt Germany) içine kırılarak yerleştirildi. Mikrobiyoloji laboratuarında 370C'da 72 saat süreyle inkübe edildi. Yirmi dört, 48 ve 72 saatlerde yapılan değerlendirmelerde bulanıklık saptananlar ve 72. saatin sonunda bulanıklık saptanmayan tüplerden 6µg/mL Vankomisin ve 64 µg/mL seftazidim içeren D-Coccosel agara (bioMérieux® Sa 69280 Marcy I'Etoile- France) pasaj yapıldı. Yapılan kontrollerde üreme olmaması durumunda inkübasyona son verildi. Selektif besiyerinde üreyen siyah renkli kolonilerden kanlı agara pasaj yapılarak ve esculin agar kullanılarak üreyen mikroorganizmanın enterokok olduğu doğrulandı. Enterokok tür tayini VITEK2 sistemi (VITEK2 Compact, Biomerieux Fransa) kullanılarak yapıldı.

Kromojenik agar yöntemi için perianal kültürler, steril non-bakteriyostatik serum fizyolojikle ıslatılmış steril eküvyonlar kullanılarak alındı. Eküvyonlar hasta başında 6µg/mL Vankomisin ve 64 µg/mL seftazidim içeren Mueller-Hinton Broth (Merck KGaA 64271 Darmstadt Germany) içine

kırılarak yerleştirildi. Alınan örnekler etüvde inkübe edilmeden direk olarak VRE kromojenik agar (Chrom ID VRE agar; bioMérieux, Marcy-l'Etoile, France) besiyerine pasaj yapıldı. Örnekle laboratuar ortamında 370C'da 24 saat süre ile inkübe edildi. İnkübasyon süresinin sonunda Kromojenik agarda renk oluşumuna göre identifikasyon tamamlandı. Koloni rengine göre yapılan incelemede kırmızı-leylak veya mavi renk oluşturan koloniler enterokok olarak değerlendirildi.

Polimeraz zincir reaksiyonu ile tanı için örnekler liquid stuart kültür swapları (Citoswab Citotest Labware manufactoring Co. Ltd. China) kullanılarak alındı. Örnekleme esnasında swap perianal bölgede tam bir daire işareti yapılacak şekilde örnekleme yapıldı. Swaplar şayet 36 saat lik süre içerisinde işleme tabi tutulacak ise 15–250C muhafaza edildi, daha uzun süreli bekletilecek örnekler ise 2–80C arsında muhafaza edildi. Alınan örnekler BD GeneOhm VAN R (Becton Dickinson diagnostic, Canada) değerlendirme protokolüne uygun olarak çalışıldı. Perianal sürüntü kültüründe üremesi saptanan hastaların bulunduğu servisten ortam sürüntü örnekleri alındı. Özellikle elle teması sık olan yüzeylerden (kapı kolu, komodinler, yemek masaları, ventilatör, monitörler gibi) örnek alınması tercih edildi. Ortam kültürleri de çalışma protokolüne uygun olarak klasik kültür yöntemi, Kromojenik agar ve PCR yöntemi ile çalışıldı. Elde edilen sonuçlar SPSS (Statistical Package for the Social Sciences Inc, Chicago, IL, USA) veri setine aktarılarak istatistiksel analizleri yapılarak sonuçlar yorumlandı.

	Duyarlılık	Özgüllük	PPV	NPV	Maliyet/örnek
PZR	%100	%100	%100	%100	77 TL
Enterokokkosel	%95,2	%86,4	%98	%96	26,4 TL
Kromojenik agar	%100	%80	%94	%100	9,15 TL

Tablo 1.Hasta örneklerinde üç farklı yöntemin güvenilirlik ve maliyet dağılımı

	Duyarlılık	Özgüllük	PPV	NPV	Maliyet/örnek
PZR	%100	%100	%100	%100	77 TL
Enterokokkosel	%94	%100	%100	%80	26,4 TL
Kromojenik agar	%100	%92	%87	%100	9,15 TL

Tablo 2. Ortam örneklerinde üç farklı yöntemin güvenilirlik ve maliyet dağılımı

Çalışmamıza dahil etme kriterlerine uyan toplam 420 hastadan perianal örnekler alınarak VRE varlığı araştırıldı. Taramalar sonucunda pozitiflik elde edilen 21 (%5) hastanın 11'i erkek (%52,4) ve 10'u

kadındı (%47,6). Hastaların yaş aralığı 3-80 (ortalama: 56,1±5,07) idi. VRE açısından pozitif saptanan 21 hastanın 6'sında (%28,6) diyare tespit edilirken, 15 hastada (%71,4) yatışları boyunca diyare görülmedi. Hastaların 9'unda (%42,9) yoğun bakım yatışları esnasında mevcut olan immunsüpresyon durumu saptandı. 20 (%95,2) hastada pozitiflik tespit edildiği sırada santral venöz kateteri (SVK) mevcuttu. Antibiyotik kullanımları irdelendiğinde; 4 hasta (%19) tek başına karbapenem tedavisi almakta iken, 5 hasta (%23,8) karbapenem ve glikopeptid kombinasyonu, 2 hasta (%9,5) ampisilin sulbaktam, 2 hasta (%9,5) karbapenem ve aminoglikozit kombinasyonu, 2 hasta (%9,5) ampisilin sulbaktam ve metranidazol kombinasyonu, 2 hasta (%9,5) tek başına glikopeptid tedavisi almaktaydı. Glikopeptid kullanım açısından 7 hastadan 6'sı (%85) Teikoplanin, 1'i (%15) Vankomisin tedavisi almakta idi. 8 hastada bakteriyemi, üç hastada üriner sistem enfeksiyonu, 11 hastada pnömoni ve 9 hastada cerrahi alan enfeksiyon kliniği mevcuttu. Hastalardan 16'sı (%76,4) VRE için pozitilik tespit edilmeden önce geçirilmiş cerrahi öyküsü mevcuttu. Sadece 5 hastada (%23,8) cerrahi öyküsü yoktu. Hastaların 9'unda (%42,8) gastrointestinal sistemi ilegilendiren bir girişim mevcut iken 4 hastaya (%19) genitoüriner sistem ile ilişkili cerrahi, 2 hastaya kranial cerrahi (%9,5) ve 1 hastaya da (%4) torakal cerrahi yapılmıştı.

VRE pozitiflik saptanan hastaların 10'unda (%47,6) risk faktörü oluşturabilecek yakın zamanda hastanede yatış öyküsü tespit edildi. Ancak bu hastalardan sadece 4'ü (%19) daha önceki yatışları esnasında yoğum bakım şartlarında takip edilmişti. VRE tespit edilen olguların yoğun bakımda takip edildikleri günler sorgulandığında ise ortalama yoğun bakım yatış günü 17,4±11,0 (6-50) gün olarak saptandı.

Yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla kullanılan total parenteral beslenme (TPB) desteğini 21 olgunun 18'i (%85,7) alıyordu. Hastalardan 14'ü (%66,7) aynı zamanda enteral beslenme ile de desteklenmekte idi.

Hastaların ortamlarından 113 adet çevre örneği alındı. Ortam örneklerinin incelenmesi sonucunda 21 örnekten pozitiflik elde edildi (%18,3).Tür tayini sonucunda Enterococcus faecium (n= 17; %81) en sık karşılan tür olurken Enterococcus faecalis (n=4; %19) tespit edilen diğer tür oldu.

Çalışmada tespit edilen enterokok suşlarına antibiyotik duyarlılıklarının E test ölçümlerinde bütün suşlarda Vankomisin MİK değeri >256 mg/mL olarak tespit edildi. Teikoplanin direnci göz önüne alındığında izole edilen VRE suşlarından %75'inin teikoplanin dirençli olduğu görüldü (MİK>16mg/mL).

Pozitif hasta örneklerini takiben sıkı temas izolasyonu uygulanan hastaların odalarından yattıkları süre boyunca 113 adet çevre örneği alındı. Ortam örneklerinin incelenmesi sonucunda 21 örnekten pozitiflik elde edildi (%18,3). Pozitif sonuç veren hastaları takibinde 21 hastanın 14 tanesinde ortam pozitifliği devam etti. Ortam pozitifliği 7±5,4 gün (7-21 gün) süresinde devam etti. Çalışma sonlandırıldığında ortam örneklerinde pozitiflik mevcut değildi. En fazla pozitif saptanan yerler sırasıyla; yatak (n=9), etajer (n=5), monitör- pumb (n=5), bakım arabası (n=2) şeklinde sıralandı

PZR, klasik kültür yöntemi ve kromojenik agar besiyerinin ortam örneklerinde sonuçlanma süreleri değerlendirildiğinde; PZR' u ortam örneklerinde 65 dakikada sonuç verirken enterokokkosel agara ekilen örneklerde üreme tespit edilmesi için geçen süre 38.8±6,6 saat, koromojenik besiyerinde üreme için geçen süre 24.5±5,9 saat olarak tespit edildi. Enterokokkosel agar yöntemi ile kromojenik agar yöntemi arasında üreme süreleri açısından anlamlı fark bulunamadı (p>0,5) Hasta örnekleri değerlendirildiğinde ise PZR yöntemi 65 dakika da sonuç veriri iken enterokokkosel agar için geçen üreme zamanı 60±4,0 saat olarak ve kromojenik agar için geçen üreme zamanı ise 26,8±3,2 saat olarak hesaplandı. PZR yöntemi ile klasik kültür yöntemi arasındaki fark hem ortam örneklerinde hem de hasta örneklerinde istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,038).

Her üç metodun da hasta örneklerinde VRE tesptinde etkinlik araştırması sonucunda; PZR'nun altın standar olarak alındığında (duyarlılık %100, özgüllük %100, pozitif prediktif değeri (PPV) %100 ve negatif prediktif değeri (NPV) %100 olarak tespit edildi); enterokokkosel agar için ise duyarlılık %95,2, özgüllük %84,6, PPV %92 ve NPV %96 olarak tespit edildi. Kromojonik agar için ise duyarlılık %100, özgüllük %80, PPV %94, NPV %100 olarak tespit edildi.

Ortam kültürlerinde testlerin etkinliği değerlendirildiğinde ise PZR'a göre enterokokkosel agar için ise duyarlılık %94, özgüllük %100, PPV %100 ve NPV %80 olarak tespit edildi. Kromojonik agar için ise duyarlılık %100, özgüllük %92, PPV %87, NPV %100 olarak tespit edildi.

Maliyet etkinlik analizinde kromojenik agar ve PZR yöntemi maliyet etkin olarak kabul edildi.

VRE tespitinde kromojenik agar besiyeri hem güvenilir hem de maliyet etkin bir yöntem olarak kabul edilmiştir. Ancak sonuçların değerlendirilmesi için gereken 24-48 saatlik süre halen yöntemin kullanılabilirliğini kısıtlayan bir faktördür. Buna karşın VRE tespitinde 3 saat gibi bir sürede sonuç elde edilen PZR yöntemi çalışmamızda güvenilir bir yöntem olarak tespit edilmiş tir. Yöntemin hızlı ve güvenilir sonuçlar vermesi ve yüksek güvenilirliği ile hastane taramalarında kullanılabilir bir yöntem olduğunu ortaya koymuştur. PZR'nın hasta ve ortam VRE taramalarında diğer yöntemlere kıyasla belirgin olarak daha kısa sürede sonuç vermesi ve yüksek duyarlılık ve özgüllüğü sahip olması ile ilk tercih edilecek yöntem olarak tercih edilmesi önerilir. Kazanç sağlanan süre pozitif ortam ve hastaların erken izolasyonu ve alınacak önlemler ile hastane içi yayılımda önemli koruyucu etken olacaktır.

Kaynakça

1. Facklam RR, Teixeria LM. Enterococcus. In: Collier L, Bolows A, Sussman (eds). Topley & Wilson's Microbiology and Microbial infections. Vol 2 (Systematic Bacteriology). Ed: Edvard Arnold, 9th edition. London 1998; 669-682.
2. Fisher K, Phillips C. The ecology, epidemiology and virulence of Enterococcus. Microbiology. 2009; 155:1749-1757
3. Lautenbach E, Bilker WB, Brennan PJ. Enterococcal bacteremia: risk factors for Vancomycin resistance and predictors of mortality. Infect Control Hosp Epidemiol 199;20:318–323.

KTÜ 1955

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ 1926

1st INTERNATIONAL
MEDICINE, HEALTH AND
COMMUNICATION SCIENCES CONGRESS

9 - 12 December 2021

1. ULUSLARARASI
TIP, SAĞLIK VE
İLETİŞİM BİLİMLERİ KONGRESİ

9 - 12 Aralık 2021

KONUŞMACI METİNLERİ

BOH RİSK FAKTÖRLERİNİN KONTROLÜNDE HALKI BİLGİLENDİRME VE İLETİŞİM KAMPANYALARININ GELİŞTİRİLMESİ, UYGULANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Prof. Dr. Deniz SEZGİN EMÜLER
Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), uzun süreli, yavaş ilerleyen, genetik, fizyolojik, davranışsal ve çevresel faktörler dahil olmak üzere çeşitli etmenlerin sonucunda ortaya çıkan tıbbi bir durumdur. Dünya genelinde ekonomik ve sosyal kalkınmanın önünde bir engel niteliği taşıyan bulaşıcı olmayan hastalıklar nüfuslar arasında eşitsizliklere yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü bu hastalıkları küresel düzeyde önde gelen ölüm nedenlerinden biri olarak tanımlamaktadır. En fazla ölüme neden olan bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, solunum yolu hastalıkları ve diyabet ilk sıraları almaktadır. Bu hastalıklara neden olan ana risk faktörleri arasında sağlıksız diyetler, fiziksel hareketsizlik ve tütün kullanımı yer almaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların çoğu yaşam tarzı biçimlerinden kaynaklanmaktadır ve önlenebilir niteliktedir.

Toplumların bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili olarak farkındalıklarının artırılması, bilgilendirilmesi ve iletişim kampanyalarıyla desteklenmesi mümkündür. Yaşam tarzı değişikliklerinin bu hastalıklardan korunmada önemli role sahip olduğu bilinmektedir. Bilgilendirme ve iletişim çalışmalarında yaşam tarzı değişikliğinin neden ve ne şekilde yapılması gerektiğinin sunulması olumlu davranışların benimsenmesinde katkı sağlayacaktır.

İletişim çalışmalarında farklı toplumsal grupların özellikleri göz önüne alınmalı, yüksek riskli gruplar üzerine yoğunlaşılmalı ve erken yaşta benimsenen olumlu sağlık davranışlarının kalıcı olacağı unutulmamalıdır.

Farkındalık, bilgilendirme ve iletişim çalışmaları, bireylerin ve toplumların güçlendirilmesi yanında, ekonomik ve sosyal katkılar da sağlamaktadır. Ayrıca, çok sektörlü olarak politika geliştirilmesi bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde önemli bir role sahiptir. Sağlık iletişimi çalışmalarının geliştirilecek politikalarla desteklenmesi çalışmaların etkisini artırmakta ve davranışların kalıcı hale dönüşmesine aracılık etmektedir. Her türlü iletişim çalışmasında kullanılacak mecranın farklı hastalıkların ve hedef kitlelerin özellikleri dikkate alınarak belirlenmesi gereklidir.

KALP VE DAMAR HASTALIKLARININ ÖNLENMESİNDE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİNİN BİLİNİRLİĞİNİN VE KORUYUCU KARDİYOLOJİNİN ÖNEMİ

Uzm. Dr. Demet ERCİYES
İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü

Sağlıklı yaşam denilince akla hastalıksız ve zinde bir hayat gelir. Doğru beslenmek, tütünden uzak durmak, stresi yönetebilmek, yeterli uyku ve fiziksel aktivite bu hayatın gerektirdikleridir. Tabi ki böyle yaşamayı herkes ister. Herkes bu gerçeklerin farkındayken neden bile bile yanlışa doğru gitsin? Çoğu zaman hayatın akışı, günlük yaşantıda kimi zaman kaçınamadığımız sebepler bizi yanlışlara itebilir. Arada sırada olan kaçamaklar veya zorunluluklar belki dengeyi çok bozmaz. Ama yaşam tarzı haline getirdiğimiz sistem yanlış ise bunun bize geri dönüşü ve bedeli çok ağır olabilir. Keşke demenin bir faydası yoktur artık.

Kalp damar sağlığı

Ülkemizde ve dünyada ölüm sebeplerinin başında kalpten ölümler gelir. Oysaki sağlıklı yaşama dikkat edildiğinde büyük oranda önlenebilen, vaktinde teşhis konulabildiğinde tedavisi mümkün olan bir hastalık olduğu halde neden hala kalpten ölümler en ön sırada olsun? Sağlıklı yaşayalım derken doğru bildiğimiz yanlışlar mı var? Yoksa sağlıklı yaşama dolayısıyla kalp sağlığına gereken önemi gösteremiyoruz mu? Ben özellikle kalp damar hastalıklarındaki risk faktörlerine ve bu faktörlerin nasıl kontrol altına alınabileceğine dikkati çekmek istiyorum. Çünkü bu risk faktörlerini kontrol altına almak hem sağlıklı yaşamın temelini oluşturmakta hem de kalp damar sağlığımızı korumaktadır.

Beynimiz, kalbimiz, karaciğer ve böbreğimiz gibi başta hayati organlarımız olmak üzere cildimiz dahi tüm vücudumuz kalbin pompa vazifesi ile gönderdiği kanı dolaştıran damar ağı sayesinde beslenir. Bu damarlarda bir tıkanıklık olduğu zaman geride kalan bölge hangi organa aitse o organın enfarktüsü ortaya çıkar. Yani tıkalı damar yüzünden kan gitmemesi sonucu o bölgedeki hücreler ölür. Organ da işlevini yerine getiremez. İşte bu yüzden kalp ve damar sağlığı sadece kalp attığı sürece yaşamın gerçekleşeceğinden öte kan damarları yoluyla farklı ve hayati bir organın da işlevine etki ederek önem kazanır.

Kalp damar sağlığı için risk faktörleri nelerdir?

1. Yaş: Erkeklerde 45 yaşın üstü, kadınlarda 55 yaşın üstü ve menopoz sonrası dönem
2. Cins: Erkeklerde daha sık
3. Aile hikayesi: Birinci derecede akrabalarda erken yaşta kalp damar hastalığı ve ani ölüm görülmesi.

4. Sigara içiyor olmak
5. Hipertansiyon (140/90 mmHg ve daha üzeri tansiyon)
6. İyi kolesterolün (HDL kolesterol) 40 mg/dl'den düşük olması
7. Total kolesterolün 200 mg/dl'den fazla olması (kötü kolesterol olan LDL-kolesterolün 130 mg/dl'den fazla olması)
8. Hareketsizlik: (Günde en az 30 dakika yürüyüş yeterli olabilir.)
9. Şeker hastalığı (Diabetes mellitus) bulunması. (Damar ve sinir yapısını bozuyor)
10. Kilo: Vücut kitle indeksi ve bel çevresinin yüksek olması. Vücut kitle indeksi, kg olarak vücut ağırlığının, metre olarak boyun karesine bölünmesiyle elde edilir (VKİ: kg/m2). Vücut kitle indeksinin 25'in üzerinde olması veya bel çevresinin erkeklerde 102 cm, kadınlarda ise 88 cm'nin üzerinde olması riskli olarak kabul edilir. Bu ölçüler aynı zamanda şeker hastalığı ve tansiyon yüksekliği riskini de arttırmaktadır.
11. Stres: Uzun zaman sürekli strese maruz kalmak hastalığın gelişmesini ve acil komplikasyonları kolaylaştırmaktadır.

Bu saydığımız risk faktörleri arasında yaş, cins ve aile öyküsünü değiştiremeyiz. Ama hareketsizlik, kilo ve sigara riskini tamamen ortadan kaldırmamız mümkündür. Aynı şekilde kolesterol yüksekliğini, hipertansiyon ve şeker hastalığını diyet ve ilaçla düzelterek kontrol altına almak mümkündür. Stresi yönetmeyi öğrenmek de bizim elimizdedir. Bunun için zaman zaman bu stresten uzaklaşabilmek, zihni dinlendirecek keyifli hobiler kazanmak, gerekirse profesyonel yardım almak gerekir.

COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE RİSK İLETİŞİMİ

Doç. Dr. Ceyda ŞAHAN
Hacettepe Üniversitesi, Erişkin Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniği - İMUD

Tüm dünyayı etkisi altına COVID-19 pandemisi döneminde, toplumsal bir krizin yaşanması ve durum yönetiminin zorlaşması etkin bir risk iletişiminin önemini daha da ortaya çıkarmıştır. Ancak risk iletişiminin etkili olması için, bunun sadece bir kriz yönetimi önlemi değil, sürekli ve gelişen bir süreç olması gerektiğine dair artan bir farkındalık vardır. Risk iletişimi; tehlikenin tanımlanması, risk değerlendirmesi, politika geliştirme, politikaları uygulama ve değerlendirme aşamaları döngüsünün en ortasında yer almaktadır. Süreçlerin tamamında karşı tarafa verilen mesajlar ve iletişim teknikleri hayati öneme sahiptir. Örneğin, insanların bir mesajı işlemek için harcadıkları çaba miktarı, hatırladıklarını, tutumlarını ve mesaja uyma niyetlerini etkileyebileceğinden önemlidir. Monahan, olumsuz mesajların, izleyiciyi mevcut durumun sorunlu olduğu konusunda bilgilendirerek daha ayrıntılı, detay odaklı ve analitik işleme stratejilerinin kullanımını teşvik ettiği sonucuna varırken; olumlu bir şekilde ifade edilen mesajların, dinleyiciye mevcut durumun tehdit edici olmadığını ve daha fazla dikkatin gerekli olmadığını bildirmiştir. Risk iletişiminin medya ve ilgili taraflar arasında gücü bu anlamda gözden kaçırılmamalıdır.

Bu duruma pandemi döneminde sağlık çalışanlarıyla risk iletişimi açısından bakıldığında ise hem kamu hem de özel sektördeki sağlık işkolunda iş refahı ve iş sağlığı bakımından mevcut durum ele alınmalı ve acilen iyileştirmeler planlanmalıdır. Bunun için devlet kurumları, ajanslar, şirketler ve endüstri grupları, sendikalar, medya, bilim adamları, meslek kuruluşları, ilgili gruplar ve vatandaşlar ilgili taraflar olarak birlikte çaba göstermelidir. Ulusal bir risk iletişimi programı özellikle tarafların güven, anlayış, güvenilirlik, memnuniyet, işbirliği ve anlaşması bakımından yararlı olacağı gibi pandemi dönemini en az zararla atlatmaya önemli katkı sağlayabilir.

PANEL - COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK İLETİŞİM DENEYİMLERİ

COVID-19 PANDEMİSİNDE SAHA DENEYİMLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Mestan EMEK
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Covid 19 pandemisinde temelde sahada operasyonel düzeyde vaka araştırması, temaslı araştırması, numune alma, tedavi için ilaç götürme, tarama, aşılama, izolasyon/karantina denetim çalışmaları yürütülmüştür.

Pandeminin başında tüm hastalar hastaneye yatırılırken pandemi ilerledikçe ve klinik bilgi arttıkça klinik belirtileri olmayan, hafif olan hastaların evde tedavi ve takip süreci başlamıştır. Bu süreci yönlendirebilmek için il sağlık müdürlükleri ve ilçe sağlık müdürlüklerinde "filyasyon" ekipleri oluşturulmuş, çağrı merkezleri kurulmuştur. Vakalar ve temaslılarla görüşülmesi, sağlık personelinin önemli bir işyükünü oluşturmuştur. Yüz yüze görüşmelerde sağlık personelinin teknik bilgi becerisi yanında iletişim becerilerinin önemi ortaya çıkmıştır. Başlangıçta 112 acil çağrı merkezleri ile evdeki vaka ve temaslıların talepleri karşılanmaya çalışılmış vaka sayısının artması ile ayrı çağrı merkezleri kurulması ihtiyacı doğmuştur.

Pandemi sürecinde bilgi teknolojilerindeki gelişmelerden de önemli ölçüde yararlanılmıştır. HSYS, SİNA, FİTAS, MİZ gibi yazılımlar geliştirilip sahadaki sağlık personelince kullanılmıştır. İletişim fiziksel ortam yanında sanal ortamda da sürmüştür.

Vaka artışı ile ekip sayılarının artışının her zaman aynı paralellikte seyretmemesi, personelin vaka ve temaslı olduğu için çalışamaması nedeniyle ek personel ihtiyacı olmuştur. Ek personel bulunamaması, bulunsa bile yeterli eğitim almadan sahaya çıkması, personelin sahada hareket etmesini sağlayacak araç ve şöför eksikliği sorunlarıyla karşılaşılmıştır. Sağlık dışındaki diğer kurumların personel ve araç kaynağının bilinmesi önemlidir. Birinci basmakta tanımlanmış bir bölgeye, multidisipliner bir ekiple entegre hizmet sunmaktan vazgeçmenin sonucunda pandemide yeni dikey organizasyonlar ve bunların koordinasyonu sorunlarıyla karşılaşılmıştır.

Pandemi gibi risk ve belirsizliğin yüksek olduğu dönemde ilgililerle bilgilileri bir araya getirerek karar süreçlerini desteklemek operasyonel düzeyde karar verirken daha az yanlış yapılmasına katkıda bulunacaktır.

PANEL - COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK İLETİŞİM DENEYİMLERİ

COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA AŞI İLETİŞİMİ DENEYİMLERİ

Prof. Dr. Raika DURUSOY
Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Türkiye'de sağlık çalışanlarının SARS-CoV-2 virüsüne karşı aşılanması resmen 14 Ocak 2021 ve 11 Şubat 2021 haftalarında uygulanan ilk ve ikinci doz Sinovac aşılarıyla başladı. Ancak, Sinovac aşısının Faz 3 çalışmasına gönüllü sağlık çalışanlarının katılımı Aralık 2020'de başlamıştı ve bu çalışmaya katılanların sosyal medya paylaşımları çevrelerindeki diğer çalışanları da teşvik etmiş olabilir. Mayıs 2021'de sağlık çalışanlarının eşlerine de kendi yaşıtlarından önce aşı hakkının tanınması, hem grubun taleplerine karşılık vermiş, hem de sağlık çalışanları ve çevresindekilerin aşılanmalarının önemini pekiştirici etkisi olmuştur. Eşlerin BioNTech aşısıyla aşılanmaları da mümkün olmuştur. Haziran 2021'de gerçekleştirilen HASUDER Bulaşıcı Hastalıklar Çalışma Grubu Pandemide Çalışan Sağlığı Yuvarlak Masa oturumunda paylaşılan deneyimlere göre bu tarihte farklı illerden çeşitli üniversite hastanelerinde sağlık çalışanlarının tam aşılı olma oranları %81, %70, %70, %86, %72 olarak bildirilmişti. Bu hastanelerden birinde 250 kadar çalışanın BioNTech aşısını bekledikleri için henüz aşılanmadıkları bilgisi paylaşılmıştı. CDC'nin Amerika Birleşik Devletlerindeki (A.B.D.) birleşik hastane sürveyans sistemine dahil olan hastanelerin %48'inden topladığı veriye göre A.B.D.'deki hastane çalışanlarının tam aşılı olma oranı Ocak ayında %36,1'den Nisan ayında %60,2'ye ve 15 Eylül'de %70'e çıkmıştır. Ülkemizde sağlık çalışanlarında aşı oranlarının daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bunda Ocak-Şubat 2021'de adeta hızlı kampanya havasıyla hastanelerde çok sayıda aşı istasyonu oluşturularak aşılamanın çalışanlar için başlatılması, kurumlardan verilen olumlu ve teşvik edici mesajlar, süregiden pandemi için yeni bir çözüm yöntemi ve umudu olması rol oynamış olabilir. Süreç içinde farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına aşının zorunlu hale getirildiği haberlerinin basın ve sosyal medya yoluyla paylaşılması da motive etmiş olabilir. Son olarak da Eylül 2021'de İçişleri Bakanlığı'nın genelgesiyle şehirlerarası seyahat ve toplu etkinliklere katılım için aşı gerekliliği veya aşı süreci tamamlanmamış olanların PCR testi verme zorunluluğu, hastanemizde de haftalık test takibine dönüşmüş, aşısız çalışanların Eylül ayından itibaren aşılanma sayılarında artışlar izlenmiş ve yaklaşık 6000 çalışanı olan kurumumuzda Kasım 2021 sonu itibariyle aşısız çalışan sayısı 140'a (%2,3) gerilemiştir. Sunumda mesajlardan ve süreçten örnekler de paylaşılacaktır.

INTEGRATED INFODEMIC MANAGEMENT FRAMEWORK: THE NIGERIA EXPERIENCE

Abara ERIM

Introduction

Infodemics occur when there is an overabundance of information. This information could be false or misleading and it can occur in online and offline environment during any disease outbreak. Among the numerous consequences of infodemics is that it causes confusion and increase negative risk-taking behaviours among the population which leads to low compliance to public health and social measures. It also leads to mistrust in health authorities and undermines the public health response. With the increasing penetration and reach of social media and vast digital platforms, information spread very quickly and reach more people than we could imagine. While this can be useful to fill information void, it has also served as a platform to amplify dis/mis/malinformation and in the words of Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, WHO's Director-General, "We're not just fighting a pandemic; we're fighting an infodemic". The COVID-19 pandemic and the infodemic is still far from over and as such we need to continue to identify and manage misinformation about COVID-19 vaccines, as well as the need for public health and social measures. Since misinformation is behaving like a disease, it must also be treated as such for we understand that a rumour anywhere is a threat everywhere.

In Nigeria, the first confirmed case of COVID-19 was on the 27th of January 2020 in Lagos state, Nigeria and a multi-sectoral national Emergency Operations Centre (EOC) was activated by the Federal Ministry of Health and the Nigeria Centre for Disease Control at level 3 to rapidly contain the further spread of the virus and scale up capacity to rapidly detect cases either at the point of entry or in the community and Risk communications and Community Engagement (RCCE) was identified as a critical response activity for implementation in the country for the containment of the COVID-19 pandemic. The NCDC developed and disseminated prevention messages on COVID-19, using traditional and social media. On the 14th of March 2020, the second case of COVID-19 which confirmed, and the case was a contact of the first case. Within this time over of 41 rumours were collated in the rumour log and majority of this conversation emanated from Whatsapp, which is difficult to track.

The NCDC Infodemic Model:

Infodemic management at NCDC was born out of necessity to understand the conversations at the community. It began with the analysis of the event-based surveillance data which monitors conversations in the community on disease outbreaks, and the use of google alert to monitor online mentions of key words that are of interest to the organization. When the multisectoral EOC was

activated at the highest level to respond to COVID-19 in Nigeria, rumour management was a major deliverable for the risk communication pillar of the EOC. Within the first three months of the response, Nigeria developed a rumour response model, resources, and tools: rumour log and SOP for covid-19, taxonomy and prioritization matrix and a compendium of debunked frequently circulating rumours, community offline rumour collation. Due to the evolving nature of communication trend, the ***build as we sail*** approach was deployed in the unit and we constantly learned and adapted the process and tools to fit. Despite this enormous success, some challenges were experienced. Among them were limited dissemination channels for the debunked rumours, lack of information on demographics and motives behind rumours that are shared, and fragmented community rumour process at the community level. To address some of these challenges, the integrated rumour management framework was developed. This framework brought together stakeholders from different field and expertise to support the process. The integrated infodemic model include the following process: listening, detection, collation, categorization, prioritization, fact checking, analysis, reporting/escalation, content development, review, pre-testing, dissemination and feedback. This has greatly contributed to the ongoing COVID-19 response.

PANEL - FORUM İNFODEMİ ÜLKE VAKALARI

INFODEMIC MANAGEMENT IN BANGLADESH

Jakir Hossain Bhuiyan MASUD
Chairman, Public Health Informatics Foundation (PHIF), Bangladesh,
Digital Health Roster of Experts, World Health Organization (WHO),
WHO Infodemic Manager

Abstract

COVID-19 is a novel corona virus that emerged in China in 2019. In 17 March 2020, 8 Bangladesh citizens diagnosed confirmed COVID-19 cases. An infodemic is an overabundance of information, both online and offline. One of the challenges posed by the novel coronavirus pandemic is the infodemic risk. A huge amount of information being published on the topic, along with misinformation with social media, and it goes faster and further. Falsehood was spread significantly faster and more broadly than the truth in all categories of information.

Infodemic management is the systematic use of risk and evidence-based analysis and approaches to manage the infodemic and reduce its impact on health behaviours during health emergencies. Infodemic management aims to enable good health practices. Bangladesh government emphasize on that issue to control and prevention of COVID-19. In this talk, I will discuss Infodemic management in Bangladesh, especially how Bangladesh faces the infodemic and how to overcome the problem.

COUNTRY INFODEMIC CASES - POLAND

Maia ROMANOWSKA

Abstract:

Poland is experiencing health system problems and estimated 150K excess deaths in the country during this pandemic up to date.

Low digital health literacy and lack of trust in political and religious leaders combined with economical and socio-political differences have increased anti-pandemic sentiment in Poland during the COVID-19 pandemic and are directly contributing to the spread of COVID-19 related online and offline mis- and disinformation. The gap in the vaccination hesitancy communication was easily taken over by the seeking for fame experts and laymen in the fields of virology, epidemiology and medicine. The government ignored the gravity of the situation and allowed anti-vaxers groups to enter the mainstream media. In this paper I will present two of the infodemic cases with great influence on the COVID-19 prevention measurements in Poland, including but not limited to the vaccinations, vaccines, social distancing and universal masking. The first case of infodemic concerns the activity of Dr. Bodnar, who successfully penetrated the gap regarding the lack of pharmacological solutions in the prevention and treatment of COVID-19. He has used and uses a variety of manipulation tactics to promote amantadine, as a drug for COVID-19, causing great confusion not only on social media but also offline.

The second case of infodemic is the vaccination program in Poland, which failed as a result of the slowness of the authorities, lack of planning, and the use of proven methods of health education. The infodemic that was created this way can serve as an excellent example of how not to plan and how not to run a vaccination program. Both these cases of infodemic connect and penetrate each other and affect the broader public. Patients lost in the health system, who, due to the lack of communication from and with the government and distrust in the ruling elite and religious leaders, and undermined trust in the world of science, seek information on their own what has been used perfectly by charlatans, crooks and fame-hungry people.

ŞİDDET MAĞDURU KADINLARIN HUKUKSAL İHTİYAÇLARINA İLETİŞİM PENCERESİNDEN BAKMAK

Av. Aslı Koçak ARIHAN
Ankara Barosu, Gelincik Şiddet Önleme Merkezi Başkanı

1. Mağdur
2. Mağdurun İçinde Bulunabileceği Psikolojik Durum
3. Mağdura Uygun Yaklaşım
4. Cinsel Saldırı Mağdurlarıyla İletişim
5. Delil Meselesi

1. **MAĞDUR**

- Mağdur, kendisine karşı işlenen suç nedeniyle doğrudan zarar gören kişi ya da bu suretle ekonomik kayba uğramış olan kişidir.

2. **MAĞDURUN İÇİNDE BULUNABİLECEĞİ PSİKOLOJİK DURUM**

- Duygu karmaşası
- Anlaşılmamaktan çekinme
- Karşılaştığı şiddetin devam etmesinden korkma
- İntikam isteği
- Sorunu kendisinin çözebileceğine olan inanç
- İntihar düşünceleri
- Ailesini koruma isteği
- Maruz kaldığı mağduriyet nedeniyle kendini suçlama

3. **MAĞDURA UYGUN YAKLAŞIM**

Mağdur:

- Güven içinde olmayı,
- Anlaşılmak, dinlenilmek ve kendini ifade edebilmeyi,
- Mahremiyetine saygı gösterilmesini,
- Yargılanmamayı/suçlanmamayı,

- Önemsenmeyi ve süreç hakkında bilgilendirilmeyi,
- Desteklenmeyi, ister.

4. **İFADE ALINMASI AŞAMASI**
5. **BEDEN MUAYENESİ/ GENİTAL MUAYENE**
6. **CİNSEL SALDIRI MAĞDURLARIYLA İLETİŞİM**

- Mağdura sorulan sorular yargılayıcı olmamalı ve sakin bir tutumla iletilmelidir.
- Mağdurun kendini ifade etmesini kolaylaştıracak bir yaklaşım sergilenmelidir.
- Özel hayatın gizliliği ve mahremiyeti korunmalıdır.
- Empati, aktif dinleme gibi iletişim becerileri kullanılmalıdır.
- Mağdurun tutumu ve duygusal durumu gözlemlenmelidir.

7. **DELİL MESELESİ**

- Delillerin toplanması ve korunması konusunda, vakanın adli vaka olduğu hususundaki bilgilendirme, delil toplanması ve toplanan delillerin değerlendirilmesi aşamasında yer alan personele yapılmalı; deliller, delil bütünlüğüne zarar gelmeyecek şekilde toplanıp, muhafaza edilip, taşınmalıdır.

PANEL - KADINA YÖNELİK ŞİDDET

ŞİDDET MAĞDURU KADINLARIN PSİKOSOSYAL İLETİŞİM GEREKSİNİMLERİ

Doç. Dr. Filiz CİVİL ARSLAN
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Kadına yönelik şiddet; "cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranış" olarak tanımlanmaktadır. Kadınlara yönelik şiddet genellikle fiziksel şiddet, cinsel şiddet, ekonomik şiddet ve sözel ya da psikolojik şiddet olmak üzere dört farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Kadına yönelik şiddet coğrafi bölge, sosyo-ekonomik statü ve eğitim düzeyine bakılmaksızın tüm dünyada ve kültürlerde son derece yaygın görülen bir olaydır. 2013 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan kadına yönelik şiddetin küresel ve bölgesel yaygınlığıyla ilgili raporda küresel ölçekte tüm kadınların % 35'inin şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir.

Şiddetin kadınlar üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerden en çok üzerinde durulan noktalardan biri de kadının ruh sağlığının bu durumdan nasıl etkilendiği yönündedir. Şiddetin kadın üzerindeki psikolojik etkileri yaşanan şiddetin tipi, süresi, ciddiyeti, şiddetin gerçekleştiği sıradaki yaşam döngüsü, kişinin sahip olduğu başa çıkma mekanizmaları ve sosyal desteğine göre değişiklik göstermektedir. Şiddet görmüş kadınların % 47.6'sının depresyon, % 17.9'unun intihar riski, % 63.8'inin travma sonrası stres bozukluğu, % 18.5'inin alkolün kötüye kullanımı, %8.9'unun da maddenin kötüye kullanımı gibi sorunları ağırlıklı olarak yaşadıkları belirtilmiştir.

Duygusal ve fiziksel şiddete uğrayan kadınlar sosyal statü, özellikle ekonomik baskı, sosyal çevre baskısı, kendine güvenmeme ve toplumsal cinsiyet rollerinin etkisi nedeniyle şiddet ortamında yaşamaya devam etmektedir. Şiddete uğrayan kadınlar travmatik deneyimlerini dile dökebildikleri, duygu ve düşüncelerini çekinmeden anlatabildikleri, yargılanmadan ve eleştirilmeden dinlendiklerine emin oldukları, pisko-sosyal destek alabilecekleri kuruluşlara ihtiyaç vardır. Ancak şiddeti deneyimleyen kadınların herhangi bir yardım talep etme oranları %40'dan daha azdır.

Kadına yönelik şiddetin belgelenmesi, ilgili makamlara bildirilmesi, tedavisi ve rehabilitasyonu multidisipliner ve bütüncül olarak ele alınmalıdır. Kadının kendi hak ve özgürlüklerinin kısıtlandığı durumlarda nereye, kime başvuracağı konusunda bilgilendirilmeli ve cesaretlendirilmeli, şiddeti önlemede etkili iletişim teknikleri kullanılmalıdır.

OBSTETRİK ŞİDDET VE ÖNLEME STRATEJİLERİ

Doç. Dr. Nazan KARAHAN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölüm Başkanı
Ebeler Derneği Genel Başkanı

Giriş

Gebelik ve doğum süreci, kadın ve ailesi için en etkileyici yaşam olaylarından biridir. Kadınlar gebelik ve doğumu güvenli koşullarda yaşamalı ve memnuniyetle hatırlamalıdır. Bunun sağlanabilmesi için hizmetin güvenli, etkili, verimli olması, zamanında sunulması, eşitlikçi ve birey merkezli olması gerekir. Her kadın, doğum sırasında onurlu, saygılı cinsel ve üreme sağlığı hizmetleri alma hakkına sahiptir.

Güvenli*:* Tıbbi hataları azaltmak ve yaralanmaları önlemek de dahil olmak üzere riskleri ve zararları en aza indiren sağlık hizmeti sunulmalıdır

Etkili*:* Bilimsel bilgiye ve kanıta ve yönergelere dayalı hizmetler sunulmalıdır

Zamanında: *S*ağlık hizmeti sağlama ve almadaki gecikmeleri azaltmalıdır

Verimli: Kaynak kullanımını en üst düzeye çıkaracak ve olası kayıpları önleyen bir sağlık hizmeti sunulmalıdır

Eşitlikçi: *C*insiyet, ırk, etnik köken, coğrafi konum veya sosyo-ekonomik durum gibi kişisel özellikler nedeniyle sağlık hizmetinin kalitesi değişmemelidir.

Birey merkezli*:* Hizmet kullanıcılarının bireysel tercihlerini, isteklerini, değerlerini ve toplumun kültürel yapısını dikkate alan bakım sağlanmalıdır (Tunçalp et al. 2015).

Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar, gebelik ve doğum hizmetlerinde kadınların kaliteli bakım alamadığını hatta özellikle doğum sırasında şiddete maruz kaldığını göstermektedir.

Obstetrik Şiddetin Tanımı ve Etkileri

Obstetrik şiddet: gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde sağlık hizmetleri sunumunda kadına fiziksel ve/veya psikolojik zarar veren eylem, ihmal ve saygısız tutum, davranış ve yaklaşımlar olarak tanımlanabilir.

Obstetrik şiddet, dünya da ilk olarak Venezuella'da, ikinci dalga feminist hareketinin çabalarıyla çıkarılan yasa ile suç olarak tanımlanmıştır. Ardından 2009'da Arjantin, 2013'de Bolivya ve Panama, 2014'te Meksika'da suç olarak kabul edilmiştir. Obstetrik şiddetin ülkelere göre yasalarda geçen

tanımları Tablo 1'de gösterilmiştir (Kilci ve ark, 2020). Bu gelişmelerin ardından Dünya Sağlık Örgütü 2014 yılında yayınladığı, "Doğum Sırasında Saygısız Tutum ve İstismarı Ortadan Kaldırma ve Önleme Raporu"nda, obstetrik şiddet bir insan hakları ihlali olarak tanımlanmış ve saygılı doğum bakımının dünya genelindeki her sağlık sisteminde çocuk sahibi olan her kadının evrensel bir insan hakkı olduğuna vurgu yapılmıştır (WHO, 2104). Bu rapor, 90'dan fazla uluslararası sivil toplum ve sağlık meslek örgütü tarafından onaylanmış ve güvenli annelik kavramının, kadınların temel insan haklarına saygıyı da kapsayacak şekilde morbidite veya mortalitenin önlenmesinin ötesinde genişletilmesi gerektiğinin altını çizilmiştir (Bohren et al. 2015). Birleşmiş Milletler ve diğer insan hakları uzmanları, 2015 yılında, devletleri obstetrik ve kurumsal şiddet eylemlerini ele almaya çağıran ortak bir bildiri yayınlayarak Dünya Sağlık Örgütü'nün raporu desteklemiştir.

Tablo 1. Obstetrik Şiddetin Ülkelere Göre Yasalarda Geçen Tanımları

Ülke	Yıl	Obstetrik Şiddetin Ülkelere Göre Yasalarda Geçen Tanımları
Venezuela	2007	Obstetrik şiddet, üreme sürecinin sağlık personelleri tarafından sağlıksızlaştırılması, doğal süreçlerin kötüye kullanılması ve/veya doğal süreçlerin patolojizasyonu, özerklik kaybına neden olan, kendi bedeni ve cinselliği hakkında özgürce karar verememe olarak tanımlanmıştır.
Arjantin	2009	Obstetrik şiddet, sağlık personeli tarafından kadının vücudunda ve üreme süreçlerinde, insanlık dışı muamele olarak ifade edilen ve doğal işlemlerin tıbbileştirilmesi, kadına küfür edilmesi gibi eylemleri içermektedir.
Bolivya	2013	Kadınların bilgi alma, oryantasyon, kapsamlı, acil, etkili bakım ve tedavi hakkını engelleyen, sınırlayan veya ihlal eden eylemler veya eksiklikler de dahil olmak üzere, gebelik, düşük, doğum, doğum sonu ve emzirme döneminde ayrımcı, küçük düşürücü eylemler ve sağlık personeli tarafından kısıtlanan her şey obstetrik şiddet içinde yer almaktadır.
Panama	2013	Obstetrik şiddet, kadınlara üreme süreçlerinde sağlık çalışanlarının küfürlü, insanlık dışı, küçük düşürücü veya kaba muamelede bulunması olarak tanımlanmıştır.
Meksika	2014	Obstetrik şiddet, sağlık çalışanları tarafından gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının ölümüne sebep olan, kadına zarar veren tüm eylemler veya ihmaller olarak tanımlanır. Ayrıca obstetrik şiddet, ihmalleri, planlı sezaryanı, kadının rızası olmadan doğum kontrol yöntemi kullanımını ve tıbbi neden olmadan anne ile bebeğin (emzirme dâhil) erken bağlanmasını engelleyen durumları içermektedir.

Arşiv Kaynak Tarama Dergisi . Archives Medical Review Journal

Kaynak: Kilci Ş, Bozkurt Demirel Ö, Saruhan A. Bir Kadın Hakkı İhlali: Obstetrik Şiddet. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2020;29(2):122-128

Obstetrik şiddet, kadının insan haklarını ihlal eden özel bir şiddet biçimidir. Gebelik ve doğumda saygısız muamele ve istismar kadınların aşağıdaki haklarının ihlal edilmesi anlamına gelmektedir.

- Yaşam hakkı
- İnsan onuruna saygı hakkı
- Sağlık hakkı
- Eşitlik hakkı
- Vücut bütünlüğünü koruma ve özerliğe saygı hakkı
- Ayrımcılığa uğramama

- İşkence ve kötü muameleden korunma hakkı
- Bilgilendirilme hakkı

Obstetrik şiddet, anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyen önemli bir halk sağlığı sorundur ve sorun aslında toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yansımasından kaynaklanmaktadır. Kadına yönelik şiddetin en doğallaşmış ve görünmez biçimidir. Çoğunlukla kamu kuruluşlarında gerçekleşmekle birlikte, ortaya çıkmasındaki en önemli etken saygısız davranış ve istismarın normalleşmesidir. Kadınlar, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem boyunca obstetrik şiddete maruz kalabilir ancak özellikle kadınların en savunmasız olduğu doğum sırasında yaşanır. Anne ve bebekte yaşam boyu sürecek fiziksel ve psikolojik etkiler yaratır. Doğumda kötü muamele ve istismar, tıbbi sisteme güvensizlik yaratarak kadınları kaliteli bakım almaktan uzaklaştırmakta, doğumdan korkmasına neden olmakta, fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz etkilemektedir. Ayrıca anne ve bebekler için olumsuz obstetrik sonuçlara neden olmakta, anne-bebek bağlanması bozmakta, doğum travması ve Post Travmatik Stres Sendromu (PTSD)'na neden olmaktadır (Bohren et al. 2015, Khosla et al. 2016)

Obstetrik Şiddet Türleri

Obstetrik şiddet düşük, orta ve yüksek gelir seviyesi fark etmeksizin tüm ülkelerde kadınların yaşadığı bir sorun olarak karşımıza çıkmakta ve farklı şekilde görülmektedir. Bohren ve ark (2015) obstetrik şiddeti fiziksel istismar, cinsel istismar, sözlü istismar, damgalama ve ayrımcılık, profesyonel bakım standartlarının karşılanmaması, kadınlar ve bakım sağlayıcılar arasındaki zayıf uyum ve sağlık sistemi koşulları ve kısıtlamaları olmak üzere 7(yedi) kategoriye ayırmaktadır.

Fiziksel istismar, kadınların gebelik ve doğum hizmetleri sırasında sıklıkla karşı karşıya kaldığı bir durumdur. En sık bildirilen fiziksel istismar; açık bir el veya bir aletle vurmak (özellikle uyluklara), tokatlama, kaba bir dokunuş, çimdikleme ve yatağa bağımlı kılmadır. Ancak çeşitli çalışmalarda yatağa bağlama, tekmeleme, ağzı tıkama, aç bırakma ve kendi kanı/idrarı/ dışkısı içinde bırakma vakaları da bildirilmektedir.

Sözlü istismar en yaygın görülen obstetrik şiddet şeklidir. Tüm ülkelerde ve farklı gelir düzeylerinde görülebilmektedir. Sert ve kaba bir dil, azarlama, yargılayıcı ve suçlayıcı yorumlar yapma, kötü sonuç ve bakımı durdurmakla tehdit etme, yaşanabilecek kötü sağlık sonuçlarından sorumlu tutma, cinsel aktiviteye atıf yaparak utandırma, alay etme ve kadını nesneleştirerek onur kaybı yaşatma sözlü istismarın en yaygın şeklidir.

Cinsel istismar; cinsel aktiviteye atıf yapma, cinselliği ve cinsel organlarının görünümüyle alay etme, elle taciz, gerekmediği halde rektal muayene yapma ve tecavüz şeklinde ortaya çıkabilmektedir.

Damgalama ve ayrımcılık, yoksulluk, okuma yazma yetersizlikleri, dil sorunları, kırsal veya gecekondu bölgelerinde ikamet etmeleri veya "kirli" veya «dağınık olma» nedeniyle aşağılama, düşük sosyo-ekonomik durum, etnik köken/ırk/din, yaş ve tıbbi sorunlar nedeniyle diğerlerinden ayırma şeklinde görülmektedir. Ergenler, yüksek pariteli yaşlı kadınlar, hastalığı olan kadınlar sıklıkla

ayrımcılığa maruz kalmaktadır.

Profesyonel bakım standartlarının sağlanmaması; bilgilendirilmiş onam almada ve gizliğin korunmasında (özel bilgilerin ifşası) sorunlar yaşanması, mahremiyet ihlalleri, fiziksel muayene ve tıbbi prosedürlerin uygun şekilde yapılmaması ve gereksiz tıbbi girişimler olarak özetlenebilir.

Kadınlar ve hizmet sağlayıcılar arasındaki zayıf uyum; ihmal ve terk etme (yalnız bırakma, görmezden gelme, yük ve sıkıntı verdiğini hissettirme, bekleterek cezalandırma, kötü iletişim, destekleyici bakımın verilmemesi, özerklik kaybı (nesne, eşya gibi hissettirme) şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Sağlık sistemi koşulları ve kısıtlamaları; obstetrik acil durumların zamanında fark edilmemesi, kadını supine pozisyonda doğum yapmaya zorlamak; yenidoğanın tıbbi bir neden olmaksızın annesine erken bağlanmasını engellemek; doğumun doğal sürecini bozacak tıbi girişmlerin rutinleşmesi ve gereksiz sezaryen doğuma yönlendirme olarak özetlenebilir.

Obstetrik şiddetin uygulayan kişilerin mesleki eğitimi, yaşama ve sağlığa bakış açısı nedeniyle kadına yönelik şiddetin önlenmesinde rolleri bulunan sağlık çalışanları (hekim, hemşire ve ebeler) olması ilginçtir. Bu noktada karşımıza tıbbi gereklilik doktrini çıkmaktadır.

Tıbbi bilgiye sahip sağlık çalışanları, bakım almak için sağlık sistemine bağımlı kişiler/hastalar için «hasta-hekim» ilişkisi doğası gereği daha fazla güç ve deneyime sahiptir. Bu durumda sağlık çalışanları ve hasta arasındaki güven ilişkisini sağlık çalışanları lehine olacak şekilde bozmaktadır. Bu dengesizlik, kötü muameleyi haklı çıkarmak için tıbbi gereklilik doktrininin kötüye kullanılmasına neden olabilir. Sağlık hizmetleri sunumunda keyfi suistimaller oluşabilir ve meşru tıbbi amaç için kasıtlı veya ihmalkar bir şekilde gerekli olmayan/acı veren tedaviler uygulanabilir. Ancak bazen çalışan sayısının yetersizliği, yüksek hasta hacmi, düşük maaşlar, uzun mesai saatleri ve altyapı eksikliği gibi sağlık sistemi sorunları gibi nedenler sağlık çalışanlarının profesyonel olmayan davranışlarını kolaylaştıran stresli ortamlar yaratabilmektedir (Cindoğdu and Sayan-Cengiz, 2010).

Obstetrik şiddet ülkemizde fark edilmeyen, konuşulmayan ve dikkate alınmayan bir durumdur ve konu ile ilgili sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu durum problemin tanımlanması ve çözümlerin belirlenmesini zorlaştırmaktadır. Ebelerin doğumda annelere verdiği bakım hizmetini değerlendirmek amacıyla, Sivas'ta 73 gebe ve doğumlarını yaptıran 10 kadrolu ebe ile yapılan çalışmada; annelerin doğumda yeterli fiziksel bakım almadığı, travay ve doğum konusunda yeterince bilgilendirilmediği, açıklama yapılmadığı ve sözleri ile alay edildiği ve duygusal destek görmediği belirlenmiştir. Ayrıca araştırmacılar tarafından gözlenen bu yetersizliklerin gebeler tarafından dile getirilmemesi çalışmanın dikkat çekici bulguları arasındadır (Dağlar ve Güler 2004).

Erenel ve Akkuzu (1999)'un çalışmasında, Ankara'da bir doğum hastanesinde sağlık personeli hasta ilişkisini değerlendirilmiş ve kadınların %34.2'si saygısız davranışlara maruz kaldığını, %83'ü azarlandığını ifade etmiştir. Eskişehir ilinde 3 ayrı hastane ve 14 sağlık ocağında hekimin kullandığı dildeki güç unsurları, ses kayıtlarının özel bir inceleme yöntemi ile değerlendirilmesi yoluyla

incelenmiş ve sağlık çalışanlarının gebelik ve doğum için için gelen kadınlara dilsel güç ve baskı uyguladığı sonucuna ulaşmıştır. Çalışmada sağlık çalışanları ses kayıtlarının alındığına bilmesine ragmen; "böyle yaparsan ben gidiyorum başkasına, vaktim yok", "Ikın dedim sana", "doktor benim, benim dediğimi yapacaksın", "ee ne yapacağız, ölsün mü bebeğin" "Herkes böyle doğuruyor, bir sen doğuramadın", "Ne bastırtıyorsun ne de ıkınıyorsun" şeklinde ifadeler kullanmıştır (Elçioğlu ve ark, 2007).

Obstetrik Şiddetin Önlenmesi

Obstetrik şiddet, çok boyutlu bir yaklaşım ve farklı disiplinlerin katkılarını gerektiren çok yönlü karmaşık bir olgudur. Dünya Sağlık örgütü raporunda ülkeleri, daha fazla eyleme geçmeye, konunun tüm tarafları arasında dialog geliştirmeye, araştırma ve savunuculuk desteği sağlamaya davet etmektedir (WHO, 2014).

Obstetrik bakım, yalnızca hastalığa odaklanmak yerine kadın ve anne haklarına, ilkelerine saygılı olarak, en iyi bilimsel kanıtlara ve hastanın tercihlerine dayanmalıdır. Bu yaklaşım, güvenli, etkili ve kişiselleştirilmiş bakımı desteklerken, faydalı/yararlı olmayan sağlık sonuçlarını, uygunsuz veya gereksiz riskli müdahaleleri ortadan kaldırmaktadır. Kanıtlara dayalı bakımın sunulması, obstetrik bakım sırasında, istismarı ve kötü muameleyi önlemeye yönelik yaklaşım sağlayabilir. Ayrıca gebelik ve doğum hizmetleri veren tüm sağlık çalışanlarının, normalleşmiş saygısızlık ve istismar davranışlarının farkında olması, insan haklarına saygılı bakım vermesi, kadınlara olumsuz deneyimler konusunda konuşma fırsatı vermesi, girişim ve kararlarını kanıt temeli bakımın rehberliğinde gerçekleştirmesi önemlidir.

Gebelik ve doğum hizmetleri sunan tüm sağlık çalışanlarının (ebe, hemşire ve hekim) mezuniyet öncesi eğitimlerinde ve hukuk eğitimi verilen kurumlarda insan hakları, doğumda insan hakları ihlalleri, obstetrik şiddetin profesyoneller, anneler, bebekler ve aileleri üzerindeki etkileri konularına yer verilmelidir. Obstetrik şiddeti oluşturan yapısal, sosyal ve politik durumlar disiplinlerarası araştırmalarla ortaya çıkarılmalı ve çözüm önerileri geliştirilmeli, kadınların doğumda saygılı bakım haklarını talep etmelerini sağlamaya yönelik farkındalıkları artırılmalı ve konu hakkında yasal düzenlemeler hayata geçirilmelidir. Ayrıca ebelik mesleğinin güçlendirilmesi, obstetrik şiddeti önlemek için önemli bir fırsattır. Çünkü; ebelik hizmetlerinin iyi yapılandırıldığı, ebe yönetimli doğum ünitelerinde yapılmış gelişmiş ülke çalışmalarına göre; nitelikli ebeler kadınların savunuculuğunu yapmakta, maternal, neonatal mortalite ve ölü doğumda azalmanın yanısıra gereksiz tıbbi uygulamalar azalmakta ve ağrıyla baş etme, anksiyete, doğum memnuniyeti, postpartum depresyon, bebek etkileşiminin artması gibi psiko-sosyal sonuçlar iyileşmektedir.

Sonuç olarak; doğum sırasında kadınlara yapılan kötü muamele sadece bir bakım kalitesi sorunu değil kadının **temel insan hakkının ihlalidir.** Her kadın, gebelik ve doğum boyunca onurlu, saygılı sağlık hizmeti almalı, şiddet ve ayrımcılıktan korunmalıdır.

Kaynakça

1. Bohren, J. Vogel, E. Hunter. Küresel Olarak Sağlık Tesislerinde Doğum Sırasında Kadınlara Kötü Muamele: Karma Yöntemler Sistematik İnceleme. PLoS tıbbı. 12(6): 2015; 1–32. 10.1371
2. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC. et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed Methods Systematic Review. PLos Med. 2015 Jun; 12(6):e1001847
3. Cindoğdu D, Sayan Cengiz F. Medicalization Discourse and Modernity: Contested Meanings Over Childbirth in Contemporary Turkey. Health Car efor Women İnternational. 2010;31(3):221-243
4. Dağlar G, Güler H. Ebelerin doğum anında anneler verdiği bakım hizmeti: annelerin değerlendirmeleri ve beklentileri, Artemis, 2004; 5(1): 42-7
5. Erenel AŞ, Akkuzu G(1999): Sağlık personeli hasta ilişkisine kadın açısından bakış: doğum deneyimi, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği, sayı . 7
6. Elçioğlu Ö, Duman S., Kırımlıoğlu N (2007). Bir Kurumu temsil eden hekimin kullandığı dildeki güç unsurları, Türkiye Klinikleri J Med Ethics, sayı15
7. Kilci Ş, Bozkurt Demirel Ö, Saruhan A. Bir Kadın Hakkı İhlali: Obstetrik Şiddet. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2020;29(2):122-128
8. Khosla R, Christina Z, Vogel JP et al. International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth. 2016;18(2):131-143
9. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C et al. Quality of Care pregnant women and newborns-the WHO vision. BJOG 2015 Jul;122(8):1045-1049
10. WHO, The prevention and elimination of disrespect anda abuse during facility-based childbirth, 2014

PANEL - KADINA YÖNELİK ŞİDDET

ADLİ TIP AÇISINDAN ŞİDDET MAĞDURU KADINLARI TANIMAK

Prof. Dr. Erdal ÖZER
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

Şiddet ortaya çıkış şekli ve uygulanışı bakımından evrensel bir nitelik taşımaktadır. Şiddetten en çok etkilenen kişiler kadınlar ve çocuklar olmaktadır. Günümüzde hem Türkiye'de hem de Dünya'da şiddet ve kadına yönelik şiddet en önemli halk sağlığı sorunlarının başında gelmektedir. Şiddet insanlık tarihi kadar eski bir sorundur. Kadına uygulanan şiddet çeşitleri fiziksel sözel ekonomik ve cinsel şiddet şeklinde olabilir.

Genel anlamda şiddet sahip olunan güç ve kudretin yaralanma ve kayıpla sonlanan veya sonlanma olasılığı yüksek biçimde bir başka insana kendine bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla yada bizzat uygulanmasıdır.

Kadına yönelik şiddet cinsiyete dayanan kadını inciten ona zarar veren fiziksel cinsel ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır.

İster kamusal ister özel alanda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik acı veya ıstırap veren veya verebilecek olan, cinsiyete dayalı her türlü eylem veya bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakmak İnsan Hakları İhlali ve Kadınlara Yönelik Ayrımcılıktır

Psikolojik şiddetin olası sonuçları depresyon ve kimlik kaybıdır. Fiziksel şiddetin ise en ağır sonucu şüphesiz mağdurun yaşamını yitirmesidir.

Şiddet insanlık tarihi kadar eskidir. Arkeolojik çalışmalar, kadınların fiziksel şiddet yaşamlarının kökenini 3000 yıl öncesine kadar götürmektedir. Erkek mumyaların kemiklerinde %9-20 kırığa rastlanırken, kadın mumyalarda bu oranın %30-50 olduğunu bildirilmektedir.

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan kadına şiddet olgularında hekimlere çok önemli görevler düşmektedir. Bu olguların bir kısmında şiddet mağduru kadınlar kendileri şikâyetçi olmaktadır ve bu durumda hekimlerin mağdurda meydana gelmiş olan fiziksel şiddet bulgularını mağdurdan da alınacak anamnez ile tespiti çok kolay olacaktır. Kadının saldırgan ile birlikte acile, aile hekimliğine veya adli tıpa muayeneye geldiği durumlarda ise saldırganı isteyerek veya korku nedeniyle ifşa edememesi veya korumaya çalışması gibi durumlarda hekimler bu muayeneleri daha dikkatli yapmalıdır. Öncelikle çok iyi bir anamnez alınmalı ve anamnez ile yaralanmanın uygunluğu değerlendirilmelidir. Şiddet mağduru kadınların muayenesinde öncelikle muhakkak muayene esnasında hasta hekim Baş başa olmalıdır hasta yakınları muayene odasından çıkartılmalı ve bir yardımcı sağlık personeli eşliğinde

bu muayene yapılmalıdır, yani öncelikle hastanın kendini güvende hissetmesi sağlanmalıdır. Detaylı bir muayene yapılmalı gerekirse onam alınarak lezyon ve yaraların resmi çekilmelidir. Yapılması gereken konsültasyonlar varsa yapılmalı ve muhakkak psikiyatri kliniklerine de yönlendirilmeli

Sonrasında bir bütünlük dahilinde adli rapor düzenlenmelidir.

Kadına yönelik şiddet bir toplumsal yapı problemidir. “Kadın erkek eşitliği” sağlanmadan kadına yönelik şiddetle mücadelede başarılı olunamaz. Kadının eğitim, ekonomi ve siyasal katılım alanlarında güçlendirilmesi gerektiğine ve bu alanlarda yaşadığı ayrımcılığın ortadan kaldırılmasının kadına yönelik şiddetin önlenmesinde çok önemli bir rolü bulunmaktadır.

PANEL - KARAYOLU TRAFİK GÜVENLİĞİ VE İLETİŞİM

KARAYOLU GÜVENLİĞİNDE NEREDEYİZ?

Prof. Dr. L. Hilal ÖZCEBE
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dünyada her yıl 1,35 milyon kişi karayollarında yaşamını kaybetmekte, 78 milyon kişi ise yaralanarak yaşamına yeti yitimiyle devam etmektedir. Küresel olarak ilk 10 ölüm nedeni arasında olan karayolu trafik kazası nedenli ölümler, 5-29 yaş grubunun ölüm nedenleri sıralamasında birinci sırada yer almaktadır. Dünyada karayolu trafik kazası nedeniyle ölümlerinin yıllık maliyeti ise 518 milyon dolar olmaktadır. Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarında 3.6 (*2020'ye kadar karayolları trafik kazalarından kaynaklanan küresel ölümlerin ve yaralanmaların sayısının yarıya indirilmesi*) ve 11.2 (*2030'a kadar özellikle kırılgan durumda olan insanların, kadınların, çocukların, engellilerin ve yaşlıların ihtiyaçlarına özel önem gösterilerek, yol güvenliğinin geliştirilmesi, özellikle toplu taşıma sisteminin geliştirilmesiyle herkesin güvenli, uygun fiyatlı, erişilebilir ve sürdürülebilir ulaşım sistemlerine erişiminin sağlanması*) hedeflenmektedir.

Karayolu trafik yaralanmaları, ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir; 2020 yılında 980.000 trafik kazasında, 4.866 kişi yaşamını kaybetmiş ve 225.000 kişi yaralanmıştır. Ülkemizde Trafikte "1" Can Kaybının Bile Fazla Olduğu anlayışıyla, "Trafikte Her Yıl Daha İyiye" mottosu, Vizyon Sıfır ve Güvenli Sistem Yaklaşımı çerçevesinde hazırlanan; "2021-2023 Karayolu Trafik Güvenliği Eylem Planı" ve paralelinde hazırlanan "2021-2030 Karayolu Trafik Güvenliği Strateji Belgesi" çerçevesinde kaza ve yaralanmaları önlemeye yönelik müdahaleler sürdürülmektedir.

Türkiye'de 2011-2020 döneminde ülke genelinde yüz bin kişide 3,46 olan ölüm hızı yüz bin kişide 6,22'ya çıkmıştır. Ancak bu dönem içinde 2015 yılında trafik kazası sonrası 30 gün içindeki ölümler de dahil edilmeye başlamıştır. Aynı dönemde yaralanma hızı ise yüz bin kişide 263,3'den 320,6'ya çıkmıştır. Bölgelere göre olan değerlendirmede ise 2020 yılında en yüksek ölüm hızının Orta Anadolu Bölgesinde olduğu (yüz bin kişide 10,10) ve en düşük hızın ise İstanbul'da (yüz bin kişide 2,08) olduğu görülmektedir. Yaralanma hızlarının da aynı şekilde en yüksek Orta Anadolu Bölgesinde (yüz bin kişide 399,27) ve en düşük ise İstanbul Bölgesinde (yüz bin kişide 129,44) olduğu görülmektedir.

Türkiye'de 2020 yılında yaralanma ve ölüme neden olan trafik kazası sayısı 150.275 olup, kayıtlı olan araçların %0,62'si bu kazalara karışmıştır. Bölgelere göre kayıtlı araç sayısına göre ölüme neden olma en düşük İstanbul Bölgesinde ve en yüksek Kuzeydoğu Anadolu Bölgesindedir. Yaralanmalarda ise en düşük oranın İstanbul Bölgesinde olduğu en yüksek oranın ise Güneydoğu Anadolu Bölgesinde olduğu görülmektedir.

Türkiye'de 2020 yılında yaşa göre ölüm hızları 65 yaş ve üzerinde en yüksek hıza sahiptir (yüz bin kişide 25,95) bu hız erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir (yüz bin kişide 19,44 ve 5,16).

Yaralanma hızları ise en yüksek 15-24 yaş grubunda olup, toplamda yüz bin kişide 880,04, erkeklerde yüz bin kişide 686,09 ve kadınlarda 204,02 olarak bulunmuştur.

Türkiye'de 2020 yılında trafik kazalarında olan ölüm kişilerin %53,1'i sürücü, %33,9'u yolcu ve %13,0'ı yayadır. Karayolu trafik kazalarının oluş nedenlerinde %88,4 sürücü hatası, %6,9 yaya hatası, %2,7 araç hatası, %1,5 yolcu hatası ve %0,5 yol hatası tanımlanmıştır.

Türkiye'de karayolu trafik kazalarına bağlı olarak oluşan ölüm ve yaralanma hızları halen çok yüksektir. Hızlar, yaş grupları, cinsiyet ve yaşanılan bölgeye göre değişmektedir. Karayolu trafik kazalarında sürücülerin hatası daha fazla olup, sürücülerde ölüm ve yaralanma hızları diğer yol kullanıcılarına göre daha yüksektir. Ölüm ve yaralanmaların önlenmesinde, insan davranışlarının güvenli olacak şekilde geliştirilmesinin yanı sıra, çevre ve araca yönelik önlemlerin de alınması sağlandığında sürdürülebilir kalkınma amaçlarına ulaşılabilir.

PANEL - KARAYOLU TRAFİK GÜVENLİĞİ VE İLETİŞİM

DAVRANIŞSAL DEĞİŞİM İÇİN ETKİLİ İLETİŞİM YÖNTEMLERİ

Zinnur VAPUR
Avrupa Birliği Projeleri İletişim ve Görünürlük Uzmanı

Küresel olarak, her gün yollarda 3500'den fazla insan ölüyor, bu da her yıl yaklaşık 1,3 milyon önlenebilir ölüm ve tahmini 50 milyon yaralanma anlamına geliyor.

Mevcut durumda, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, önümüzdeki on yıl içinde tahminen 13 milyon ölüme ve 500 milyon yaralanmaya neden olacaklar.

Gelinen noktada, karayolu trafik kazaları, bu ölümlerin ve yaralanmaların her biri önlenebilir olmasına rağmen, küresel olarak önemli bir ölüm nedeni olmaya devam ediyor.

Türkiye'de her yıl 7 bini aşkın kişi trafik kazalarında hayatını kaybederken 300 bin kişi de yaralanmaktadır (TÜİK, 2016).

Daha açık ifadeyle ülkemiz karayollarında her gün ortalama 22 kişi ölürken 820'den fazla kişi de yaralanmaktadır. Trafik kazaları, her 10 dakikada bir çocuklarımızdan birinin yaralanmasına ya da ölmesine neden olmaktadır. Yaralıların bazıları ömürleri boyunca engelli kalmakta ve yaşamlarının önemli bir bölümü olumsuz yönde etkilenmektedir.

Trafik güvenliği gibi davranışsal değişim beklentisi içinde olduğumuz halk sağlığı konusunun iletişim çalışmalarına giriştiğimizde, herhangi bir ürünün iletişim çalışması ve süreçlerin işletilmesinden öte, davranışsal psikoloji ve zihin işleyiş süreçlerinin de göz önüne alındığı bütünsel/holistik bir yaklaşıma ihtiyaç vardır.

Dolayısıyla bu kapsamdaki iletişim çalışmalarını yürütürken, multidisipliner bir iş birliği içinde konuyu ele almanın önemini vurgulamak gerekiyor.

11. Kalkınma Planı'nda da önerildiği gibi "Trafik ve Yol Güvenliği Kurumu" gibi bir yapılanmanın süpervizörlüğünde, konunun yasal düzenlemeleri ile bütünleşmiş, uzun erimli, sürdürülebilir iletişim çalışmaları başarıya ulaşabilecektir.

Trafikle ilgili yaralanmaları ve ölümleri önlemek, güvenli davranışları teşvik eden ve güvenli olmayan davranışları caydıran hedefe yönelik müdahaleleri gerektirir.

Bu bağlamda yol güvenliği müdahalelerini yürütmek yoğun ve zaman alıcı bir faaliyet olabilir, bu nedenle hepimiz işe yarayacaklarından emin olmak isteriz. Ancak davranışı gerçekten etkileyecek etkili müdahaleler tasarlamak kolay değildir.

Kabul etmek gerekir ki, davranışlarımızdan herhangi birini değiştirmek zorlu bir iştir ve yol kullanıcıları olarak davranışlarımızı değiştirmek özellikle zordur.

Bununla birlikte, davranış değişikliği teknikleri hakkında ne kadar çok şey öğrenirsek ve neyin işe yaradığına dair en iyi uygulamaları ne kadar çok paylaşırsak, gelişmiş yol güvenliğine gerçek bir katkıda bulunma şansımız o kadar artar.

Davranış Değişikliği İletişimi, bireyi/topluluğu bilgi, tutum, norm, inanç ve davranış değiştirmeye teşvik eden etkili bir iletişim stratejisidir. Kişileri/toplumları/toplulukları sağlıklı, faydalı ve olumlu davranışsal uygulamaları benimsemeye teşvik eder.

Bu kampanyalarda temel kriterler;

Araştırma ve insan merkezli olarak, fayda ve hizmet olgularına odaklanma olarak belirtilebilir.

Davranış değişikliği ile ilişkili çalışmalar, insanların bilgisinin artması ve tutumlarının değişmesini teşvik eder.

Bu stratejiler ve mesajlar, belirli hedef gruplar için uyarlandığında, daha verimli ve etkilidir.

Trafik güvenliğini iyileştirme çabalarımızla son derece ilgili olan, ancak program/politika geliştirmeye rehberlik etmek için sıklıkla aktif olarak kullanılmayan insan davranışının bazı temel ilkeleri bu tip kampanyalarda son derece önemlidir.

Kampanyaları uygulamaya koymanın ayrıntılarına indikçe, insan davranışının bazı temel yönlerinin bu programların uygulanmasında yeterince dikkate alınmadığından hedeflere ulaşılamadığı, yaralanmaların önlenemediği, hayatların kurtarılamadığı gerçeğiyle baş başa kalıyoruz.

Yol güvenliği ile ilgili iletişim kampanyalarının beş ana hedefi vardır:

Yeni veya değiştirilmiş kanunlar hakkında bilgi vermek.

Yol kullanıcısı davranışını etkilediği bilinen temel faktörleri değiştirmek.

Sorunlu davranışları değiştirmek veya güvenlik bilincine sahip davranışları sürdürmek.

Kazaların sıklığını ve şiddetini azaltmak.

Riskler hakkında bilgi ve/veya farkındalığı artırarak uygun önleyici davranışları geliştirmek.

Davranışsal iç görüler, insanların neden belirli bir şekilde davrandıklarına ve verdikleri kararları etkilemek için neler yapılabileceğine dair kanıt sağlayan davranış bilimi alanındaki araştırmalardan elde edilen bulgulardır.

Odak noktası, farklı kararların artılarını ve eksilerini tartmayı içeren bilinçli kararlardan çok, daha bilinçaltı veya otomatik olan davranışlar üzerindedir.

En önemlisi, davranışsal anlayışlar, müdahaleleri daha etkili hale getirmek için nasıl küçük değişiklikler yapabileceğimiz veya davranışta otomatik değişiklikler meydana getirmek için çevreyi nasıl değiştirebileceğimiz konusunda bize rehberlik eder.

Sonuç olarak; uluslararası hedefleri temel alarak multidisipliner bir yaklaşım ile şu ana kadar yapılan başarılı çalışmalardan ilham alınarak, dijital yeni medya olanaklarının da eklemlendiği iletişim çalışmaları, yol güvenliğini sağlamak adına istenen davranış değişikliğini oluşturacaktır.

PANEL - KENTSEL İLETİŞİM

ŞEHİR SAĞLIĞI VE İLETİŞİM

Prof. Dr. E. Didem EVCİ KİRAZ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Çevre Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
http://www.profedidemevcikiraz.com/

Şehir, kır ve kent olgusunu içinde barındıran, doğal ve insan eliyle yapılandırılmış yaşam ortamları topluluğudur. Şehirler nefes almak için hakim rüzgarlarla kavuşmak ister; beslenmek için güneş ve yeşil örtüye ihtiyaç duyar; sağlıklı büyümek hakkıdır; gelişmek için gereken tüm araçları kullanır; hastalanabilir, ölebilir. Şehirlerin sağlığını korumak ve geliştirmek öncelikle şehri yönetenlerin ve şehirde yaşayanların sorumluluğundadır.

Kentlere göçün hızlanması, kırları bakımsız bırakmıştır. Kırda yaşayanlar, kentte yaşayanlara göre daha sınırlı imkanlara sahip olabilir. Eğitim, istihdam, ekonomi, iletişim gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinin düzeyi kırsal bölgede daha düşük ölçülebilir. Kentler, her ne kadar gelişmiş sayılsa da, COVID-19 pandemisinde, deprem, yangın ve sel gibi son dönemlerde art arda gelen afetlerde iyi bir sınav verememişlerdir; iklim değişikliği karşısında en kırılgan nokta olarak kabul edilmektedirler.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bir şehre sağlıklı şehir diyebilmek için 11 kıstas belirlemiştir. 11 kıstas aşağıda yer almaktadır:

1- Temiz, güvenli, yüksek kalitede fiziksel çevre
2- Dengeli ve sürdürülebilir bir ekosistem
3- Güçlü, dayanışma içinde, başarılı bir toplum
4- Halkın kendi hayatı, sağlığı ve refahını etkileyen kararlara katılımı ve bu kararlar üzerinde etkisi
5- Şehirde yaşayanların hepsinin temel ihtiyaçlarının karşılanması (gıda, su, barınma, gelir, güvenlik, iş vb.)
6- Çeşitli iletişim, etkileşim ve bağlantıları kullanarak, var olan tüm deneyim ve kaynaklara ulaşma
7- Farklı, yaşam için gerekli olan ve yenilikçi şehir ekonomisi
8- Kültürel, tarihi ve biyolojik geçmişine ve mirasına sahip çıkan vatandaşlar
9- Önceden sahip olduğu özellikleri ile uyumlu ve onları geliştirme kapasitesine sahip bir yapı
10- Herkes tarafından ulaşılabilen ve yeterli düzeyde halk sağlığı ve bakım hizmeti
11- Yüksek sağlık düzeyi

Altıncı maddede yer alan "iletişim" şehrin sağlığını geliştirmek için yapılacak çalışmaların ve yeni girişimlerin tekrardan uzak, hedefe kilitlenmiş ve verimli çıktılara sahip olabilmesi için önemlidir. Sağlığı tehdit eden olaylarda doğru ve erken tanı hayat kurtarır. Şehrin tarihsel yapılarını ve özelliklerini, kültürünü, yaşam örüntüsündeki yapı taşlarını bilmek; bugüne kadar başından geçen serüvenlerin ve bunların kazandırdıklarının farkında olmak; yazılı, görsel, nicel ve nitel kanıtlara ulaşabilmek doğru ve erken tanı için değerlidir.

Yerel yönetimler şehir sağlığını geliştirmek için plan, program ve projeler yaparlar. Bunların bir kısmı hayatla bütünleşir; bir kısmı da zaman içinde ya kullanılmaz hale gelir ya da yok olur. Hayatla bütünleşen plan, program ve projelerin ortak özelliği; resmi yapılarla halk arasında iletişimi sağlayan aracı yapıların güçlü olmasıdır. Kent konseyleri ve sağlıklı şehirler proje ofisleri aracı yapılara verilebilecek en iyi örneklerdir. Hiçbir kamu spotu, tanıtım filmi, ilan tahtalarındaki afişler vb. halkı, birbiriyle temas ederek, konuşarak, tartışarak, deneyimleyerek ulaştığı sonuçlara ulaştıramaz.

DSÖ beslenme, fiziksel aktivite gibi sağlık alanındaki küresel stratejisinde sunduğu tavsiyeleri yerel düzeyde yayabilmek ve uygulanır hale getirmek için sağlıklı şehirler projesini araç olarak kullanmaktadır. Oluşturduğu sağlıklı şehir uygulama paketleri içinde; eğitim, iletişim ve halkın bilinçlendirilmesi; yetişkin okuryazarlığı ve eğitim programları; pazarlama, reklam, sponsorluk ve tanıtım gibi karma çalışmaların gerçekleştirilmesini tavsiye etmektedir. 2019 yılında başlayan sağlıklı şehirler projesi yedinci döneminde (2019-2025), uluslararası ve ulusal sağlıklı şehir ağlarına üye şehirler, bir yandan birbirleri ile iletişim içinde öğrenme, deneyimlerin paylaşılması ve birlikte çalışmak için çok çeşitli imkanlar bulurken, diğer yandan da birbirini karşılıklı olarak desteklemek, birbirine fikir açısından yardımcı olmak, birbirini savunmak ve ortak geliştirmek açısından da avantajlıdırlar. DSÖ, yedinci dönemde, şehirlerin elektronik etkileşim ve iletişimin yaratıcı kullanımını ve sosyal medya kullanımını güçlendirmelerini ve kapsama alanını genişletmeye odaklanmalarını talep etmektedir.

DSÖ 31 Ekim-12 Kasım 2021 tarihleri arasında Glaskow'da gerçekleştirilen Dünya İklim Zirvesi (COP26)'nde iklim ve sağlık 2021 özel raporunu yayınlamıştır. Raporun teması; "İklim Eyleminin 10 Sağlık Dayanağı"dır. 10 dayanak aşağıda sunulmuştur:

1- Sağlıklı bir iyileşme için taahhütte bulunun

2- Sağlık pazarlık konusu değildir

3- İklim eyleminin sağlığa olan katkılarından yararlanın

4- İklim risklerine karşı sağlığın direncini arttırın

5- İklimi ve sağlığı koruyan ve iyileştiren enerji sistemleri oluşturun

6- Kentleri, ulaşımı ve hareketliliği yeniden şekillendirin

7- Sağlığımızın temeli olarak, doğayı koruyun ve eski haline getirin

8- Sağlıklı, sürdürülebilir ve dirençli gıda sistemlerini teşvik edin

9- Hayat kurtarmak için daha sağlıklı, daha adil ve daha yeşil bir geleceği finanse edin

10- Sağlık camiasını dinleyin ve acil iklim eylemi talimatı verin

Şehrin sağlıklı iklime sahip olabilmesi ve iklim değişikliğinin şehir sağlığı üzerine etkilerini en aza indirebilmek için yukarıda yer alan 10 dayanak önemlidir. Aslında; sağlık sektörü, COVID-19 pandemisi sırasında yaşadığı pişmanlığı bir daha yaşamamak için, COP26'nın sağlık ana temalı bir taraflar konferansı olabilmesi için çaba göstermiştir. 10 dayanak diğer sektörlerle sağlık sektörü arasındaki iletişimin yapı taşları olarak kabul edilebilir. Sağlığı merkeze koymak, tek sağlık, her politikada sağlık mesajlarını diğer sektörlere aktarmaya çalışmaktadır.

Şehir sağlığında iletişim stratejisi oluşturmak kolay değildir. Şehri yönetenler, politika yapıcılar, karar vericiler, uygulayıcılar ve halk arasında sürekli, doğru ve verimli iletişim için, öncelikle birbirine güven tesis edilmelidir. Yerel yönetim idari sürelerine bağlı olarak iletişim kesintiye uğrayabilecek ve yeniden yapılandırılması gerekecektir. Yönetimler, iletişimde güven tesisini yeniden yapılandırmakla vakit kaybetmemek için, DSÖ sağlıklı şehirler kıstasları, iklim eyleminin 10 sağlık dayanağı gibi temel taahhütleri sahiplenmelidirler.

Şehir sağlığında yeni odak noktası akıllı şehirler yaklaşımıdır. Yeni nesiller akıllı şehir diye bir şey tartışmayacaktır, çünkü onlar bugünkü aklın ötesine geçen şehirler inşa edeceklerdir. Nesnelerin interneti akıllı şehirlerin iletişim ağları olacaktır. Sağlığı nesnelerin internetinde en çok kullanılan terimler haline getirmek, şehir sağlığında öncelikli iletişim hedefi olmalıdır.

PANEL - KENTSEL İLETİŞİM

KENT KONSEYLERİ VE KENTSEL İLETİŞİM

Prof. Dr. Savaş Zafer ŞAHİN
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Tapu Kadastro Yüksekokulu, Tapu Kadastro Bölümü

Bugün aslında burada günümüzün en temel konularından birisi için bir araya gelmiş bulunuyoruz. Bu konu demokrasidir. Bütün dünyada yerel yönetimler dendiğinde demokratik açıdan iki temel kavram öne çıkıyor: demokratik temsil ve katılımcı demokrasi. Demokratik temsil, halkın yerel yönetimlere seçeceği insanların doğru ve adil yöntemlerle belirlenmesi, temsili demokrasinin de buna hizmet etmesi anlamına geliyor.

Ancak, Türkiye'de özellikle yeni büyükşehir yasası ile birlikte temsil adaleti konusunda sorunlar yaşandığı görülüyor. Başkent Ankara gibi 5,5 milyon kişinin yaşadığı bir kentte, bu kadar insanın seçtiği büyükşehir belediye başkanına erişmesi, talep ve önerilerini aktarması ciddi şekilde zorlaşıyor.

Her ne kadar mobil uygulamalar gibi teknolojileri etkin bir şekilde kullanarak bu açığı kapatmaya çalışsak da, insanlar yüz yüze etkileşimi, birbirinden öğrenerek birlikte yönetmeyi de önemsemelidir. İnsan olmak bunu gerektirir.

İşte bunun için, yerel yönetimlerde temsili demokrasinin eksikliklerinin giderilmesi için katılımcı demokrasi pratikleri gündeme gelmiştir.

Seçilmişlerin mahalle, semt, ilçe ve kent düzeyinde vatandaşların talep ve önerilerini gerektiği gibi alabilmeleri, karar verme, uygulama, proje geliştirme ve denetim süreçlerinde halkın katkısının alınabilmesi için katılımcı yöntem ve mekanizmalar yaşamsal hale gelmiştir.

Türkiye'nin, yerel düzeyde katılımcı yönetim pratiklerinin en önemli örneği 1990'lardan bu yana Kent Konseyleridir.

Kent konseylerinin Türkiye'nin farklı kentlerinde siyasi parti ayrımı yapmaksızın önemli örnekleri vardır. Bursa Nilüfer, Çanakkale, Antalya, Eskişehir, Gaziantep, Bursa kent konseyleri ve diğerleri bu anlamda önemli katkılarda bulunmuştur.

Ancak, Başkent Ankara'da bu örnekler arasına katılabilecek kadar gelişmiş bir kent konseyi henüz ne yazık ki oluşmamıştır. 25 İlçemizden çok azında kent konseyi bulunması da kaygı vericidir.

Başkent Ankara'mızda mahalle düzeyinde önemli sivil toplum faaliyetleri bulunmasına, semt meclislerinin ve forumların oluşmasına rağmen kent konseylerinin bulunmaması üzücüdür ve bu durumun değişmesi gerekmektedir.

Bu durumun ne yazık ki Türkiye'de de benzer şekilde geliştiği görülmektedir. 1400 belediyenin bulunduğu Türkiye'de Belediye Kanunu'nun amir hükmüne rağmen kent konseylerinin sayısının 300'leri aşmaması bir yerlerde sorun olduğunu akla getirmektedir.

Ankara kent konseyi kentteki tüm görüşlerin ve paydaşların kendine bir yer bulabilecekleri bir platform olarak kuruldu. Yönetilebilirlik ve tam katılım ilkelerini esas alarak çalışmaya başladı.

Kuşkusuz, çok uzun bir zamandır katılımcılığa değil kavga kültürüne, hoşgörüye değil çekişmeye alışan Ankara'yı bu platformda buluşturmak kolay olmadı. Ancak, şu ana kadar kayda değer bir performans gösterilmiştir:

İlk genel kuruldan itibaren, mevzuata göre başvuran herkesin kabul edileceği, Türkiye'nin en katılımcı ve kapsayıcı kent konseyini oluşturmak için yola çıkıldı.

Bu yaklaşımın sonucunda, kaynak kullanmadan, tam şeffaflık ve hesap verilebilirlik anlayışıyla üye sayısı iki yılda 250'den 1300'e doğru yaklaşıyor. Ankara Kent Konseyi bugün itibariyle Türkiye'nin en fazla üyesi bulunan kent konseyi durumundadır.

Kent konseyine üye kurum ve kuruluşların temsilcileri ve konusunun uzmanı Ankaralıların katkılarıyla kentin sorunlarını tartışmak ve çözüm önerileri geliştirmek için çalışma grupları ve meclisler oluşturuldu.

Halen 30 çalışma grubunda ve 3 mecliste kentin pek çok sorunu tartışılıyor, çözüm önerileri geliştiriliyor, tavsiye kararları alınıyor. Türkiye'nin ilk bisiklet ve Kale meclisi de Ankara Kent Konseyi bünyesinde bulunuyor.

Çalışma grupları ve meclislerde katkıda bulunanlarla birlikte Ankara Kent Konseyi Ankara'da yaklaşık 4000 uzman ve gönüllüden oluşan bir takımla bu çalışmaları yürütüyor.

Ankara Kent Konseyi, herhangi bir siyasi partinin de Başkentin Konseyi olarak yola çıktı. Bu sebeple hiçbir dini, etnik, siyasi, cinsiyetçi ayrımcılık yapmadan çalışmalarını sürdürüyor.

Belediyemiz gibi Ankara Kent Konseyi de kadınları önemsiyor ve eşit temsili savunuyor. Bu amaçla, konsey başkanı, yürütme kurulu, çalışma grubu ve meclislerin sözcülerinin tamamı sertifikalı "toplumsal cinsiyet eşitliği eğitimi" aldılar. Bu da Türkiye'de bir ilk oldu.

Bu çalışmaları Ankara Kent Konseyi "bütçesiz, tüzel kişiliksiz, makamsız, mevkisiz ve icra yetkisi olmadan" yürütüyor. Tam bir katılımcı demokrasi danışma organı olarak belediyeye katkıda bulunuyor.

Ankara Kent Konseyinin bu çalışmaları "kolaylaştırıcılık" adı verilen bilimsel katılımcı yöntemlerle yürütülüyor ve tüm Türkiye tarafından ilgiyle izleniyor.

Bu çalışmaların sonucunda Ankara Kent Konseyi çok önemli bir uluslararası ödül de aldı. Türkiye'de ilk defa bir kent konseyi Uluslararası Kolaylaştırıcılar Birliği olarak adlandırılan 65 ülkede örgütlü bir kuruluş tarafından "2020 Yılının Katılımcılık Altın Madalyası" ödülünü aldı.

Yine 2021 yılında Birleşmiş Kentler ve Yerel Yönetimler tarafından verilen "Yurttaş Katılımında En İyi Uygulama Örneği" Ödülüne layık görülmüştür.

Pandemi döneminde Türkiye'deki pek çok kent konseyinin eli kolu bağlanırken, Ankara Kent Konseyi dayanışmayı büyütmek için çok önemli katkılarda bulundu.

Ankara Kent Konseyinin aldığı ve Belediye Meclisinde oybirliği ile onaylanan çok önemli tavsiye kararları var. Bunun sonucunda Ankara'da İklim Şube Müdürlüğü kuruldu, İklim Eylem Planı yapılıyor,

bisiklet eylem planı çalışmaları yapılıyor, Ankara'nın cumhuriyetin 100. Yılları konusunda ortak çalışmalar yapılıyor.

Ankara Kent Konseyi Yürütme Kurulu, Çalışma Grubu ve Meclislerinin yaptıkları çok önemli çalışmalar var. Kentin tekrar mimarlık yarışmalarını hatırlamasından cumhuriyetin 100. Yıllarının tüm kent tarafından kutlanmasına, tabela kirliliğinin ortadan kaldırılması çalışmalarından bisiklet yollarının yapımında farkındalık oluşturulmasına, belediye otobüslerinin şoförlerine işaret dili öğretilmesinden kırsal kalkınmaya, suya saygı buluşmalarından gençlik çalıştaylarına, kırsal kalkınma örgütlenmesinden sanat sezonu açılışlarına, katılımcı bütçelemeden cadde-sokak adlarının kent kültürüne uygun belirlenmesi önerilerine kadar daha pek çok konuda muazzam çalışmalar yürütülüyor.

Şunu vurgulamak isterim ki tüm Türkiye'nin evi olarak nitelendirdiğimiz Başkent Ankara'mızda başarılı ve etkin bir kent konseyinin bulunmasını tüm Türkiye'de kent konseylerinin önemini göstermek için de çok önemli görüyoruz.

Kent konseylerinin mevcut yönetmeliğinin büyükşehir ölçeğindeki sorunları bir yana konulursa, bir katılım platformu niteliğinin korunması ilkesi doğrultusunda her daim kente ilişkin sözü olan, katkıda bulunmak isteyen herkes ve tüm bileşenler kent konseyinde yerini bulmalıdır. Çünkü kent konseyi bir kentin en üst düzey sivil platformudur. O kentin vicdanıdır.

Kent konseyinin mevzuat gereği bir başkanı ve yürütme kurulu seçilmektedir. Başkan ve yürütme kurulu tamamen katılımcı süreçlerin kolaylaştırıcılığını üstlenen, belediye ile konsey meclis ve çalışma grupları arasında sağlıklı ilişkiyi kuran yapılardır. Emekleri için kendilerine bizzat teşekkür ediyorum.

Kent konseyi Ankara'nın bütününü ilgilendiren çaba ve çalışmalara ilkesel destek veren, yol gösteren, kentin sorunlarının tartışıldığı, siyaset ve çıkar ötesi bir yapıdır.

Bu sebeple belediyemizin ve kentteki diğer yerel yönetimlerin yürütecekleri tüm çalışmalarda katılımcılık ilkesini dikkate almaları, bunun için de öncelikle akıllarına kent konseylerini getirmeleri gerektiğini düşünüyorum.

Bu sebeple belediyelerimizin tüm yöneticilerine, birimlerine ve çalışanlarına buradan şu mesajı veriyorum: "Yapacağınız tüm işlerde katılımcılık temel ilkenizdir. Katılımcı süreçleri yerine getirirken, kentteki tüm kamu, sivil toplum ve özel sektör kuruluşlarıyla, üniversitelerle, meslek kuruluşlarıyla irtibat zorunludur. Bu irtibatı kurarken en önde gelen paydaşınız Ankara Kent Konseyidir. Ankara Kent Konseyinin çalışmaları ve önerilerini ciddiyetle ve ivedilikle dikkate almanızı ve sonuna kadar desteklemenizi istiyorum."

Ancak, mevcut mevzuatın Türkiye'deki coğrafi ve yerleşim çeşitliliğini yansıtmadığını, özellikle büyükşehir ölçeğinde katılımcılık süreçlerini yaygınlaştırmak ve siyasetin arka bahçesi gibi görülmekten kurtarmak için yenilikçi bir bakış açısına ihtiyaç olduğu da açıktır. Muhakkak ki saygıyla, hoşgörüyle tartışarak daha iyi ve etkin katılımcılığa ve kent konseylerine erişeceğiz. Bu gönüllülük yolculuğuna Türkiye'nin dört bir yanından katılan herkese selam sevgi ve saygılarımla teşekkürü bir borç bilirim.

PANEL - SAĞLIK İLETİŞİMİNDE ETİK YAKLAŞIM

SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA İLETİŞİM VE ETİK İLKELER

Dr. Öğr. Üyesi Rüksan ÇEHRELİ
Dokuz Eylül Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü

Günümüz toplumlarında iletişimin nasıl olması gerektiği düşünüldüğünde; Einstein'ın "Ön yargıyı parçalamak atomu parçalamaktan daha zordur". Ön yargılardan kurtulmadan birini dinlemek, iletişimde yapılabilecek en büyük hatalardan biridir. Tanımlamasının ne kadar doğru olduğu görülebilir.

İletişimi etkileyen temel kavramlar olarak etik ilkeler,ekip ,eşitlik, sorumluluk ve meslekler arası iş birliğinin önemli olduğu görülmektedir.

Etik=ahlak ise antik çağlardan günümüze tüm toplumlarda filozoflar tarafından sorgulanan ve tanımlanmaya çalışılan bir kavramdır, günümüzde de Türk dil kurumu tarafından ahlak değerleri bilimi, ideal insan karakteri ve uygulamalarını inceleyen bilim, ahlak değerleri ve uygulamaları olarak tanımlanmaktadır. Etik kavramlar ve mesleki değerler olarak bakıldığında ise ; "iyi olan ne?", "ne yapmalı veya ne yapmamalı?" ,"niçin yapmalı veya yapmamalı?" sorularına yanıt olarak mesleki düzenlemelerin yapılmakta olduğu görülmektedir.

Meslek etiği ilkeleri ise doğruluk ,dürüstlük ,yasallık,yeterlik,güvenirlik,mesleğe bağlılık olarak görülmektedir. Hipokrat ve İbni Sina nın da benzer tanımlamalarına göre, bu gün tıp etiğinin en temel ilkeler ve kuralları **;** zarar vermeme ve yararlı olma, özerklik ve bireye saygı, adalet ve eşitlik, mahremiyet ve sır saklama olarak gösterilmektedir.

Ülkemizde yukarıda belirtilen ilkeler doğrultusunda resmi olarak oluşturulan etik kurulların 1993 yılında ilk olarak ,"İlaç Araştırmaları Yönetmeliği", Merkezi Etik Kurulları, Araştırma Etik Kurulları,Yerel Etik Kurulları, Hastane Etik Kurulları (HEK) ,Ulusal Etik Kurulları gibi yeni oluşumlarla devam ettiği görülmektedir**.**

Meslekler arası ilkeler ise ; etik kurallar dürüst davranmaya yönelik olmalı, meslek grupları belirlenen etik standartlara ters düşecek olan tüm davranışları yasaklamalı ve gereğinde cezai yaptırımlar uygulamalı, zarar vermemeli, birbirleri ile dayanışma içinde ve iş birliği içinde olmalıdırlar şeklinde tanımlanmaktadır.

Sağlık ekibinin içinde yer alan tüm çalışanların meslek yasalarında görev ve yetki tanımlamaları olmalıdır ki (doktor,dişhekimi,hemşire,diyetisyen,eczacı, fizyoterapist, psikolog, Sosyal hizmet uzmanı)bu tanımlama ile ekip lideri ve üyelerinin görev yetki ve sorumlulukları çok iyi belirlenerek ,benimsenmesi sağlanabilir .

Bilimsel ahlak sağlık alanında çalışanların ve akademisyenlerin eğitim ve öğretim, araştırma, geliştirme ve faaliyetlerini planlamalarında, yürütmelerinde, sunumlarında ve tüm uygulamalarında yüksek ahlak, açıklık, doğruluk ve örnek olma ilkelerine bağlı kalmalarıdır. Bilimsel merakın ve düşüncenin oluşmasında ise dürüstlük,şeffaflık evrensellik ,adalet erişilebilme imkanı olmalıdır. Aynı zamanda bilimsel yanıltmanın nedenleri ve etik dışı davranışlar olarak yetersiz araştırma eğitimi,hızlı yükselme hırsı,tanınma arzusu ,üstlerin aşırı ve oransız baskısı, fazla yayın ve prestij duygusunun yanında maddi-manevi kazanç hırsı gösterilebilir. Bu olumsuz davranışların önlenmesi için bilimsel yanıltmayı farkedebilecek ve sonrasında gereken profesyonel yaklaşımı gösterebilecek düzenlemelerin geliştirilmesi etkili olabilecektir.

Aslında bilimin doğduğu felsefe yani Philosophia= "bilmeyi sevmek olarak gösterilmektedir Leonardo Da Vinci bu gezegende bilimsel ve sanatsal dehanın birlikte bulunduğu çok özel bir kişiliktir. Bilimsel gerçeği sürekli merak eden ve sorgulayan ve sanatı ile ilişkilendiren, Topluma anlatabilen bir bilim insanı olarak kabul edilmektedir.

Günümüzde genom projesi ile yaklaşık 20.000 genimiz olduğu ve gelişen epigenetik kavramı ile kronik hastalıkların önlenmesinin mümkün olabileceği gösterildi. "Precision Medicine" ve nutrisyonel genomikler ile "Precision nutrition" yaklaşımı sağlık koruma programları için bizlere yeni bir bakış açısı sunmaktadır. Yakın bir zaman içinde hızla gelişen yapay zeka ve tıp ilişkisi gündemde olurken; tıpta yapay zeka uygulamalarını ve sağlık alanında bizleri nelerin beklediğini ,tanı ve teşhiste yapay zekanın rolünün ne olacağını? ,hasta - hekim ve sağlık çalışanlarının ilişkisinin ve etik ilkelerin bundan nasıl etkileneceğini henüz bilemiyoruz.

Ancak yeni inovasyonlar yaşam tarzını değiştiriyor, insanların bir bölümü neden kendilerini bilim ve teknolojiye karşı temkinli ve uzak hissediyor. Bunun halk sağlığı koruma sistemleri içinde dikkatle incelenmesinin yararlı olacağı düşünülebilir.

Ülkemizde bilim ve sağlık iletişimlerinin nasıl yapılmasının gerektiğine dair metotları da belirlemek çok önemli olacaktır. Toplumda ki pek çok kişi için yiyecekler ilaç anlamına geliyor, bu ise etik değerlere dönüşürken çoğu zamanda risk oluşturabiliyor.

Son yıllarda integratif tıp (bütünleştirici koruyucu sağlık) yaklaşımı ise ABD'de sağlıklı yaşam tarzıyla eş anlamalı görülmektedir.

Avrupa Açık Bilim Forumu (European Science Open Forum) tarafından açıklanan bir ifadeye göre "İçinde yaşadığımız aşırı tüketim kültürü; insanlar, ev hayvanları ve çevre üzerinde olumsuz etki yaratıyor." Obezite pandemisi nedeniyle dünyada ve ülkemizde obezite ilişkili olan kronik hastalıkların (koroner kalp,kanser,diyabet vb) artmasının önüne geçmek için sağlık çalışanları olarak acil çözüm önerileri geliştirilmesi beklenmektedir.

Aynı zamanda hastalık ve sağlık kavramları yeniden tanımlanıyor, günümüz hastalıklarının insanın içinde yaşadığı çevrenin evrimleştiği çevreden farklı olmasından kaynaklandığı düşünülüyor. Çevre ve yaşam tarzı düzenlenmesi bunları önleyebilir. Bu alanda sağlık çalışanlarının birlikte oluşturabileceği

bir eğitim ve çalışma alanı Yaşam Tarzı Tıp (lifestyle medicine) olabileceğidir. Bununla birlikte bilimsel etik kavramlar içinde halk sağlığı koruma programlarında da çok önemli bir rol oynayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Global Health Ethics Key issues Global Network of WHO Collaborating Centres for Bioethics
2. Basil Varkey, Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice Med Princ Pract 2021;30:17–28
3. Bilim Etiği Sempozyumu Editör Emin Kansu 2009.Türkiye Bilimler Akademisi ISBN:978-9944-252-34-8
4. Berkman ND, Wynia MK, Churchill LR. Gaps, conflicts, and consensus in the ethics statements of professional associations, medical groups, and health plans. J Med Ethics. 2004 Aug;30(4):395–401
5. PopeTM.Legal briefing: futile or non-beneficial treatment.J Clin Ethics. 2011;22(3):277 96
6. Peabody FW. The care of the patient. JAMA. 1927;88(12):877–82.
7. Leslie Pray Nutrigenomics and the Future of Nutrition .The Natıonal Academıes Press march 2018 ISBN null | DOI 10.17226/25049

HASTA-HEKİM İLETİŞİMİNDE ETİK YAKLAŞIM

Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

"Tıp, farklı ve özel bir alandır. Bu nedenledir ki, uygulayıcıları duyarlı bir tutum içinde olmayı temel bir ilke olarak benimsemelidir."

Çağatay Üstün (2019)

Tıbbın temel hedefleri; yaşamı korumak, toplumların ve bireylerin sağlıklı olmasına ve bunu sürdürmesine yardımcı olmaktır. Bunun sürdürülebilmesi için sağlık profesyonellerinin katkısı gerekmektedir. Bu sayede hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personeli olarak isimlendirilen bu grupların kendi içindeki çalışma uyumu ve hastalarla olan etkileşimi, verilecek bakımın kalitesini de doğrudan etkileyecektir.

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE ETİK YAKLAŞIM

Hasta-hekim ilişkisinin temeli, Hippokrates'e M.Ö. 5. yy) atfedilen yemin metninin içeriğinde rastlanan Primum non nocere (öncelikle zarar vermemek) üzerinde kurgulanmıştır. Hekimin temel etik görevi ve sorumluluğu olarak kabul edilen bu kavrama ek olarak, bütün fenalıklar ve adaletsizliklerden kaçınılması gerektiğine de işaret edilmiştir.

Bugün için ifade edilen modern tıp anlayışı ile geçmiş dönemdeki usta-çırak sisteminin ortaya çıkardığı tıp anlayışı önemli ölçüde değişmiş durumdadır. Günümüzde sağlık sistemi belli bir maliyet hesabı üzerinden sunulmakla birlikte, hastalara yüksek kalitede bir bakım hizmetinin verilmesi ve hekimlerin profesyonalizm çabalarını sürdürmesi önemli bir hedeftir. Ancak belirlenen sağlık bakımını finanse etmek ve maliyetlerini karşılayabilmek hekim ile hasta arasındaki iletişimi bozarak etik ikilemler oluşturmaktadır.

Tıbbi profesyonelliğin temel değerleri; *hastaların yararına hareket etmek, yüksek yeterlilik ve bilgi standartları, yüksek etik standartlar (bütünlük, olasılık, sorumluluk, görev ve onur), insanlık (bakım, empati, tevazu ve şefkat, sosyal sorumluluk, insanların kültürü ve inançlarına yönelik duyarlılık)* şeklinde özetlenebilir.

Hekimlik sanatının hastalıklara ve hastalara karşı olan görevleri ve yaklaşımı kimi zaman bir hekimin tıbba olan bakış açısını da etkilemiştir. Örneğin hekim Râzî (M.S. 9-10. yy) gözlemleri sonucunda dönemindeki hekimlerin hırslarından, hastalara karşı olan tavırlarından memnun olmaması yüzünden tıbba yöneldiğini ifade etmektedir.

Hekimlerin belli iletişim tekniklerini kullanarak mesleki yaklaşımlarının yönünü belirlemesi önemli bir aşamadır. Bu konuda hasta ile yapılan tıbbi görüşmeler klinik çalışmanın temelini oluşturmaktadır. Hekimlerin meslekleri boyunca yaklaşık 200.000 konsültasyon yaptıkları tahmin edilmektedir. Burada yaşanan görüşme tıbbi sürenin kendisidir ve hekimler için kritik birkaç dakika, hastalarla oluşan sorunları çözecektir. Hekimler ve hastalar arasında yaşanan *iletişimsizlik, dikkatsizlik* hukuki davalarının başlıca etkenidir. Avukatlar davaların %70'inde hastaları dikkatsiz davranmaya yönlendiren sebepler olarak hekimlerin *iletişimsizliğini* ve *davranışlarını* öne sürmektedirler. Bu davalarda genellikle dört iletişim sorunu tanımlanmıştır. Bunlar; *hastayla ilgilenmemek, hastaların görüşlerini önemsememek, yetersiz bilgi vermek, hastanın bakış açısını anlamakta yanılmak* şeklindedir.

Kronik astım bronşial hastası Sandra McCollum, tıp fakültesi üçüncü sınıf öğrencilerine yaptığı konuşmada, hastalığı nedeniyle elli kez hastaneye yattığından ve bu dönemlerdeki kendi katılımının değerinden söz eder:

Hastaları bakımlarına katmanın birçok somut yolu var. Örneğin, dosyamı ya da hastanedeki yatağımda bulunan takip kâğıdımı görebiliyordum. Laboratuvar sonuçlarını görebilmem için hekimim kayıt tutuyor, yazısını okuyabilirsem oradakileri okumama izin veriyorlardı. Hastalara takip kağıtlarında yazılanların gösterilmesini uygun bulmadığınızı anlıyorum, ama hiç olmazsa röntgenlerini gösterip onları da işin içine katamaz mısınız? Tedavi*mizle ilgili seçenekleri sunup bizi de işin bir parçası yaptığınız zaman, bizim de bir yaşamımız olduğunu kabul etmiş, en güç anlarımızda bile acılarımızı bir kenara bırakmamızı kolaylaştırmış oluyorsunuz. Bizim siz hekimlerle olan ilişkimizin yaşamımız üzerinde güçlü bir etkisi var. Ben sevgi gösterilen bir hasta olduğum için çok şanslıyım. Bize güvenerek ellerinizde tuttuğunuz iplerimizi gerip gevşetebilirsiniz Hekimim antibiyotikler de dahil tüm ilaçlarımı gerektiği zaman tekrarlamam için bana izin verdi. Antibiyotiklere gereksinim duyduğum zamanları anlayabileceğimi ve ilaca başlar başlamaz ona haber vereceğimi bildiği için ipleri gevşek tutuyor. Geçenlerde Ventolin (solunum spreyi) yazarken kendimi rahat hissetmem için kaç tane istediğimi sordu. Bunun bendeki etkisini düşünebiliyor musunuz ? Gerçekten iki taneye gereksinimim var. Birini çantamda, diğerini yatağımın yanında bulundurmak istiyorum. Hatta bir tane de büromdaki masamın çekmecesinde. O kısacık soruyla bu desteğe uzun süredir duyduğum anormal bağlılığı yok etmiş oldu.*

İletişim Engelleri

Hasta ile hekimi arasındaki iletişimin görüşmeye dayalı bir yönü olması gerektiği, Hippokrates'e atfedilen Önce söz, sonra ilaç, en sonunda ise bıçak aforizması ile işlerlik kazanmaktadır. Hastanın hekime söyleyeceği ilk sözü ve devamı, hekimde bir kanaat oluşturarak yöneleceği davranışı belirler. Bu sayede sağaltma kültürüne giden bir yol açılmaktadır. Sözel görüşmenin ardından hastanın vereceği onay olmadan hastanın bedeninde ve ruhunda herhangi bir zedelenme oluşturmadan tedavi yapmak olasılığı ortaya çıkar. Geisler (1987), dili hekimin en önemli aleti olarak betimler. Dilin, insanın düşündüğü, kendi iç dünyasında yaşadığı, başkalarıyla iletişim kurduğu ve böylece onların gerçeğine giriş sağladığı dayanak sistem olduğunu hatırlatır.

Robert L. Katz, "Empathy: It's Nature and Uses" isimli eserinden bir alıntıda şöyle diyor: *Hekim, özünde bu kadar çok otorite olan bir mesleğin cazibesine karşı koyacak kadar sade bir kişi olmalı. Mesleğinin*

içine girdikçe ve kendini eğitilmiş elitlerin bir temsilcisi olarak görmeye başladıkça, hastasını kendisi gibi bir kişi olarak görme olasılığı azalır.

Bundan önceki bölümde, sorunlarından, gereksinimlerinden ve duygularından söz etmek isteyen insanların kendilerini açmalarını kolaylaştıran özel bir iletişim becerisi üzerinde durulmuştur. *Etkin Dinleme* hem gönderenin sözcüklerini duyması hem de dinleyenin bu sözcüklerin anlamlarını anladığının geri iletilmesidir. Bu, üç önemli işlevi olan bir dinlemedir: *1) Dinleyenin gönderenin iletisinin anlamını anlayıp anlamadığını kontrol eder; 2) Dinleyenin göndereni kabul ettiğini iletir; 3) Gönderenin iletişimi derinleştirmesini sağlar.*

Sağlık personeli neleri yapmaktan ya da söylemekten kaçınmalıdır? Hastanın hekimler ve öbür hastane personeliyle konuşmalarındaki etkin katılımlarını neler engeller? Bazı iletiler, birebir ya da grup içinde iletişimi engellediği için, İletişim *Engelleri* adını alır. "Yardım edici" ya da "terapötik" ilişkilerde *Engeller iletişimi* değişimi engeller, kişinin sorun çözmesini zorlaştırır.

Sağlık personelinin hastalarla iletişim biçimleri üzerine yapılan bir araştırma, bu kişilerin hastaların katılımını kısıtlayan ve cesaretlerini kıran davranışlarının çok fazla olduğunu göstermiştir. Bu araştırma hekimlerin, hastaların konuşmalarını engelleyen ya da sınırlayan davranışlarını şöyle sıralar:

- Hastanın ilgisini söndüren teknik sözcüklerle dolu bir dil kullanma
- Saate bakma ya da bekleyen hasta listesine göz atma
- Hasta üzerinde bir şey düşündüğü ve rahatsız edilmemesi gerektiği izlemini bırakacak biçimde kendi kendine bir şeyler mırıldanma
- Hastanın sözünü kesme ya da tamamlayarak sonlandırma
- Hastaya vizitenin bittiğini söylemeden hemen uzaklaşma
- Hastanın sorularını duymazdan gelme
- Hastayı dinlememe belirtileri verme

Yukarıda sıraladığımız davranışlar vizite sırasında yapılmıyor ya da çok seyrek yapılıyorsa vizite yararlı, sık sık yineleniyorsa engelleyici olarak tanımlanır. Yararlı vizitelerde hastaların yaklaşık olarak yarısı üç ya da daha çok soru sorabilir. Engelleyici vizitelerde ise hastaların ancak yüzde 10'undan azı aynı sayıda soru sorabilir. Araştırma, hekimlerin, hastaların kendilerini sanki anlıyorlarmış gibi konuştuklarını, hastaların da hekimleri anlamışlar gibi yanıtladıklarını ortaya çıkarmıştır.

Hastalar vizitelerin yalnızca yüzde 15'inde, hekimlerin anlattıklarından bir tek sözcük bile anlamadıklarını söylemişler ve cahil görünme korkusuyla anlıyormuş gibi yaptıklarını açıklamışlardır.

Hastayla iletişimdeki başka bir engel de, asistan hekimlerin eğitiminde, hastalarla ilişkide insancıl yaklaşımlar yerine biyokimya ve teknoloji bilgisine ağırlık verilmesinden kaynaklanır. Hastalarla iletişim kurma, tıp eğitiminde önemli bir yer tutmaz.

On İki iletişim Engeli

Ana baba, öğretmen yapılan çalışmalarda ve saptanan bulgularda iletişim engelleri olarak özetlenen bazı tavırları kendilerine duygularını açan ya da sorunlarından söz etmeye başlayan kişilere karşı kullandıkları görülmüştür. Dinlenme ve konuşmayı sürdürmeye destek verme yerine aşağıdakilerden biri ya da birkaçıyla tepki verilmektedir:

1. Emir vermek, yönlendirmek
2. Uyarmak, gözdağı vermek
3. Ahlâk dersi vermek
4. Ad takmak, alay etmek
5. Yargılamak, suçlamak
6. Öğretmek, aynı düşüncede olmamak
7. Övmek, desteklemek, aynı düşüncede olmak
8. Analiz etmek, yorumlamak
9. Güven vermek, duyguları paylaşmak
10. Sözünü kesmek, önemsememek, konuyu saptırmak
11. Soru sormak, sınamak
12. Öğüt vermek, çözüm getirmek

Sorun ve duygularını açıklayan herkes bu engeller karşısında ya sorun çözümünün hiçbir biçimine katılmayarak tüm dikkatini engel oluşturan iletiye yönlendirir ya da konuşmasını tümden keser. Çocukluktan beri gelen On İki Engel'in tıbbi açıdan hekim-hasta görüşmesinde de etkisi vardır. Bugünün tıp merkezlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin bir tür lider konumunda görev yaptıkları ve işbirliğine dayalı modeli çalışanlarıyla kullanmayı düşünmesi gerekmektedir. Burada önerilen lider tipinin uygulaması beklenen yaklaşımı, gruptan biri gibi davranmasını sürdürmek, dengeyi korumak, otoriter lider çatışmasından uzak durmak şeklindedir.

Hekimlerin hastalarıyla olan iletişiminde kullandıkları terminolojiyi tıbbileştirme eğilimi bir başka sorundur. Hekimler bilinçli veya bilinçsiz olarak bu yaygın eğilimin etkisinde kalırsa, bu durum konsültasyonları ve sonuçları etkileyebilir. Tıbbileşmiş bir hekim ve somatize olmuş bir hasta kötü bir ikili şeklinde değerlendirilir.

Bunun önlenebilmesi için iletişim tekniklerinin öğrenilmesi ve bununla ilişkili pratiklerin artırılmasına yönelik eğitim programlarına destek verilmesidir.

Doğru olmayan bir hekim-hasta iletişimi beraberinde etik sorunlar getirebilir. Bunların en önemlisi karar verme aşamasında yaşan durumlardır. Zor kararlar ve zor seçimler hasta için sıkıntı oluşturabilir. Geçerli bir onamın alınabilmesi için etkin bir karar verme sürecine gereksinim vardır. Bu nedenle

ilgili olgu üzerinden etik ikilemlerin veya sorunların saptanması, olası çözümlerin belirlenmesi ve bir uzlaşmanın sağlanması, karar vermenin geçerliliğinin periyodik olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNE KISA BİR BAKIŞ

JAMA tıp dergisindeki bir makaleden yapılacak alıntıda, büyükannesinin 1930'larda yüzündeki melanom nedeniyle hekime giderek muayene olması sırasında, hekime bir soru sorması üzerine, hekimin ona *Burada soruları sen sorarım. Konuşmayı ben yapacağım.* demesinin bugünün tıp anlayışı ile örtüşen bir yanı olmadığı ve o günden bugünün hayal bile edilemeyeceği belirtilmektedir. Tarihsel doku içinde hasta merkezli bir tıp anlayışının gelişmesinin başlangıcı 1960'lara uzanmaktadır. Oysa ki, tıbbın *hekim merkezli* yapısı geleneksel bir anlayıştı ve bunun değişmeye başlaması *profesyonel bir evrim* olarak nitelendirilebilirdi. Bu sayede tıbbi karar verme sürecinde hastanın da etkinliğinin artmaya başladığını fark ediyoruz. Gerçekten de bu değişimin büyüklüğü geçmişte ön görülebilir değildi.

Tıpta hasta ile hekim ilişkisinin ayrı bir yeri olduğu bilinmektedir. Bu konuda yüzyıllardır süren gelenek, hekimin hasta üzerindeki etkin rolü ile bütünleşmiş olmasına karşın, son yıllarda *hasta özerkliği* üzerinden gelişen hasta haklarının artması sebebiyle, ilişkinin boyutları hasta lehine doğru bir gelişim göstermeye başlamış ve *hekim merkezli profesyonel otorite* yerine *hasta merkezli bir anlayış* ortaya çıkmaya başlamıştır. Günümüzde klinik anlamda karşılıklı ve kabul edilebilir bir iletişimin söz konusu olduğu yaklaşımda, iyi bir hekimin hasta ile olan ilişkisinin temel bileşenlerini *iletişim, saygı, gizlilik, mesleki dürüstlük* ve güven'in oluşturması beklenmektedir.

Kanadalı hekim Sir William Osler, hastanın yatağının kenarından başlayan öğrenme sürecinin hekim için çok değerli olduğuna değinirken şöyle bir ifade kullanmaktadır: *"İyi bir hekim hastalığı tedavi eder. Büyük bir hekim ise hastalığı olan hastayı tedavi eder."* Bu yaklaşım biçimi yıllar içerisinde yerini hekimin tek başına olan güçlü konumundan giderek uzaklaştırmıştır.

Genel çerçevede hasta-hekim iletişiminde dört farklı model üzerinde durulmaktadır:

Paternalistik model: Hekim hastanın koruyucusu rolündedir. Onun için en iyisinin ne olduğuna karar vererek uygulamaya çalışır. Hastanın hekimine bu tutumundan dolayı minettar olacağına inanılır.

Bilgilendirici model: Hastaya tıbbi girişimleri seçmesi için hekim tarafından önerilen bilgiler sunulur. Hastaya hastalığının durumu, tedavilerin sağlayacağı faydalar, her türlü olasılıklar ve riskler anlatılır. Bu modelde hekim, kendi uzmanlık alanında doğru bilgiyi sağlama konusunda yetkindir.

Müzakere modeli: Hekim, hastanın klinik durumu hakkında bilgi verirken, mevcut seçenekler hakkında kişiselleştirilen değer türlerini aydınlatmaya yardımcı olur. Hekim, hastayı tanır, onun için en iyisini ister, hastanın ne yapması gerektiğini belirtir ve tıbbi tedaviyle ilgili hangi kararın değerli olacağını anlamaya çalışır.

Yorumlayıcı model: Hekim, hastanın gerçekte ne istediğini anlamak ve mevcut müdahaleler arasından un uygununu seçmesine yardımcı olmaya çalışır. Bu modelde hekim hastaya herhangi bir yönlendirici

yaklaşımda bulunmaz, karar veren hastadır. Hekim bir tür danışman gibidir ve hastanın değerlerini yargılamaz. Hastayı ortak bir anlayış sürecine sokma sorumluluğu vardır.

Hekim-hasta ilişkisindeki iletişim eksiklikleri hasta güvenliğini tehdit ederek, hasta ölümüne veya istenmeyen ciddi olaylara sebep olabilir. Hastalar tarafından da tespit olunduğu üzere, bir hekimde olması gereken 3 temel yetenekten bir tanesi *iletişim becerisi* olarak saptanmıştır. Hekimin hastasının kişisel özelliklerini bilmesi, hastanın hekime yeterince bilgi vermesi için ona güvenmesi ve tedavi konusunda tam destek görmesi gereklidir. Buradaki en önemli unsur, hekim ile hasta arasında görüşme sırasında yaşanacak olan diyalog süresinin uzunluğudur. Yapılmış bir çalışmada hastaların çoğunluğunun hekimiyle sadece 2 dakika konuşabildiği görülmüştür. Bu olumsuz durumun olası etkileri ise hastanın bilgilendirilme, açıklama, anlama sürecinde yaşanmaktadır.

Hastası ile etkin bir iletişim kurmayı başarabilen hekimin bunu *duygusal, kültürel, entelektüel* olmak üzere 3 seviyede gerçekleştirmesi mümkündür. Bunları kısaca şöyle açıklayabiliriz:

Duygusal seviyede iletişim: Hasta ve yakınlarının sempatik bir kulakla dinlenmesi şeklinde özetlenebilir.

Kültürel seviyede iletişim: Hastanın içinde bulunduğu toplumun kültürel ve sosyal kurallarının garkında olmayı gerektirir. Bu sayede iletişimde esneklik sağlanır.

Entelektüel seviyede iletişim: Hekimin aldığı eğitim ve yetişme koşulları gereği sofistike olması sebebiyle hastası ile arasında oluşacak sosyal fark neticesinde iletişimde bir kopukluk yaşanabilir. Hekimin bu mesafeyi yenmesi ve buna uygun davranması doğru bir yaklaşımdır.

Hasta-hekim ilişkisinde temel unsurun *güven* olduğu bilinmektedir. Güven, bir kişinin karakterine, kabiliyetine, gerçeğine güvenilen güvence verilmesi şeklinde tanımlanırken, bunun tek bir iletişimden kaynaklanmadığı, zaman içinde tekrarlanan etkileşimler ile güvenilirliğin test edildiği bilinmektedir. Güven geliştirmenin bir yolunun güven üzerinden gerçekleştiği ifade edilmektedir. İletişimin zengin yöntemleri sayesinde kişilerarası gelişen güven, tıpta da hasta ile hekim arasında sıkı bir bağ oluşturur ve *güvenli iletişim* diye tabir edilen bir durum ortaya çıkar. Böylece hastanın problemi ve tedavisi hakkında ortak bir anlayışa varılır.

ABD kaynaklı araştırmalarda; sadece fizik muayene, röntgen, ultrason, ilaç ve cerrahi yöntemlerle tedavinin hastaları memnun etmediği, hastalarla kendi tedavileri konusunda bilgi ve fikir alışverişi yapılmadan, hastanın tam olarak ne istediği anlaşılmadan ve onun kararlarına saygı gösterilmeden yapılan tedavinin olumsuz sonuçlara yol açtığı ifade edilmektedir. Hekimin hastaya sorunu ile ilgili yapacağı açıklamalarda doğru ve tam bilgilendirme için belirgin bir iletişim becerisine sahip olmanın yanında hastanın içinde bulunduğu klinik tablonun da önemi vardır. Bir femur kırığını hastaya anlatmak kolaydır. Ancak, özellikle psikiyatrik tedavilerde hastaya yapılan işlemi anlatmak bu kadar kolay değildir.

Sonuç

21. yüzyıl ile birlikte tıbbın bilgi birikimi, teknolojik standartları teşhis ve tedaviye yönelik uğraşları çok daha ileri bir düzeye erişmiştir. Bunun içinde yer alan hekim ve hasta faktörünün önemi ise aynı

oranda devam etmekle birlikte, teorik ve pratik anlamda mekanikleşmeye yönelen bir mesleğin özündeki temel öğeleri yok saymadan yoluna devam etmesi gerekmektedir.

Tıbbın öncelikle bir tür sanat şeklinde nitelendirilmesi, yüzyıllardır ön görülen bir durumdur. Buradaki sanat kavramı, bilinen anlamından daha çok, uygulamadaki unsurların niteliği ve varlığı ile ilişkilidir. Hekimin hastalık ve hasta ile olan temasında belli bir düzen dahilinde etik ve estetik kaygıları taşıyan bir biçimde hareket etmesi, uyumluluğu bu mesleği bir sanat şekline dönüştürmektedir. Günümüzde sağlığın profesyonelleşmesi tıbbın özel boyutunu ve değerini değiştirmemektedir.

Hekimin hastası ile olan karşılaşması ve tıbbi süreç içinde olumlu bir iletişim yaşanması etik anlamdan öte hukuki bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Artık hasta hakları çerçevesinde incelenen bu iletişim konusu belki de amacından çok daha fazla bir boyuta taşınmış da olabilir. Buradaki ölçünün normal ve olması gereken sınırlar içinde gerçekleşmesinin sağlanması aslında en doğru yaklaşımdır.

Hasta-hekim ilişkisinin ve buna bağlı gelişen iletişimin etik değerlere uygun bir şekilde olması, kavramsal çerçevenin bunun üzerinde geliştirilmesi, doğru iletişim için öncelikle hekimin belli bir temel eğitim alması, hastaların da hekimlerine yönelik olumlu yaklaşımlarının aktif hale getirilmesi için bilgilendirme odaklı kamu spotları üzerinden hatırlatıcı ve destekleyici bilgilerin verilmesi önemli katkılardır. Bu sayede daha işlevsel bir tıp profesyonelliğinin ve hasta-hekim ilişkisinin oluşması mümkün hale gelecektir.

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINDA HASTA-HEKİM İLETİŞİMİNDE ETİK YAKLAŞIM

Prof. Dr. Peruze ÇELENK
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı

Duygu ve düşüncelerin farklı yollarla başka kişi ya da kişilere aktarılmasına **iletişim** denir. İletişim, iki insanın yan yana ya da yüz yüze gelmesiyle başlar. Burada ortaya çıkan her tutum ve davranış iletişimin bir parçasıdır.

Hastanın hekime başvurmasıyla birlikte bir iletişim ortaya çıkar. Tanı ve tedavi sürecinin sağlıklı yürütülmesi, burada kurulacak olan iletişimle yakından ilgilidir. Hasta ile ilk görüşme, hastanın hekim hakkındaki fikirlerinin şekillenmesi açısından çok önemlidir. Bu görüşmede hekimin mesleki yeterliliğinden ziyade, hastanın hekim hakkındaki duygu ve düşünceleri daha ön planda olacaktır. Eğer iyi bir iletişim kurulursa, hastanın hekime güveni ve memnuniyeti artacaktır. Eğer tersi olursa, yani iyi bir iletişim kurulamazsa karşılıklı güvene dayalı bu ilişki hasar göreceğinden hekimin işi zorlaşacaktır.

Hasta şikayetlerinin büyük kısmının temelinde bu iletişim bozukluğu ve dolayısıyla karşılıklı yanlış anlamalar yatmaktadır. Hayatta en değerli varlığı olan sağlığını emanet ettiği kişiyle karşılıklı güven ilişkisi kurmak, şüphesiz ki hasta için çok önemlidir.

Ancak, bazı hastalarla iletişim kurmak kolay değildir. Özellikle kaygı düzeyi yüksek ve ağrı duyacağı konusunda ön yargısı olan hastalarda bu durum daha belirgindir. Diş hekimliğine ait işlemlerin ağrılı olduğuna dair mevcut ön yargıyı kırmak ve hastanın kaygısını gidermek bazen çok güç olmaktadır.

Hasta hakları, temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımasıdır. Sağlıklı olmak, sağlıklı kalmak, sağlığı korumak insan için vazgeçilemez, devredilemez ve ertelenemez temel insan haklarındandır. Hasta haklarının güvence altına alınmasıyla sağlık hizmetlerinde belli bir standart oluşur. Hasta hakları hekim-hasta ilişkisinin yasal zeminini oluşturması bakımından önemlidir. Günümüzde kabul gören "hasta merkezli yaklaşımda" hasta hakları ilkeleri ön plandadır. Hasta merkezli yaklaşımda taraflar, bu sürece özgür ve özerk olarak katılır. Hekim hastaya bilgi verir, alternatif tedavi yollarını, ortaya çıkması muhtemel durumları (komplikasyon) açıklar ve soruları cevaplar. Bundan sonra hastanın onayını alarak tedaviye başlar. Buna "aydınlatılmış onam" diyoruz. Tıbbi müdahaleler hastanın yaşamı ve sağlığını yakından ilgilendirdiği için bu konuda karar verme yetkisi hastaya aittir.

Aydınlatılmış onam, günümüzde tıp hukuku, hasta hakları ve tıbbi etiğin önemli bir bölümünü

oluşturur. Aydınlatılmış onam, hastaya yapılacak tıbbi müdahalenin hukuka uygun olmasını sağlayacak en önemli unsurdur. Hasta, kendisine önerilen tıbbi müdahaleyi kabul etmedikçe hekim tedaviye başlayamaz.

Günümüzde hasta onayını almadan, onunla iletişime geçmeden hastaya müdahalede bulunmak mümkün değildir.

Hasta-hekim iletişimini etkileyen faktörler;

*İlk karşılaşma anındaki izlenimler

*Hastanın hekimden önce muhatap olduğu diğer sağlık personelinin tutum ve davranışları

*Çalışma ortamının hasta üzerindeki olumlu ya da olumsuz etkisi

*Hekimlerin medya ya da sosyal medyadaki sohbet ve paylaşımları

Hasta ve hekim arasındaki iletişimin aksaması hastayı yeterince dinlememesinden, devamlı sözünü kesmesinden, tıbbi terimleri kullanmasından kaynaklanabilir. Hekim hastanın eğitim düzeyini, geçmiş deneyimlerini, konuşma ve anlama becerisini göz önüne almalıdır. Hastanın şikayetini öğrenirken empati yapabilmeli, hastaya şefkatle yaklaşmalı ve onu dikkatle dinlediğini hissettirmelidir. Acele etmek, hastanın lafını ağzına tıkamak, o sırada başka şeylerle uğraşmak, aynı anda başkalarıyla da konuşmak, iletişimi bozacak davranışların başında gelir. Hastaya nasihat etmek, kendi başından geçenleri anlatmak, buyurgan tavırlar, kendi derdini anlatma çabası içinde olan hastada olumsuz etki bırakabilir.

İletişim konusunda yapılan çalışmalar, hastanın aynı hekimi ikinci kez tercih etmesinde hekimin teknik yeterliliklerinden ziyade, iyi bir iletişim kurmasının daha etkili olduğunu göstermiştir.

Kaynakça

1. Harorlı AB, Çağlayan F. Diş Hekimliğinde Etik ve Deontoloji. 1. Baskı, Eser Basın Yayın Dağıtım Matbaacılık, Erzurum 1997, s:50-59.
2. Akyüz S, Kuşçu ÖÖ, Akgöz S, Demirhan EA. Atıcı E. Diş Hekimliğinde Korku ve Korkuya Etik Yaklaşım. Türkiye Klin Tıp Etiği Hukuku Tarihi. 2005,13:26-33.
3. Atıcı E. Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar. Uludağ Üni Tıp Fak Derg. 2007,33(2):91-96.

PANEL - SAĞLIKTA ŞİDDET VE İLETİŞİM SORUNLARI

SAĞLIKTA ŞİDDET VE ACİL SERVİSLER

Prof. Dr. Başar CANDER
Atuder

Tarih boyunca iyiliğe iyilik diye bir kavram oluşmuştur. Ama iyiliğe kötülük veya şiddet uygulanması gerçekten kabul edilebilecek bir şey değil. Sağlıkta şiddet de tam olarak bu noktada değerlendirilmesi gereken bir konu. Biz hasta yakınlarının tarafındayız. Acil servislerde ve genel olarak sağlık çalışanlarına şiddet uygulanması bizim maalesef gündemimizden düşmüyor. Bu yüzden bu konuda iyileştirme çabalarının yapılması, hassasiyetin artırılması için çalışmalarımız oldu. Kamu spotu ve film çalışması oluşturduk. Sağlık çalışanlarına yapılan şiddetin anlamsız olduğunu anlatmaya çalıştık. Biz hasta yakınlarıyla aynı taraftayız. Biz de hastalıkla, ölümle mücadele ediyoruz. Aynı tarafta olduğumuzu vurgulamaya ve bu konuda bilgi ve hassasiyetin artırılmasına yönelik bir çaba ile bu işlemleri yaptık. Kısa film ve kamu spotumuz çok paylaşıldı. Ancak geri dönüp baktığımız o durumlarda yine sağlık çalışanlarına şiddet uygulandığını görüyoruz. Ama şöyle bir problem var. İlk defa sağlık çalışanlarının omuzlarında biraz daha büyük bir yük var. Ülkenin yükünün tamamı neredeyse sağlık çalışanlarının omuzlarında. Sadece sağlıkla mücadele değil. Bu mücadele ekonomine, sosyal hayatına her şeye yansıyor. Yani bir savaş ve mücadele var. Bu mücadelenin ana yükü sağlık çalışanlarının üstünde. Böyle bir dönemde sağlık çalışanları bir taraftan aileleriyle görüşme konusunda fedakarlık ederken, bir taraftan kendini riske atarak mücadele verirken bir de şiddet uygulanmasıyla muhatap kalınması inanılmaz bir şey. Şiddet uygulayanların neden şiddet uyguladığını daha iyi analiz etmek gerekiyor. Bazıları o anda olayın öfke kontrolünü yapamadıkları için daha sonra pişmanlık duyacakları bir hareket içine giriyor. Bunların neden öfke kontrolünü yapamadıklarını analiz etmemiz lazım. Bazıları ise tamamen psikolojik sorunlarını yansıtıyorlar. Bunların ayrıca analiz edilmesi lazım. Herkesin kaçtığı bir ortamda mesela koronavirüsle ilgili 'yakınınıza bile yaklaşmayın' diyoruz. Ama biz gidip burun buruna muayene etmek durumundayız. Burun buruna müdahale etmek zorundayız. Bu kadar fedakarlığın net olarak gösterildiği bir ortamda şunu unutmamak lazım. Biz hasta yakınlarının tarafındayız. Sizin bizim yanımızda olmanız lazım. Siz müdahale eden bir doktora veya sağlık çalışanına şiddet uyguladığınız zaman müdahaleye zarar vermiş olacaksınız. En çok şiddet vakasının acil servislerde yaşanıyor. Acil çalışanları isimsiz kahramanlar. Çok zor şartlarda hasta bakıyoruz. Sağlıkta şiddet bizim gibi tüm dünyanın sorunu. Yapılan araştırmalara göre sağlık kurumunda çalışanların şiddete uğrama oranı, diğer iş yerlerine göre 16 kat daha fazla. Geçen 5 yılda 46 bini aşkın sağlık çalışanı, Sağlık Bakanlığı'nın 'BEYAZ KOD' hattına başvuruda bulundu. Araştırmalarca sağlık alanında yaşanan şiddetten en çok etkilenenler acil tıp çalışanları. acillerde bir hastanın ortalama bekleme süresi 5-10 dakika ve buralarda gereğinden fazla kalabalıklar oluşmaktadır. Şiddetin kaynağı yoğunluktur. Hem

doktor hem de hasta yoğunluğu. Doktor yoğunsa hasta ile yeterli diyaloğu kuramıyor, hasta da uzun süre bekleme konusunda sıkıntı yaşıyor. Dolayısıyla muayenelerin kısaltılması yoğunluğun, akabinde de şiddetin artmasına neden olacaktır. Dünyanın gelişmiş ülkelerinde ortalama muayene süreleri 20 dakika-yarım saat arasında iken, bizde bu süre 5-10 dakikadır. Selam versen, ismini, yaşını sorsan zaten iki dakikası gitti bile. Kalan zamanda yanlış tanı koymamak için hızlıca tetkik istenir, tetkik istenirse masraf artar, masraf arttıkça sağlık bütçesi artar, bütçe arttıkça istihdam azalır, istihdam azaldıkça doktorun yükü artar. Böyle bir kısırdöngü içindeyiz. Hiçbir sağlık sistemi bunu kaldırmaz. Hastalar da maalesef bilinçsiz. Mesela, başı ağrıyan istiyor ki ağır nefes darlığı yaşayan hastadan önce bakılsın. O nedenle sistem yeniden, en baştan yapılandırılmalı.

SAĞLIKTA ŞİDDETİ ÖNLEMEDE GÜVEN İNŞAASI

Prof. Dr. Cemal CİNGİ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, KBB ABD, Eskişehir

1.Sağlık Çalışanlara Yönelik Şiddet

Hastalar, hasta yakınları veya hasta ile birlikte gelen diğer kişiler tarafından hekimlere ve diğer sağlık personeline karşı sözel hakaret, tehdit, fiziksel veya cinsel taciz, saldırı, sağlık kurumlarındaki şiddet olarak adlandırılmaktadır. Sağlık alanındaki bu tür şiddet davranışları, diğer iş kollarına göre 16 kez daha fazla ortaya çıkmaktadır (1-4). Yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şiddet davranışlarının %3-17 sinin fiziksel saldırı, %27-67 sözel saldırı, %10-23'ünün ise psikolojik saldırı olduğu belirtilmiştir (1,4).

Yurdumuzda ne yazık ki, sağlık çalışanlarına karşı **şiddet uygulama**ları giderek artmaktadır. Bu durumda, hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları arasındaki iletişim bozulmaktadır. **İ**letişim bozukluğunun artması, personelin hizmet isteği ve **çalışma** gücünü de sınırlandırmaktadır. Hatta hizmet kalitesi düşebilmektedir. Bunun yanında erken emeklilik veya işten ayrılmalara da neden olabilmektedir (1-5).

2.Sağlık Çalışanlara Yönelik Şiddetin Oluşumunu Etkileyen Nedenler

2.1. Şiddet uygulayanların özellikleri:

Saldırıya veya tacize uğrayan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu kadın, saldırıda bulunanların ise büyük çoğunluğu erkektir. (6-8) Sağlık çalışanlarına yöneltilen bu tip saldırıların giderek artmasına neden olan bireylerin büyük çoğunluğunun psikolojik sorunları olduğu bildirilmektedir.

2.2. Şiddet uygulanan sağlık çalışanlarıyla ilgili özellikler:

Ünsal Atan ve Dönmez'in (3) yaptıkları çalışmada, hasta ve hasta yakınları ile daha yakın temas içinde oldukları için, hemşirelerin şiddete maruz kalma olasılığının diğer sağlık personeline göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (3). Şahin ve ark.nın (7) yaptığı çalışmada ise acil tıp kliniğinde çalışanlar arasında en fazla hemşirelerin; Ayrancı ve ark.nın yaptığı çalışmada (8) ise en fazla pratisyen hekimlerin ve hemşirelerin şiddete maruz kaldıkları belirtilmektedir.

2.3. Sistemle ilgili sorunlar:

Sağlık çalışanlarına, çalıştıkları kurumlarda hizmetleri sırasında yapılan saldırıların nedenleri çok yönlü olarak araştırılmakta ve çözüm yolları aranmaktadır. Bu saldırıların son yıllarda daha da artmasının nedeni sistemdeki değişiklikler ve yetersizlikler olarak gösterilmektedir. En

önemli sebeplerinin devlet sağlık kurumlarında hasta sayısın çok yüksek olması nedeniyle sağlık hizmetinin yeterli düzeyde verilemediği ve muayene ve bekleme odalarından yeterli konforda olmadığı belirtilmektedir. Hastaların uzun süre beklemek zorunda kalması, randevu saatlerine çok iyi uyulamaması başlıca etken olarak gösterilmektedir. Sağlık kurumlarında 24 saat sürekli hizmet verilmesinin zorluğu, personel sayısının azlığı ve hastaların bakım hizmetlerinden arzu ettikleri ölçüde yararlanamadıklarını düşünmeleri de iletişim sorunları yaratmakta ve şiddete zemin hazırlamaktadır. Tabii ki bekletilmek veya hastanın şikayetlerine kısa sürede çözüm bulunamaması şiddete sebep sayılamaz. Ancak yeterince aydınlatılamayan ve yeterli konforu sağlanamayan bekleme salonları, yoğunluk nedeniyle uzayan bekleme süreleri, hasta yakınlarının canını sıkmakta ve kaygılarını artırmaktadır. (9,10)

2.4. Sosyal nedenler:

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davranışının yasalarla sınırlandırılmamış olması, sağlık bakım sistemi ve kullanılan teknolojinin toplumun beklentilerini karşılayamaması, şiddet olaylarını önlenme ve yönetme konusunda sağlık politikaların yetersiz olması da sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artıran önemli etkenler arasındadır. (7) Ayrıca uzun süreli yoksulluk, sosyal dışlanma yaşayan şiddet alt kültürüne sahip kişilerin, madde bağımlısı ve ruh sağlığı bozuk olanların, kendilerine ve başkalarına zarar veren, sorun çözmede şiddet kullanmayı tercih edenlerin de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulama riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. (11)

3.Sağlık Çalışanlara Yönelik Şiddeti Önleme ve Müdahale

İlhan ve ark.nın (12) sağlık kurumlarına başvuran kişilerle yaptıkları çalışmada, katılımcıların %79'u sağlık çalışanına yönelik şiddetin önlenebileceğini düşündüğünü, %68.4'si şiddetin önlenmesi için yasal düzenlemeler yapılmasını, %66.7'si halka yönelik eğitimler verilmesi gerektiğini, katılımcıların %22.9'si sağlık çalışanına şiddetin bazı durumlarda gerekli olduğunu, %20.2'si sağlık çalışanının şiddeti hak ettiğini düşündüğünü ve böyle düşünenlerin %58.2'si buna neden olarak hastayla yeterince ilgilenmeme olduğunu, %93.8'si sağlık çalışanına şiddet uygulanınca sorunların düzelmeyeceğini, %33.1'i sağlık çalışanına şiddet uygulayanlara ceza uygulandığını düşündüğünü ve bunlarında %50.5'i hapis cezası olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca ''Sağlık çalışanına yönelik şiddetle ilgili gerekli yasal düzenlenmeler hazırlanmalıdır'' önermesine katılımcıların %87,5'inin, ''Halka bu konuya yönelik eğitimler verilmelidir'' önermesine katılımcıların %83,9'unun ve ''Sağlık çalışanına yönelik şiddetle ilgili olaylar medyada yer almalıdır'' önermesine katılımcıların %67,3'ünün katıldığı belirtilmektedir (12).

4.Sağlıkta Şiddeti Önlemede Güven İnşası

Sağlık kaygıları, rahatsız edici şikayetler ve hastalıkları nedeniyle zor durumda olan hastaların sağlık sisteminden ve sağlık çalışanlarından beklentileri çok yüksektir. Hekimle karşılaşma öncesi bekleme süresinin kısaltılması, hekimin hastasına yeterli süre ayırabilmesi şiddetin önlenmesinde çok önemlidir. Hekimin hastası ile yeterli iletişimi kurabilmesi, onu anladığını hissettirmesi güven

inşasında en önemli faktörlerdir. Karşılıklı saygı, empati güven duygusunun sağlanması için çok önemlidir. (13).

Örnek ve arkadaşları sağlıkta şiddeti önlemede en başta gelen konuları "sağlık hizmetlerini iyileştirmek", "hukuki düzenlemeleri yapmak", "güvenlik önlemlerini artırmak", "iletişim çalışmaları yürütmek", "koordinasyon, izleme ve değerlendirmeyi sağlamak" olarak sıralamışlardır (13). Ülkemizde son dönemde açılan hastanelerin fiziki koşulları giderek daha iyi olmakta, iyi aydınlatılmış konforlu bekleme salonları kullanıma sunulmaktadır. Sağlık çalışanlarının çok uzun çalışma saatleri ve giderek artan iş yoğunluğu psikolojik durumlarını etkileyebilmektedir. Kaygı ile bekleyen hasta ve yakınlarının psikolojik durumlarının sağlıklı olması beklenemez. Bu iki taraf arasında sağlıklı iletişim kurulamaması şiddetin nedenini oluşturmaktadır.

Hastaların eğitim düzeyinin yükseltilmesi, sağlık çalışanlarının çalışıma saatlerinin azaltılması ve hasta başına düzen sürenin azaltılması sorunun çözümünde etkili olacaktır.

Kaynakça

1. Büyükbayram A, Okçay H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(1):46-53
2. Önal G. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin değerlendirilmesi ve önlenmesi hakkında görüşü (son dönemde toplumda ve sağlık hizmetlerinde giderek yükselen şiddet ve önlemler bağlamında); 2012 Erişim:01.02.2012 Http://Www.Biyoetik.Org.Tr/Yenisite/ İmages/Tbd_Siddet_Hk_Gorusup. Pdf.
3. Ünsal Atan Ş, Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. Adli Tıp Dergisi 2011;25:1.
4. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. J Interpers Violence 2006;21:276-96.
5. Günaydın N, Kutlu Y. Experience of workplace violence among nurses in health-care settings. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3:1-5.
6. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2:9-16
7. Şahin B, Gaygısız Ş, Balcı FM, Öztürk D ve ark. Yardımcı acil sağlık personeline yönelik şiddet. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2011;11:110–4.
8. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:147-54
9. Özyurt A, Ogan H, Solakoğlu Z, Bilen A ve ark. Hekime yönelik şiddet nasıl önlenir çalıştayı anket sonuçları. İstanbul Tabip Odası 2009. Erişim: 17.06.2013.
10. Eker H. Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki şiddet sıklığı. Bidder Tıp Bilimleri Dergisi 2011;3:6–22
11. Kızmaz Z. Şiddetin sosyo kültürel kaynakları üzerine sosyolojik bir yaklaşım. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2006;16:247

12. İlhan MN, Cakır M, Tunca MN, Avcı E ve ark. Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. GMJ 2013;24:5-10.

13. Örnek M, Tok EY, Koşar E. Sağlıkta şiddetin önlenmesi için eylemler

14. http://www.sdplatform.com/Dergi/1398/Saglikta-siddetin-onlenmesi-icin-eylemler.aspx (26.11.2021 tarihinde internet üzerinden erişilmiştir).

PANEL - SAĞLIKTA ŞİDDET VE İLETİŞİM SORUNLARI

SAĞLIKTA ŞİDDETİN KAYNAKLARI

Prof. Dr. Ömer BÖKE
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Kolluk dışında sağlık sektörü işyeri şiddetinin en sık görüldüğü sektördür. Olasılıkla sektörün özelliği gereği şiddet bildirimi çok azdır. Çoğunlukla hoş görülmekte veya bildirilme durumunda yaşanacaklardan endişe edilerek bildirimden sakınılmaktadır.

Sağlık çalışanına yönelen şiddetin sıklığı ile ilgili bir çok çalışma vardır. Bu çalışmaların en önemli iki bulgusu diğer sektörlere göre sağlık sektöründe şiddetin yüksek olması ve sağlık sektöründeki şiddetin diğer sektörlere göre daha az bildirilmesidir(1,2). Son bir yılda sağlık çalışanlarının % 22-90'ının sözel şiddet, %12-64'ünün şiddet tehdidi, %2-32'sinin fiziksel şiddete hedef olduğu bildirilmektedir(3). Genel bir kabullenim olarak doktor ve hemşirelerin yarısından fazlasının sözel ve yaklaşık yedide birinin de fiziksel şiddete uğradığı, dünyanın pek çok ülkesinden benzer oranlar olduğu bilinmektedir. Ülkemizde sağlık çalışanına yönelik şiddetin başka ülkelere göre daha sık olduğunu gösteren bilimsel bir çalışma bulunamamıştır. Ancak Sağlık bakanlığı Beyaz Kod verilerine bakıldığında her geçen sene daha çok beyaz kod verildiği açıkça görülmektedir. Ayrıca ülkemizdeki hekim cinayetleri giderek artmaktadır. Bilinen ilk hekim cinayeti 1988'de Dr. Edip Kürklü'nün ameliyat ettiği bir hastasının ölümünden bir hafta sonra, hastanın bir yakını tarafından kurşunlanarak öldürülmesidir. Benzer şekilde 2005 yılında Dr. Göksel Kalaycı katledilmiştir. Ardından 2008 yılında Dr. Ali Menekşe, 2012 yılında Dr. Ersin Arslan, 2015 yılında Dr. Kamil Furtun, 2015 yılında Dr. Aynur Dağdemir, 2017 yılında Dr. Sait Berilgen, 2017 yılında Dr. Hüseyin Ağır ve 2018 yılında Dr. Fikret Hacıosman çalıştıkları sağlık kurumunda pusu kurularak, ateşli silah kullanılarak öldürüldüler.

Saldırgan, şiddete hedef olan kişi ve şiddet ortamı, şiddetin kaynaklarını belirleyen üç temel faktördür.

Saldırganın özellikleri incelendiğinde; bu kişiler genellikle otuz yaş altı, erkek, düşük sosyoekonomik düzeye sahip, yasal veya yasal olmayan sebeplerle silah bulundurabilen, otorite ile sorunları olup daha önce yasal sorunlar yaşayan veya tutuklanma öyküsü olan kişilerdir. Bu kişilerin çoğunluğunun alkol ya da madde kullanımı öyküleri vardır(2).

Şiddete hedef olanların önemli bir kısmının 40 yaşından küçük olduğu ve mesleki deneyimlerinin 10 yıldan az olduğu gösterilmiştir(4)

Sağlık ortamında uzun bekleme zamanları, fazla sayıda muayene, test sonuçlarının uzun zaman beklenmesi, ortamın kalabalık ve gürültülü olması, çalışan personelin zamanının kısıtlı olması, ödeme zorlukları, yemek kalitesinin kötülüğü, kötü haber verme, güvenlik güçlerinin görünür olmaması sağlıkta şiddetin risk faktörleri olarak tanımlanmıştır(3,4).

Sunumda özellikle tepkisel şiddetin ortaya çıkmasına neden olan faktörler ve alınması gereken önlemler iki örnek eşliğinde değerlendirilerek katılımcılarla tartışılacaktır.

Kaynakça

1. Philips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. The New England Journal of Medicine 2016;374:1661-9.
2. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2(2):161-73.
3. Pompei L, Dement J, Schoenfisch A ve ark. Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: A review of the literature and existing occupational injury data. Journal of Safety Research 2013; 44 57–64.
4. Ayrancı U, Yenilmez Ç, balcı Y, Kaptanoğlu C. Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. Identification of Violence 2006; 21 276-96.

PANDEMİDE AŞI KARARSIZLIĞI

Prof. Dr. Sarp ÜNER
Lokman Hekim Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş

Günümüzde enfeksiyon hastalıklarının ve komplikasyonlarının önlenmesinde en etkili yöntemlerinin başında gelen aşılama koruyucu hizmetler arasında küresel olarak en fazla hastalık ve ölümü engelleyen müdahaleler arasında yer almaktadır. Aşılar yüksek bağışıklama oranlarıyla özellikle yüksek ve orta gelirli ülkelerde aşı ile önlenebilir hastalıkların sıklıklarında çok büyük düşüşler sağlanmıştır. Dünyada aşının ilk kez uygulanması ile çok uzun yıllar önce ortaya çıkan aşı karşıtlığı 1990'lı yıllardan itibaren "aşı reddi" kavramı ön plana çıkmıştır. Aşı reddi vakalarının son yıllarda hızla artması ve tehlikeli boyutlara ulaşması üzerine; DSÖ 2019'da çözüme kavuşturmayı planladığı 10 küresel sağlık sorunu arasında aşı kararsızlığına yer vermiştir. Dünyanın bir bölümünde aşı tedariki ile sıkıntılar söz konusuyken aşıya ulaşmada sorun yaşamayan ülkelerde, bölgelerde, bazı ülkelerin COVID-19 aşılamasında istenen düzeye henüz ulaşamamasısın nedenleri arasında toplumda giderek yayılan aşı kararsızlığı yer almaktadır. Bu sunumda içinde bulunduğumuz Covid-19 pandemisinde aşı kararsızlığının tartışılması amaçlanmaktadır.

Aşı kararsızlığı

Aşılar bir anlamda kendi başarılarının kurbanı olmuşlardır. Bugün aşıların sayesinde birçok hastalık unutulmuş ve hastalığın etkilerinden çok aşının yan etkileri göze batmaya başlamıştır. Aşıyla önlenebilir hastalıklara karşı verilen başarılı mücadele sonunda bazı tehlikeli hastalıkların ciddi oranda yaşamımızdan silinmesi toplumun hafızasında bu hastalıkların büyük risklerinin giderek silikleşmesine, bunun sonucunda da risk-fayda hesaplamalarında aşıların risklerinin daha büyük endişe kaynağı haline gelmesine neden olduğu görülmektedir. Bu endişeler sıklıkla aşılarla ilgili kararsızlık hatta redde yol açabilmektedir.

Aşı kararsızlığı olanlar homojen bir grup değildir. İnsanların kendilerini daha bilgili ve farkındalıklarını artmış olarak tanımlaması aşılarla ilgili güven sorularının başını çekmektedir. Bunun yanı sıra dini ve felsefi etkin kişilerin yönlendirmeleri ise çözülmesi zor karşılıklı diyaloga ihtiyaç duyulan bir problem olarak görülmektedir. Literatüre bakıldığında aşı kararsızlığının altında yatan farklı nedenler olduğu görülmektedir. Çok temel olarak aşı kararsızlığının sebeplerini üç ana grup altında toplamak mümkündür. Bunlardan ilki aşıların güvenliğinden endişe edenlerdir. Günümüzde Corona virüs aşısına karşı ortaya çıkan karasızlık daha çok bu gruba girmektedir. İkinci grubu risk altında olmadığını düşünenler oluşturmaktadır. Yaşadığımız salgın günlerinde bu grubunda aşılama

yüzdesinin artmasında önemli bir engel olduğu aşikardır. Son grup ise dini, felsefi veya komplo teorisi temelli gerekçelerle itiraz edenlerdir. Öne sürdüklerinin hiçbir bilimsel dayanağı olmayan bu grupla da pandemi döneminde karşılamaktayız.

Aşı ile ilgili kararları etkileyen birçok faktör vardır. Sosyo-kültürel, çevresel, ekonomik veya politik faktörlerden kaynaklanan nedenler arasında toplum liderlerinin tutumu, aşı karşıtı lobilerin çalışmaları, mevcut yasalar, din, kültür, cinsiyet, ekonomik durum gibi sosyo demografik özellikler ve ilaç endüstrisinin nasıl algılandığı gibi nedenler sayılabilir. Bunun yanı sıra aşının kişisel algılanmasından, sosyal ortamlardan gelen etkiler de önemlidir. Kişisel ya da aile ve yaşanılan toplum üyelerinin aşı deneyimleri, sağlık ile ilgili inanç ve tutumlar, bireyin aşı ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeyi, önceki deneyimlerden sağlık sistemi ve hizmet sağlayıcılarına duyulan güven ve kişisel deneyimler de aşı kararını etkiler. Aşı kararsızlığının belirleyicileri arasında önemli bir bölümde doğrudan aşı veya aşılama ile ilgili olanlardır. Yeni bir aşının olması, aşının uygulama şekli, aşı ve ekipmanının güvenilirliği, bunların tedarik kaynağı gibi nedenler de aşı kararsızlığında da belirleyici olurlar

Aşı kararsızlığının toplumsal etkisi

Aşı kararsızlığı, sürekli izleme gerektiren karmaşık ve hızla değişen küresel bir sorundur. Aşı kararsızlığı nedeniyle aşılamalarındaki küçük düşüşler bile aşılanamamışlar göz önüne alındığında daha büyük halk sağlığı sorunlarına ve ekonomik olumsuzluklara neden olabilir. Aşı kararı ilk bakışta bireysel bir karar gözükmekle beraber diğer kişileri de etkileyen toplumsal bir karardır. Aşıların doğrudan hastalıklardan koruyucu etkilerinin yanında, toplumda yüksek bağışıklama seviyeleri sayesinde aşılanmamış bireylerin de hastalıklardan korunmasını sağlayan dolaylı etkisi yani "kitlesel bağışıklama" etkisi, aşı reddi ile mücadelenin önemini artırmaktadır. Aşı reddi kararının ilk etkisi aşılama oranlarının düşmesi ve buna bağlı olarak hastalıkların yayılmasını kolaylaştırmasıdır. Salgın mücadelesinde şu anda elimizdeki en önemli silahlardan biri olan aşının yaptırılmasında ortaya çıkacak sorunlar açıkçası salgını kontrol altına alma çabalarına karşı çok önemli bir sorun oluşturmaktadır. Diğer bir deyişle aşı karşıtlığı, aşı kapsayıcılığının ve toplumsal bağışıklığın önünde bir engeldir. COVID-19 aşısının reddedilmesi, virüste sürekli olarak yeni mutasyonların ortaya çıkmasına, toplumsal bağışıklık olasılığını azalt**ılmasına** ve pandeminin uzamasına neden olmaktadır.

Aşı kararsızlığını önlemek için yapılabilecekler

Aşı kararsızlığı zaman, yer ve aşılara göre değişen karmaşık ve hızla değişen bir küresel sorun olduğundan ve aşı kararsızlığının tüm nedenlerine yönelik tek bir müdahale stratejisi olmadığından tek bir müdahale yöntemi oluşturmak mümkün gözükmemektedir. A**şı karasızl**arını "ikna edilebilecekler", "farklı bir aşı takvimi isteyenler", "yeni ve güvenli bir aşı içeriği ile değişime açık olanlar" ve "a**şırı** katı ve şüpheciler" olarak dört gruba ayırmak mümkündür. Bu grupların her biri için farklı stratejiler geliştirilmelidir. Az sayıda dirençli grup dışında genel olarak bu kişiler bilgi ve ilgiye gereksinim duymaktadırlar. Bilimsel, kanıta dayalı iyi hazırlanmış bilgi, eğitim ve saygılı diyaloğa açıktırlar.

Literatürde aşı kararsızlığının çözümü için temelde iki farklı yol izlenebileceği önerilmektedir: yasa ile aşıyı zorunlu hale getirme ya da proaktif, ikna edici bilgilendirme/iletişim politikaları ile halkın aşılamaya karşı güvenini pekiştirmek ve desteğini almaktır. Aşının zorunlu olması ya da olmaması aşı reddi üzerinde net etki yapmamaktadır. Toplumun aşılanma yüzdesi ile devlet politikaları arasında net bir ilişki yoktur. Gönüllü aşılama politikası izleyen devletlerin aşılanma oranları, zorunlu aşılama politikası izleyen devletlerden geride değildir.

Türkiye'de durum biraz karışık. Aşılar zorunlu (ymuş gibi) uygulanmakla birlikte aşı retlerine karşı hukuki bir düzenleme mevcut değildir. Ülkemizde aşı ile ilgili düzenlemelerden en önemlisi 1593 sayılı 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunudur. Bu yasada çiçek aşısı için zorunluluğu içeren bir düzenleme yapıldığı görülmektedir. Ancak 2016 yılında Anayasa Mahkemesi mevcut mevzuatta aşılamanın zorunlu olmasını sağlayan bir madde olmadığına hükmetmiştir. Mevzuatta mevcut bu karışıklığı ve eksikliğin bir an önce giderilmesi elzemdir. Toplum sağlığını etkileyen bir duruma ait kararın kime ait olduğu önemli bir tartışma konusudur. Aşılar devlet tarafından zorunlu olarak yaptırılıp yaptırılmaması halen cevabını bulmamış sorulardan birisidir.

Yasal düzenlemenin yanı sıra bireysel olarak aşı kararsızlığı yaşayan kişinin özelliklerine ve aşıya yönelik tutumlarına göre uyarlanmış iletişim stratejilerinin daha etkili olabileceği bilinmektedir. İletişim söz konusu olduğunda aşı kararsızlığı olan bireylerin en çok güvendikleri kişi ve kurumların başında sağlık personeli ve sağlık örgütlenmesi gelmektedir. Sağlık çalışanlarının, aşı uygulanacak bireyler ile iyi bir iletişim kurmasının ve güven sağlamasının, aşı konusundaki karasızlıkları gidermede en etkili yollardan biri olduğunu gösterilmiştir. Sağlık hizmet sunanların iletişim becerileri dahil teknik olmayan becerilerinin geliştirilmesi için yararlanabilecekleri eğitimler düzenlenmeli, etkili iletişim stratejileri kullanarak açık, kolay kabul edilebilir bilgiler sağlayarak aşı endişelerini en iyi şekilde giderebilecek şekilde iletişim ve danışmanlık sağlayabilmesi için desteklenmelidir. Olağan durumlar için geliştirilmiş iletişim süreçleri ve stratejileri bu gibi güç durumlar için yetersiz kalabilir. Bu gibi karmaşık durumlarla baş edebilmeye yönelik daha fazla eğitime ve destek sağlanmalıdır.

Ancak hekim ve hemşireler başta olmak üzere sağlık çalışanları arasındaki aşı kararsızlığı özellikle endişe verici bir durumdur. Sağlık çalışanları sadece hastalığa yakalanma ve hastalık bulaştırma riskinde değil, aynı zamanda yukarıda açıklandığı üzere hasta aşılama kararları üzerinde potansiyel olarak güçlü bir etkiye sahiptirler. Bu nedenlerle sağlık personelinin aşılanması önemlidir. Yapılan çalışmalar aşılanmış sağlık çalışanlarının başkalarına aşı önerme olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Bunların yanı sıra bireyin ve toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin artışını destekleyecek müdahaleler ile de sonuç almak mümkündür. Topluma dönük davranış değişikliğini hedefleyen yeni iletişim stratejileri geliştirilerek, medya ve iletişim kanallarına yönelik yürütülecek çalışmalarda güncel bilgi iletişim alanındaki gelişmelerden yararlanılmalıdır. Sosyal medyanın etkin kullanımı sağlanmalıdır

Son olarak kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri, toplum liderleri ve medya da topluma aşının ne olduğu, nasıl üretildiği, ne işe yaradığını ile ilgili "doğru bilgilendirme" çalışmalarında yer almalıdır.

CUMHURİYET TÜRKİYE'SİNDE BAĞIŞIKLAMA

Dr. Öğr. Üyesi Tahsin Gökhan TELATAR
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Cumhuriyetin ilanından önce Osmanlı döneminde aşı ile ilgili çalışmalar yapıldığı ve çiçek, kuduz, difteri, tifo, kolera, dizanteri ve veba gibi hastalıklara karşı aşı üretimleri gerçekleştirildiği bilinmektedir.

Cumhuriyetin ilanından önceki yakın geçmişte savaşların etkili olması nedeniyle çoğu alanda olduğu gibi sağlık alanında da öncelikler ve kaynaklar cephelere verilmiş, bağışıklama hizmetleri gibi halk sağlığı hizmetlerinde aksamalar yaşanmıştır. Cumhuriyetin kurulması ile birlikte verem, sıtma, frengi, trahom, çiçek ve kuduz başta olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla mücadele öncelik kazanmıştır.

Bulaşıcı hastalıklara karşı yürütülen mücadelede bağışıklama faaliyetleri kuşkusuz en büyük öneme sahiptir ve bu faaliyetler 1928 yılında Refik Saydan Hıfzıssıhha Müessesesinin kurulmasıyla organize bir hale gelmiştir. Bir yandan farklı hastalıklara yönelik aşı ihtiyacı giderilirken bir yandan da toplumda bağışıklama faaliyetleri yaygınlaştırılmaya başlanmıştır.

Cumhuriyetin ilanından itibaren bağışıklama hizmetlerinin etkili olarak sunulmasında iki mihenk taşı bulunmaktadır. Birisi 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha kanunudur. Bu kanun ile bulaşıcı hastalıklarla mücadelede uyulması gereken kurallar detaylı bir şekilde tanımlanmış ve zorunlu aşılama gibi uygulamalar hayata geçirilmiştir. Diğer bir önemli aşama ise 1981 yılında hayata geçirilen genişletilmiş bağışıklama programıdır. Bu program ile bağışıklama konusundaki ilerlemeler hız kazanmış ve ölçülebilir hedefler ile program sürdürülmeye başlanmıştır.

Farklı tarihlerde farklı hastalıklara yönelik eksik aşılı çocukları bulmak ve aşılanmış çocuk sıklığını artırmak amacıyla aşı kampanyaları yürütülmüştür. Özellikle 1985 yılında düzenlenen "Türkiye Aşı Kampanyası" ile, Genişletilmiş Bağışıklama Programında tanımlanmış olan (soğuk zincir gibi) bağışıklama hizmetlerinin standartlarının sahaya tanıtılması sağlanmış ve gelecekte yapılacak olan bağışıklama uygulamalarının temeli atılmıştır. UNICEF tarafından 1987 yılında yayınlanan "Dünya Çocuklarının Durumu" başlıklı raporda, gerçekleştirilen Aşı Kampanyasında 26 milyon doz aşı yapıldığı ve bu aşılama faaliyeti ile 2 milyondan fazla enfeksiyonun önlenerek 22 bin çocuk ölümünün önüne geçildiği belirtilmektedir.

Türkiye'de gerçekleştirilen diğer bir kitlesel ve önemli bağışıklama etkinliği 1995 yılında başlatılan Ulusal Aşı Günleridir. Dünya Sağlık Örgütünce 1988 yılında düzenlenen Dünya Sağlık Asamblesinde 2000 yılına kadar polio eradikasyonu hedeflenmiştir. Bu kapsamda istenilen bağışıklama hedeflerine ulaşmak için Ulusal Aşı Günlerinde 0-59 aylık çocukların önceki aşılanma durumlarına bakılmaksızın dört hafta ara ile iki doz oral polio aşısı yapılmaya başlanmıştır.

Bu faaliyetler sırasında sürdürülen hizmetlere toplumun katılımının sağlanmasına öncelik verilmiştir. Örneğin Ulusal Aşı Günleri sırasında "Sosyal Promosyon Komiteleri" kurulmuştur. Bu komitelerin görevi toplumdaki liderleri, ünlü kişileri yardımda bulunabilecek kişi ve kuruluşları ve özel sektörü bağışıklama faaliyetlerine destek vermek konusunda seferber etmektir. İlgili dönemdeki bağışıklama faaliyetlerine en büyük desteği veren derneklerden birisi günümüzde halen faaliyetlerini sürdüren Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı (SSYV) olmuştur (Şekil 1). Ulusal Aşı Günlerine enjektör, araç ve yakıt temini, personel kumanyaları gibi personel dışındaki giderlerin büyük bölümünü karşılayarak destek olan SSYV bunun dışında polivalan antitoksin serumu, kuduz aşısı ve yılan serumu üretimi ve teminine de katkı sağlayarak bağışıklama faaliyetlerine önemli katkılar sunmuştur.



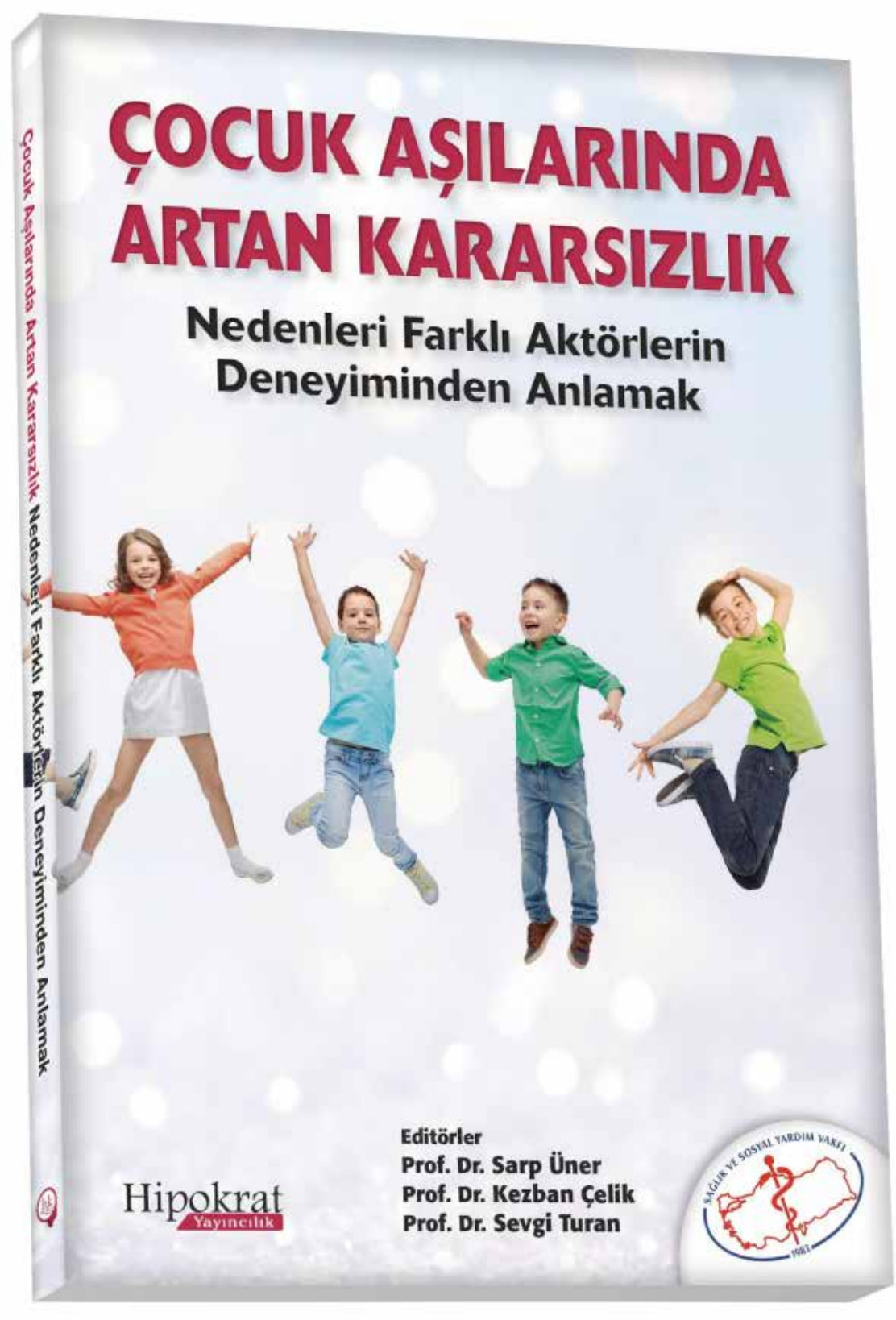
Şekil 1. *1996 yılında düzenlenen Ulusal Aşı Günlerinde Sağlık Bakanlığı binasına asılmış olan Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfının afişi*.*

*Fotoğraf Prof. Dr. Sarp Üner'in kişisel arşivinden temin edilmiştir.

Hıfzıssıhha Enstitüsünce yerli olarak üretilen aşılarla başarılı ve sürekli iyiye giden bir bağışıklama hizmet sunumu mevcut iken 1997 yılında Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün aşı üretme yetkisi kaldırılmış ve günümüzde kullanılan tüm aşılar ithal edilir konuma gelmiştir. Hıfzıssıhha Enstitüsü 2011 yılında tamamen kapatılmıştır. Bu durum aşılama hızlarını olumsuz etkilememekle birlikte bağışıklama çalışmalarının maliyetini artırmış ve dışa bağımlı olunmasına neden olmuştur. Günümüzde tüm dünyayla birlikte baş etmeye çalıştığımız COVID-19 pandemisindeki aşı çalışmaları bu durumu gözler önüne sermektedir. Hastalığa karşı üretilen aşılar sadece ithalat yolu ile edinilebildiğinden, aşı uygulamasının başladığı dönemde yüksek talep nedeniyle etkili ve istenilen aşıların istenilen zamanda temin edilmesinde zorluklar yaşanmıştır. '021 yılı sonu itibarı ile COVIS-19'a yönelik yerli aşı çalışmaları halen sürmektedir ve 2022 yılı içinde yerli aşının kullanıma başlanması beklenmektedir.

Cumhuriyet Türkiye'sinde bağışıklama hizmetlerinde önemli değişimlerden ikisi 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programıdır. Bu politikalar kapsamında Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulama esasları ve standartları belirlenmiş, bağışıklama hizmetlerine ve toplumdaki bağışıklanmış birey oranlarının belirlenen hedeflere çıkartılmasında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu kapsamında bölge temelli olarak yapılanan sağlık ocaklarında görev alanında bulunan tüm bireylerin gerekli aşılarının yapılması ve izlenmesi sağlanmış, hizmetin süreli ve sürdürülebilir hale gelmesinin ilk adımları atılmış olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ise sağlık ocaklarının yerine getirilen aile hekimliği sistemi ile bölge temelli yapıdan kayıt temelli yapıya geçilmiş ve aile hekimlerince kendilerine kayıtlı olan nüfusun bağışıklama hizmetleri sunulmaya başlanmıştır.

Yirmi birinci yüzyılın başında Cumhuriyetin 100. yılına yaklaştığımız bu dönemde Türkiye bağışıklama hizmetlerinde çok önemli bir mesafe kat etmiştir. Savaş dönemlerinde, yokluk zamanlarında dahi büyük bir hayretle sürdürülen bağışıklama çalışmaları sonucunda bulaşıcı hastalıklar ülkemizde büyük ölçüde kontrol altına alınmış, doğumda beklenen yaşam süreleri artarken bebek ölümleri dramatik seviyede azalmıştır. Ancak tüm dünya da olduğu gibi ülkemizde de bağışıklama faaliyetleri konusunda kat edilmesi gereken mesafeler bulunmaktadır. Gelişen teknoloji ve artan imkanların yanında, bağışıklama hizmetlerinde karşılaşılan sorunların içerikleri de değişmektedir. Günümüzde yerli aşıların üretimi, aşı çekimserliği ve aşı reddi ile mücadele gibi farklı sorunlar mevcuttur. Özellikle aşı çekimserliği ve aşı reddi giderek artan bir boyutta ve toplumsal bağışıklık düzeylerini tehdit eder şekilde karşımıza çıkmaktadır. Daha önce bağışıklama hizmetlerine farklı boyutlarda destekler sağlayan SSYV, aşı kararsızlığı konusunda da etkili çözümlerin geliştirilebilmesi için altta yatan nedenlerin araştırılmasına yönelik bir proje geliştirmiş ve elde ettiği verileri ilgililerin bilgisine sunmuştur (Şekil 2).



Şekil 2. *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfınca yürütülen Çocuk Aşılarında Artan Kararsızlık: Nedenleri Farklı Aktörlerin Deneyimlerinden Anlamak isimli projenin sonuç raporu.*

PANEL - COVID-19 PANDEMİSİNDE MEDYA İLETİŞİMİ

DİJİTAL EŞİTSİZLİKLER VE COVID-19

Doç. Dr. Emre GÖKALP
Anadolu Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü

COVID-19'un 11 Mart 2020 tarihinde küresel bir salgın ilan edilmesinden bu yana neredeyse iki yıl geçmiş durumda. Bu süreçte pandeminin hepimizin birlikte içinde olduğu bir "eşitleyici kriz" olduğu konusunda pop ikonu Madonna'dan Birleşmiş Milletler Mülteciler Örgütüne kadar çok geniş bir yelpazede çok şey söylendi, çok şey yazıldı. Madonna, paylaştığı bir Instagram videosu aracılığıyla "*Salgın büyük bir eşitleyici ve onunla ilgili en kötü şey aynı anda onun en iyi yanı. Salgınla ilgili korkunç şey hepimizi birçok açıdan eşit hale getiriyor olması. Salgınla ilgili muhteşem olan şey de bizi birçok açıdan eşit hale getiriyor olması... Hepimiz aynı gemideyiz. Ve gemi batarsa, hep birlikte batarız.*" diyerek koronavirüsün "büyük eşitleyici" olduğunu söyledi. BM Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) ise konuyla ilgili yaptığı resmi açıklamada şöyle diyordu: "*COVID-19 olarak bilinen koronavirüs hastalığı sınır, dil engeli tanımıyor. Mülteciler ve yerinden edilmiş diğer insanlar dahil bu gezegendeki herkesi tehdit ediyor.*" Koronavirüsün "büyük eşitleyici" olduğunu söyleyen, "hepimiz aynı gemideyiz" ve/veya "gemi batarsa hep birlikte batarız" diyen elbette sadece bir pop ikonu ya da uluslararası bir insani yardım kurumunun yüksek komiseri değildi, aksine bu metaforik söylemsel stratejiler küresel düzeyde çok sayıda ülkede pek çok siyasal, ekonomik veya sembolik seçkin tarafından kamusal olarak dillendirildi. COVID-19'un eşitleyici bir virüs olduğu ve yaşanılan bölge/ülke, yaş, sınıf, cinsiyet, din, etnisite vb. kategorilerden bağımsız olarak herkesi/hepimizi eşit düzeyde tehdit ettiği, herkes için aynı derecede tehlikeli olduğu ve küresel koranavirüs salgınının dramatik sosyo-ekonomik sonuçlarından hepimizin (eşit olarak) etkilenileceği dair bu söylemin yaygın medyada sürekli olarak temsil imkanı bularak yeniden üretildiği hepimizin malumu. Gel gelelim, pandeminin eşitleyici bir şey olmadığı gibi hepimizin de aynı gemide olmadığı, aksine yeni boyutlar ekleyerek mevcut eşitsizlikleri oldukça derinleştirdiğinin anlaşılması uzun sürmedi.

Hem küresel düzeyde, hem de ülkeler özelinde yoksullar, azınlıklar ve infodemi tuzağına düşmüş olanlar arasındaki can kaybının orantısız olduğu, kadınların görünmez emeğinin olağanüstü arttığını epeydir biliyoruz. Ayrıca, "*aşılara büyük ölçüde eşit olmayan erişim ve en zengin ülkelerin bir nevi istifçilikleri nedeniyle küresel Güney için oldukça olumsuz sonuçları olan büyük bir küresel eşitsizlik alevlenmesi görüyoruz*" ki bu durum "*COVID-19'un 'eşitleyen/eşitleyici bir kriz' olduğu tespitinin bir 'mit' olduğunu*" ortaya çıkarmış durumda (Georgiou ve Khan, 2021). Özellikle ilk dönemlerinde distopik ya da post apokaliptik kimi filmlerde daha çok görmeye aşina olduğumuz görüntülerle karşı karşıya kaldığımız küresel salgın sürecinde mevcut eşitsizliklerin çarpıcı düzeyde katmerlendiği bugün artık kuşku götürmez bir vakıa. Devam etmekte olan dijital dönüşümün olağanüstü koşullarda ve oldukça hızlanarak gerçekleşmesine neden olan COVID-19 pandemisi, başta sınıfsal ve toplumsal cinsiyete dayalı olmak üzere bir dizi sosyo-ekonomik eşitsizlik biçiminin olduğu gibi, dijital eşitsizliklerin de

daha fazla yankılanmasına neden oldu. Bu nedenle artık dijital eşitsizlikler sorunu ile ilişkilendirmeden veya sorunsallaştırmadan pandeminin sosyolojik etkileri ürerine yapılacak bir analiz oldukça eksik kalmaya mahkum. Zira küresel, bölgesel ve ülkeler özelinde artan asimetrik ilişkilerin ivme kazandırdığı eşitsizlikler, dijital iletişim teknolojilerine erişimde ve bunları kullanma düzeyinde yeniden üretilmektedir. İşte bu çalışmada COVID-19 pandemisinin dijital eşitsizlikler üzerindeki etkilerinin (dijital bölünme/eşitsizlikler literatürüne referansla) genel bir değerlendirilmesi hedeflemektedir. Dolayısıyla öncelikle dijital bölünme/dijital eşitsizlikler tartışmasına kısaca değinilecek, ardından içinde bulunduğumuz pandemi sürecinin dijital eşitsizlikleri küresel düzeyde nasıl derinleştirdiği ele alınacaktır.

Dijital Bölünmeden Dijital Eşitsizliklere

Dijital bölünme ya da dijital uçurum olgusu yeni iletişim teknolojilerinin ve internetin bugünkü kadar yaygınlaşmadığı; Web 2.0'ın, dijital medyanın ve sosyal medya mecralarının henüz ortaya çıkmadığı 2000'li yılların başlarında internete erişenler ve erişemeyenler arasındaki bölünmeye dikkat çeken eleştirel bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. Başlangıçta "İnternete erişimi olanlar ile fırsatları veya ilgileri olmadığı için çevrimdışı kalanlar arasındaki bölünme" (Witte & Mannon, 2010, s. 2) olarak basitçe tanımlanan dijital bölünme olgusuyla ilgili literatürün büyük bölümü, İnternete erişimi olanlar ve olmayanlar arasında oluşan farklılaşmaya ya da uçuruma odaklanarak bugüne dek çok sayıda çalışma yayınlanmıştır.

Dijital bölünme kavramının literatüre ilk kez girdiği 1999 yılından günümüze geride kalan 22 yıl içinde küresel, bölgesel ve tek tek ülkeler düzeyinde internete erişim olanağına sahip olan nüfus kayda değer düzeyde artmış olsa da, 31 Mart 2021 verileriyle dünya nüfusunun %34,4'ü hâlâ internet erimine sahip değildir. Kuzey Amerika ve Avrupa kıtasında, sırasıyla nüfusun %93,9'u ve %88,2'si evlerinden internete erişebilirken, Afrika kıtasında nüfusu sadece %43,2'si ve Asya'da ise nüfusun %63,8'i bu olanağa sahiptir (https://www.internetworldstats.com/stats.htm). Küresel düzeyde dijital mecralara erişime dair kıtalar/bölgeler arasındaki farklılaşmaya işaret eden bu veriler, çevrimiçi dünyaya ekonomik imkansızlıklardan dolayı dahil olamayanlar gibi, ilgi/motivasyon, teknolojik ya da dijital sermaye eksikliği vb. bir çok faktör nedeniyle dijital dünyaya dahil olanlar ile olamayanlar arasındaki dijital uçurumun 2021 yılında da kayda değer bir düzeyde olduğuna işaret etmektedir.

Dünya nüfusunun %65,6'sının internet erişimine sahip olduğu göz önüne alındığında, dünya ortalamasının oldukça üstünde bir erişim oranına sahip olan Türkiye'de ise, 2020 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması verilerine göre hanelerin %90,7'si internet erişim imkanına sahiptir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020). Ne var ki, Türkiye'de internet kullanımında yaş, eğitim, cinsiyet ve meslek grupları farklılıklarını 2020 verileriyle özetleyen aşağıdaki Tablo 1'deki verilerin açık bir şekilde gösterdiği gibi, internet kullanım oranlarında, farklı yaş, cinsiyet, eğitim ve meslek grupları arasında bariz farklılıklar mevcuttur. Öncelikle, yaş ilerledikçe ve eğitim düzeyi azaldıkça internet kullanım oranı da azalmaktadır. 2018 ve 2020 yıllarında ait kadın ve erkek internet kullanımları karşılaştırıldığında ise, 2020'ye gelindiğinde her iki grupta %4

ila %8 arasında bir artış söz konusu olmasına rağmen kadınlar ve erkeklerin erişim oranı arasında yine belirgin bir bölünme vardır. Farklı meslek gruplarından bireylerin internet kullanım oranları incelendiğinde ise profesyonel meslek mensuplarının tamamına yakını (%99,7 oranında) internet erişimine sahipken, nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların %84,2'si; tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanlarının ise sadece %58,2'si net'e erişebilmektedir. Tüm bu veriler ışığında, Türkiye'de de, eğitimle elde edilen kültürel sermaye donanımının ve mesleki/sınıfsal konumunun sağladığı ekonomik sermaye kapasitesinin internet kullanımına ihtiyaç duyma ve çevrim içi dünyaya dahil olmada önemli rol oynadığı görülmektedir. Bu tablo, dijital eşitsizlikleri derinleştiren beceri, yatkınlık ve motivasyon gibi unsurlara dair somut veriler olmaksızın, kullanıma ilişkin yaş, cinsiyet ve meslek kaynaklı eşitsizliklerin hala çarpıcı düzeyde olduğunu göstermektedir (Gökalp ve Sütlüoğlu, 2021: 28-30).

Tablo 1. Türkiye'de internet kullanımında yaş, eğitim, cinsiyet ve meslek grupları farklılıkları, 2020

Yaş Farkları						
Farklı yaş gruplarından bireylerin internet kullanım oranları	Yaş Grupları					
	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74
	%91,8	% 93,5	% 89,1	% 74,8	% 50,9	% 27,1
Eğitim Farkları						
Farklı eğitim durumlarından bireylerin internet kullanım oranları	Eğitim Durumları					
	Okul Bitirmedi	İlkokul	Lise	Yükseköğretim		
	% 22,3	% 64,1	% 89,0	% 98,7		
Cinsiyet Farkları						
Kadın ve erkeklerin internet kullanım oranları	2018		2020			
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın		
	% 80,4	% 65,5	% 84,7	% 73,3		
Meslek Gruplarına Göre Farklılıklar						
Farklı meslek gruplarından bireylerin internet kullanım oranları	Meslek Grupları					
	Profesyonel Meslek Grupları	Hizmet ve Satış Elemanları	Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar	Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları		
	% 99,2	% 81,1	% 56,5	% 29,1		

Dijital bölünmenin tartışıldığı ilk dönemde, yani birinci seviye dijital bölünmede, başta internet olmak yeni iletişim ve enformasyon teknolojilerine fiziksel erişimle sınırlı bir erişimden söz edilmekteydi. Dijital bölünme kavramsallaştırması, dijital becerilerin zayıflığından veya dijital araç ve ortamlardan elde edilen somut kazanımların niteliğinden kaynaklanan eşitsizlikleri açıklamakta yetersiz

kaldığından, İnternet kullanımının giderek yaygınlaştığı ilerleyen dönemde, interneti kimlerin eriştiğine ve kullandığına bakmanın yeterli olmayacağı, dijital dünyaya erişim imkanına sahip olan bireyler arasında farklılaşan çevrimiçi becerilere de bakmanın önemli olduğunu vurgulandı ve Hargittai (2002) tarafından ikinci seviye dijital bölünme adı verildi. Böylece dijital bölünme internete erişenler ve erişemeyenler arasında bir sorun olduğu kadar aynı zamanda dijital dünyaya dahil olabilenlerin hangi hızda, kalitede ve nasıl bir maliyetle eriştiği, ne tür dijital becerilerle ne tür içeriklere eriştiği, medya okuryazarlığına sahip olup olmadığı ve eriştiği içerikleri nasıl kullanabildiği ile ilgili bir sorun haline geldi. Farklı bir ifadeyle, dijital medyaya eşit olarak erişmekle bu araçların sunduğu imkânlardan eşit fayda sağlamanın aynı anlama gelmediğinin anlaşılması, araştırma sorunsallarının erişim uçurumundan kullanım uçurumuna doğru kaymasına neden oldu. İkinci düzey dijital eşitsizlik araştırmalarında ilgi artık "kimler kullanıyor" sorusu üzerinde değil, "nasıl kullanıyor" sorusuna yöneldi (Özsoy, 2020, s. 11). Kvasny (2006, s. 161) İnternet ve bilgisayar kullanımından elde edilen faydalara adil bir erişim olmaması durumunu dijital eşitsizlik olarak nitelendirirken, dijital eşitsizlik kavramı, eşitsizliklerin dijital mecrada kendini nasıl yansıttığını ve çeşitlendirdiğini kavramayı amaçlamaktadır (DiMaggio ve Hargittai, 2001).

van Dijk da (2016, s. 273), yeni medya ile iletişim ve enformasyon teknolojilerine erişimde birbirini takip eden motivasyon, fiziksel/materyal erişim, beceriler ve kullanım şeklinde dört önemli faktörün önemli olduğunu vurgular. Kuramcıya göre, yeni bir teknolojiyi benimseme süreci motivasyon ile başlar. Fiziksel ve materyal erişim arasında da bir ayrımı önemseyen van Dijk'a göre dijital dünyaya erişiyor olmak dijital bölünmeyi nihayete erdirmez. Çünkü materyal erişim sadece bilgisayar ve İnternet erişimini kapsamadığından fiziksel erişimden daha geniş bir kavram olup belirli enformasyon kanallarına erişimi de içermektedir. Kaldı ki, fiziksel ve materyal erişim; bireyin eğitim ve iş statüsü, sahip olduğu gelirle de yakından ilgilidir. Beceri erişimi ise, bilgisayarı basitçe çalıştırmak gibi operasyonel becerilerden enformasyon arama, uygun içeriği seçme gibi enformasyonel becerilere ve internet içeriği üretmek gibi stratejik becerilere kadar geniş bir yelpazede karşımıza çıkar. Kullanım ise tüm bu dijital becerilerden etkilenmektedir. Kuramcı, fiziksel erişimin %90'ları geçtiği ülkelerde dahi, enformasyonel ve stratejik becerilerin düşük olduğuna, üstelik farklı eğitim düzeyleri arasında da oldukça eşitsiz bir dağılım olduğuna dikkat çeker (van Dijk, 2016, s. 277-280).

Nitekim, bugün artık dijital medyaya erişenlerin bu dijital teknolojilere ve dijital mecralara yatkınlıklarına ve onları kullanma becerilerine odaklanarak dijital araç ve ortamları kullanıyor olmanın bireylerin gündelik yaşamında nasıl ve ne düzeyde bir dönüşüm yarattığını ortaya koymayı amaçlayan çalışmalar önem kazanmaktadır. Bu çalışmalarda sorgulanan van Deursen ve Helsper (2015) ifadesiyle artık "üçüncü düzey dijital bölünme"dir. Artık dijital medyada erişilen içerikleri ve edinilen enformasyonu sosyal sermaye ya da ekonomik sermayeye dönüştürebilenler ile dönüştüremeyenler,

bu mecralardan bir statü ya da gelir gibi somut bir getiri elde edenler ve edemeyenler arasındaki eşitsizlik sorgulanmaktadır. Konuyla ilgili literatürde de çoğunlukla "bölünme" sözcüğünden ziyade üçüncü düzey dijital blünme/eşitsizlik ya da eşitsizlik" kavramını vurgulayarak "dijital eşitsizlik(ler)" kullanılmaktadır. Böylelikle, çevrimiçi dünyayı kullanan bireylerin sosyo-ekonomik statülerinin ve kültürel sermaye düzeyleri ile çevrimdışı dünyadaki yaşamlarını nasıl dönüştürdükleri sorusu merkeze alınmaktadır.

Dijital bölünme teriminin artık "modası geçmiş" bir terim olduğunu vurgulayan araştırmacılar ise bunun yerine teknolojik sermaye (Carlson ve Isaacs, 2018) kavramını kazandırmışlardır. Yazarlar bireyin enformasyon ve iletişim teknolojilerinden yararlanma yeteneğinin i. farkındalık, ii. bilgi, iii. erişim ve iv. kullanıcının sosyal topluluğunun teknolojik kapasitesi olmak üzere dört faktörden oluştuğunu belirtir: Bu faktörler hep birlikte bireyin teknolojik sermaye düzeyini oluşturur.

Massimo Ragnedda'nın (2018) dijital sermaye kavramsallaştırması ise, dijital eşitsizliklerin üç düzeyini içine almakta, böylece dijital eşitsizlikleri ve onun bileşenlerini ele alma konusunda temel bir çerçeve oluşturmaktadır. Ragnedda'ya (2018) göre, dijital sermaye; hem "içselleştirilmiş bir yetenek ve yatkınlıklar kümesi"ni (yani dijital yeterlilikleri) hem de "dışsallaştırılmış/ maddileştirilmiş kaynaklar"ı (yani dijital teknolojileri) kapsar. Böylece dijital sermaye, sahip olunan dijital yetkinlikler ile dijital teknolojilerin bir toplamına karşılık gelmiş olur. Örneğin, kullanıcıların çevrimiçi deneyimlerinin niteliği dijital sermaye düzeyleriyle ilişkilidir. Birey internetten edindiği enformasyonu, zamanla daha iyi ve yüksek maaşlı bir iş, daha geniş bir sosyal ağ gibi somut kaynaklara dönüştürülebilir ki bu somut çıktılar, dijital eşitsizliklerin üçüncü düzeyine karşılık gelir.

COVID-19 ve Dijital Eşitsizlikler

Dijital eşitsizlikler sorunu pandemi ile birlikte çok daha önemli bir sorun hâline gelmiştir. Çünkü pandeminin yarattığı olağanüstü koşullar süregelen dijitalleşme sürecine ivme kazandırdığı gibi, toplumsal ve ekonomik yaşamda dijital araç, ortam ve becerilere duyulan ihtiyacı da arttırdı. Sınıf, toplumsal cinsiyet, eğitim düzeyi, etnisite, yaşlılık ve engellilik durumundan kaynaklanarak bireyi toplumsal yaşamda dezavantajlı konum(lar)a iten mevcut eşitsizlik biçimleri pandemi koşulları ile birlikte daha çok belirginleşen yeni medya okuryazarlığı, teknolojik sermaye ve/veya dijital sermaye eksikliğiyle yeni dijital eşitsizliklere dönüştü.

COVID-19 sürecinde evlerinin sıkışmışlığında umut ve moral arayan insanlar, bu arayışlarına çare olarak yeni medya mecralarından maruz kaldıkları (çoğu teyide muhtaç) enformasyonu böylesi bir psikolojik yıpranmışlık içinde doğru biçimde kavrayabilmeleri de oldukça güç olduğundan hakikat-ötesi ortam zemin kazanmayı sürdürmekte ve bunu fırsat bilerek üretilen komplo teorilerinin 'inandırıcılığı'nı arttırmaktadır. Pandeminin küresel düzeyde yarattığı hakikat-ötesi ortamın sonucu olarak infodeminin ortaya çıktığı da aşikardır (Polat, 2021: s. 124-125).

Diğer taraftan, dijital eşitsizliklerin birinci düzeyine ilişkin sorunların gelişmiş ülkelerde Pandemi sürecinde de artarak devam ettiği somut verilerle sabittir. Pew Araştırma Merkezi (Pew Research Center) tarafından 2021 yılı başında yapılan araştırmanın sonuçlarına göre ABD'de beyaz yetişkinlerin %80'inin bilgisayar ve genişbant internet bağlantısına sahip olduğu ancak bu oranların siyah yetişkinlerde sırasıyla %71 ve %69'a, İspanyol asıllı yetişkinlerde ise %67 ve %65'e kadar düştüğü görülmektedir. Araştırmada, beyaz yetişkinlerin %49'u, İspanyol asıllı yetişkinlerin % 53'ü ve siyah yetişkinlerin %63'ü, yüksek hızlı internete sahip ol(a)mamanın, salgın sürecinde hekimlerle iletişim kurma konusunda kendilerini büyük bir dezavantaja soktuğunu söylemektedir (Atske ve Perrin, 2021).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) Covid-19 ile mücadele kapsamında Nisan 2020 itibarıyla uzaktan eğitime geçilirken dünya genelinde öğrencilerin yarısının bilgisayara erişimi olmadığını duyurdu. 191 ülkede okullar kapatılırken UNESCO, 826 milyon öğrencinin evinde bilgisayar bulunmadığına dikkat çekmektedir. Ayrıca 1,5 milyar öğrencinin %43'ünün öğretmenleri ve arkadaşları ile görüşmek ve ders çalışmak için internete erişimi olmadığı da vurgulanmaktadır (Alan, 2020).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından 27 Ağustos 2020'de yayınlanan rapora göre ise dünyada okul çağındaki çocukların en az üçte biri, yani 463 milyon çocuk, pandemi nedeniyle okulların kapanmasının ardından uygulanan uzaktan eğitime hiçbir şekilde erişim sağlayamadı. Dünya genelinde en yoksul hane halkına mensup okul çağındaki çocukların ise %72'si uzaktan eğitime katılamadı (UNICEF, 2020). Türkiye'de de öğrencilerin sadece %63'ünün evinde internet bağlantısı, %66'sının bilgisayar veya tableti bulunduğu; %64'ünün uzaktan eğitimlerini bilgisayar veya tabletlerinden; %32'sinin akıllı telefonlarından sürdürdükleri; %23'ünün ise uzaktan eğitimlere katılamamış olmaları (Karadağ ve Yücel, 2020) pandeminin de ötesinde dijital bölünmenin/eşitsizliklerin ne kadar önemli bir sorun olduğunu teyit eder niteliktedir (Bozkurt, 2020: s. 125)

Dijital Eşitsizlik literatürünün önemli isimlerinden Ragnedda ve Ruiu (2021) ise, bu yıl içinde birlikte kaleme aldıkları makalelerinde, COVID-19 krizi özelinde (ve Birleşik Krallık örneğinde) dijital eşitsizliklerin toplumsal ve sağlık alanındaki eşitsizlikleri arttırdığını vurgularlar. Şüphesiz, savunmasız topluluklar arasında koronavirüsten daha yüksek ölüm sıklığını etkileyen birkaç sosyal faktör var. Batı toplumlarındaki BAME (Black, Asian or minority ethnic background) toplulukları, süre gelen toplumsal eşitsizlikler nedeniyle, genel olarak daha kötü sağlık koşullarından muzdarip olup sosyoekonomik faktörler ve sağlık durumu arasındaki bağlantı iyi bilinmektedir. Gelgelelim, genellikle göz ardı edilen ama bu toplulukların pandemiden en çok nasıl zarar gördüğünü açıklayan bir diğer unsur dijital eşitsizliklerdir. Yazarlara göre, pandemi, diğer pek çok şeyin yanı sıra dijital becerilerin, yüksek hızlı internetin ve güvenilir donanım ve yazılımın yalnızca toplumsal refah için değil, aynı zamanda günlük yaşam için de gerekli olduğunu göstermiştir. Dijital eşitsizlik, yalnızca kaynaklara ve bilgiye eşit olmayan erişimi değil, aynı zamanda fırsatlara ve sağlık hizmetlerine

eşit olmayan erişimi de etkilediği gibi dijital olarak dışlanmak da, COVID-19 ile ilgili dezavantajları yönetme yeteneğini etkiler.

BBC'de geçen yıl yayınlanan, "Koronavirüs günlerinin gün yüzüne çıkardığı eşitsizlik: Dijital uçurum" (2020) başlıklı analizin alt başlığının "Yiyecekle internet arasında tercih" olması çarpıcıdır. Londra'da yaşayan alt sınıflardan kadınlar, çocuklar, mülteciler gibi farklı dezavantajlı toplumsal kesimlerin pandemi sürecinde artarak deneyimledikleri ekonomik ve dijital eşitsizliklere dikkat çekilmektedir. İngiltere'nin önde gelen internet hizmeti sağlayıcıları pandemi sürecinde sabit internet hattı alıcılarının veri kotasını kaldırmayı kabul etmiş olsa da, bunun internete sadece kontörlü hatlardan erişim sağlayabilen yaklaşık 26 milyon insana bir faydası olmadığı vurgulanmakta ve imkanları sınırlı olduğu için karnını doyurmakla internet kotası almak arasında tercih yapmak durumunda kalan Londralıların sözlerine yer verilmektedir. (Koronavirüs günlerinin gün yüzüne çıkardığı eşitsizlik: Dijital uçurum (29 Nisan 2020, BBC News Türkçe)

Ragnedda ve Ruiu (2021) Birleşik Krallık'ta ayrıca 11,7 milyon insanın temel dijital becerilerden yoksun olduğunu, yani Britanya nüfusunun %22'sinin COVID-19 ile ilgili çevrimiçi bilgilere ve güncellemelere erişmekte zorluk yaşadığına işaret etmektedir. Özellikle yaşlılar, etnik azınlıklar ve engelliler, iletişim ve enformasyon teknolojilerine erişim konusunda yeterli kapasiteye ve temel dijital yeterliliğe genellikle sahip değildir. Bu, erişim ve beceri eksikliği, insanların akrabaları veya arkadaşları ile temasını sınırlayarak yalnızlığın, izolasyonun artmasına neden olmaktadır. Dünya nüfusunun üçte birinin tam kapandığı dönemde özellikle, dijital mecralardan da dışlanma aynı zamanda sağlık hizmetleri, e-öğrenme, COVID-19 ile ilgili doğru ve güvenilir bilgiyi edinme ve temel ihtiyaçların sanal marketlerden satın alınması gibi temel çevrimiçi hizmetlerden potansiyel olarak dışlanma anlamına da gelir. Kolektif bir akademik çabayla, COVID-19'a maruz kalma risk profillerini (CERP'ler) geliştirdiklerini belirten akademisyenler, "Diğer her şey bir yana, hayatlarının daha etkili bir şekilde dijitalleştirebilen bireyler, bu yaşam alanlarını dijitalleştiremeyen bireylere göre daha iyi COVID-19 maruz kalma risk profillerinine" sahip olduğunu belirtirler (Ragnedda ve Ruiu, 2021: s. 107).

COVID-19 ile birlikte yeni risk türlerinin ortaya çıktığını ve bu risklerin eşit olmayan bir şekilde dağıldığını açıktır. Toplumsal eşitsizlikler gibi dijital eşitsizlikler de belirli alt grupları pandeminin olumsuz sonuçlarına maruz kalmaya karşı çok daha savunmasız hale getiriyor. Sosyal olarak izole olmuş yaşlı yetişkinlerden dijital olarak dezavantajlı öğrencilere kadar nüfusun bir bölümü daha savunmasız olup orantısız riskler taşıyor. Bu nedenle, aralarında Ragnedda ve Ruiu'nun da bulunduğu 16 akademisyen kolektif bir çalışmayla (Robinson vd., 2020) pandemi ile ilişkili söz konusu riskleri azaltmak için dijital kaynakların nasıl ek araçlara sahip olduğunu incelemek için bu popülasyonların her birinde COVID-19 risk faktörleri ile dijital eşitsizlikler arasındaki kesişimi ortaya koymaya çalışmışlardır. Araştırmacılara göre, yeni belirginleşen sosyal farklılaşma biçimleri, birbiriyle ilişkili birkaç boyut ile kavranabilir. Genel olarak bu riskler, bireylerin patojene maruz kalma riskini kontrol

etme kapasitesi ile ilgilidir. Maruz kalma riskini tam olarak yönetmek için bireyler, potansiyel olarak tehlikeli fiziksel alanlarla teması önlemek için fiziksel çevrelerini mümkün olan en geniş ölçüde kontrol etmelidir. Her şey bir yana, fiziksel ve sosyal etkileşim ortamları üzerindeki kontrollerine dayanarak, maruz kalma riskleri üzerinde daha fazla kontrol sahibi olan bireylerin, maruz kalma riskini yönetemeyen bireylerden daha sağlıklı kalma şansları vardır. Bu nedenle bireyler, COVID-19'a maruz kalma risk profili (CERP'ler) olarak adlandırdıkları şey açısından farklılık gösterir. Daha fazla ekonomik kaynağa sahip bireyler kendilerini COVID 19'a maruz kalma riskinden daha iyi izole edebildiği aşikar olduğu gibi sosyo-ekonomik statünün yanı sıra, COVID-19'a maruz kalma risk profili bağlantılı temel sosyal farklılaşma biçimlerinden biri de dijital (dez)avantajdır. Diğer tüm durumlar sabitken, hayatlarının önemli kısımlarını daha etkili bir şekilde dijitalleştirebilen bireyler, bu yaşam alanlarını dijitalleştiremeyen bireylere göre COVID-19'a maruz kalma riskinden daha iyi yararlanır. Bu nedenle, dijital eşitsizliklerin giderek artan bir şekilde hem COVID-19'a bağlı ölümlerle hem de pandeminin yarattığı risk ve tehlikelere maruz kalma durumuyla ilişkili olduğu görülmektedir (Robinson.,vd. 2020).

Özellikle 2000'li yıllardan itibaren yapılan akademik araştırmalar, dijital eşitsizliklerin yalnızca dijital araçlara erişmekle ilgili bir sorun olmadığını; aksine dijital beceriler ve etkili kullanma düzeyi ile çevrimdışı kazanımları da kapsayan çok boyutlu bir sorun olduğunu vurgulaya geldi. Ancak pandeminin süregelen tezahürleri ve sonuçları farklı toplumsal kesimlerin maruz kaldığı sorunları hem çoğalttı hem de gün yüzüne çıkardı..

Covid-19 Sürecinde Yaşlıların Medya Repertuarı ve Enformasyon Gereksinimi başlıklı araştırmalarında, Binark ve arkadaşları (2021), evden internet erişimine sahip olmalarına rağmen yaşlıların internet kullanmamalarını, van Dijk'in dikkat çektiği motivasyon eksikliği ile açıklanabileceğini ifade ederler. Ayrıca enformasyon teknolojileriyle ilişkide sınıf aidiyetinin de belirleyici olduğunu belirtirler. Kaldı ki, gençler-yaşlılar veya kadınlar-erkekler arasındaki motivasyon ve kullanım farklılıklarını sadece yaşa ve cinsiyete indirgemeden; gelir, eğitim ve toplumsal cinsiyet kesişiminde oluşan sınıf konumlarını motivasyon ve kullanım farklılıkları yaratan unsurlar olarak dikkate almak üçüncü düzey dijital eşitsizlik araştırmalarının odak noktasıdır.

Dijital Kültür, Dijital Eşitsizlikler ve Yaşlanma (2020) başlıklı kolektif çalışma da, pandemi sürecinde, 65 yaş üstü yaşlı insanların, çevrimiçi hizmetlere erişimi konusundaki yoksunluklarına dikkat çekilmektedir. Çevrimiçi alışveriş, çevrimiçi bankacılık ve e-devlet uygulamalarını kullanamama durumundan sosyal medya mecralarında doğru ve güvenilir bilgiyi bulma, teyit etme konusunda yaşanan yoksunluğun çok çarpıcı olduğunu gösteren bu çalışma hem yoğun enformasyon yüklenmesi hem de aynı zamanda enformasyon sisinin yaşandığı COVID-19 pandemisi sürecinin, dünyanın yaşlı nüfusunu aynı zamanda dijital eşitsizliğin d bir öznesi haline dönüştürdüğüne dikkat çekmektedir (Arun ve Binark, 2020, s. ix).

Sonuç

Sınıf, toplumsal cinsiyet, yaş, etnisite vb. değişkenlerden kaynaklanan toplumsal eşitsizliklerle ilişkili karmaşık bir kavram olan dijital eşitsizliklerin mevcut geleneksel eşitsizlikleri yeniden üreten ve onlardan beslenen çok boyutlu bir olgu olduğu açıktır. En alt sınıflar, bazı etnik azınlıklar, yaşlılar ve göçmenler başta olmak üzere kimi toplumsal kesimlerin küresel düzeyde "istem dışı veya istemli olarak katılımdan oldukça dışlanmış ve bilgisayar ve İnternet'e hiç erişim olmadan yaşayan kısmının gelişmiş ülkelerde bile nüfusun %20 ile % 30'unu oluşturdukları" (van Dijk, 2016, s. 285-286) ve günümüzde dijital eşitsizliklerin farklı düzeylerinin mağduru oldukları vakıadır. Toplumsal ve dijital eşitsizlikler nedeniyle söz konusu toplum kesimlerin ayrıcalıklı emsallerine kıyasla COVID-19'a maruz kalmaya karşı savunmasız olduğu da açıktır. Bu nedenle, sosyal ve dijital eşitsizlikleri aynı sorunun bir parçası olarak düşünmek ve sosyal ve dijital eşitliği yaşama geçirme yönündeki girişimleri teşvik etmek gereklidir (Ragnedda ve Ruiu, 2021: 108). Şüphesiz dijital eşitsizlikler sorunu ne pandemiyle doğmuştur ne de mevcut toplumsal eşitsizliklerden bağımsız bir biçimde varlığını sürdürmektedir. Çalışma hayatından eğitime kadar birçok alanda meydana gelen teknolojik dönüşümlerin ve dijitalleşmenin kalıcı olacağı düşünüldüğünde yoksullar, kadınlar, engelliler gibi dezavantajlı grupların maruz kaldığı bu eşitsizlikleri ortadan kaldıracak sosyal politikaların hayata geçirilmesi oldukça önemlidir. Dijital araçlara erişimin önündeki engelleri kaldırmaya yönelik politikaların yanı sıra, dijital becerileri güçlendirecek yeni medya okuryazarlığı kampanyalarının genişletilmesi de gerekmektedir. Yeni iletişim ve enformasyon teknolojilerinin bilgi ve enformasyonun demokratikleşmesinde önemli bir rol oynayabilmesi ve genel olarak eşitlikçi bir demokrasi idealine katkıda bulunabilmesi ancak söz konusu dijital eşitsizlikleri minimize etmeyi hedefleyen kamu politikalarının yaşama geçirilmesiyle mümkün olacaktır. Aksi takdirde, süregelen toplumsal/sınıfsal eşitsizlikler karmaşık formlarda dijital eşitsizlikler olarak da yankılanmaya devam edecek ve toplumsal tabakalaşma dijital mecralarda ve dijital düzeyde yeniden üretilmeye devam edecektir (Gökalp ve Sütlüoğlu, 2021).

Kaynakça

1. Alan, G. (2020) UNESCO: 826 milyon öğrencinin evinde bilgisayar yok, 21 Nisan 2021, Euronews, 28 Ekim 2021 tarihinde https://tr.euronews.com/2020/04/21/unesco-826-milyon-ogrencini adresinden erişildi.

2. Arun, Ö., ve Binark, M. (2020). Türkiye'de dijital eşitsizliğin toplumsal kökenleri. M. Fiğan & Y. Dede Özdemir (Editörler), Dijital kültür, dijital eşitsizlikler ve yaşlanma içinde (s. 115-138). Alternatif Bilişim Derneği Yayınları. 30 Temmuz 2021 tarihinde https://ekitap.alternatifbilisim.org/pdf/dijital_kultur_dijital_esitsizlikler_ve_yaslanma.pdf adresinden erişildi.

3. Atske, S. & Perrin, A. (2021, 16 Temmuz). Home broadband adoption, computer ownership vary by race, ethnicity in the U.S. Pew Research Center. 9 Ağustos 2021 tarihinde https://www.pewresearch.org/fact-tank/2021/07/16/home-broadband-adoption-computer-ownership-vary-by-race-ethnicity-in-the-u-s/ adresinden erişildi.

4. Binark, M., Arun, Ö., Özsoy, D., Kandemir, B., & Şahinkaya, G., (2021). Covid-19 sürecinde yaşlıların medya repertuvarı ve enformasyon gereksinimi. Strata, 6, 147-165.

5. Bozkurt, A. (2020) Koronavirüs (Covid-19) pandemic süreci ve pandemic sonrası dünyada eğitime yönelik değerlendirmeler: Yeni normal ve yeni eğitim paradigması, AUAd Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırma Dergisi, Cilt 6, Sayı:3, s. 112-142.

6. Carlson, A. & A. M. Isaacs (2018). Technological capital: An alternative to the digital divide. Journal of Applied Communication Research, 46(2), 243-265.

7. Georgiou, M. ve R. Khan (2021) A Communication Crisis? Media representations of COVID-19 inequalities, https://blogs.lse.ac.uk/medialse/2021/03/25/a-communication-crisis-media-representations-of-covid-19-inequalities/

8. Gökalp, E. ve T. Sütlüoğlu (2021) Dijital eşitsizliğin yeni yüzleri: COVID-19 Pandemisinin Düşündürdükleri, Dijital Sosyoloji Çalışmaları (Der. A. Zinderen) Ankara: Nobel Yayınevi, s. 19-46.

9. Hargittai, E. (2002). Second-level digital divide: differences in people's online skills. First Monday, 7(4). https://journals.uic.edu/ojs/index.php/fm/article/view/942/864

10. Koronavirüs günlerinin gün yüzüne çıkardığı eşitsizlik: Dijital uçurum, (2020, 29 Nisan) BBC News Türkçe. 1 Kasım 2021 tarihinde https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52464019 adresinden erişildi).

11. Kvasny, L. (2006) Cultural (Re)production of digital inequality in a US community technology initiative. Information, Communication & Society, 9(2), 160-181. https://doi.org/10.1080/13691180600630740

12. Özsoy, D. (2020). Dijital bölünme düzeylerine dair literatür analizi. M. Fiğan & Y. Dede Özdemir (Editörler). Dijital kültür, dijital eşitsizlikler ve yaşlanma içinde (s. 11-24).

13. Polat, İ. H. (2021) COVID-19 Salgını Sürecinde Yeni Medya ve Kamusal İletişim, Pandemi, Neoliberalizm, Medya (Der. Y. G. İnceoğlu ve S. Çoban) İstanbul: Ayrıntı Yayınevi, s. 121-129

14. Ragnedda, M. (2018). Conceptualizing digital capital. Telematics and Informatics, 35(8), 2366-2375. doi: 10.1016/j.tele.2018.10.006

15. Ragnedda, M. ve M. Laura Ruiu (2021) COVID-19 in the UK: The Exacerbation of Inequality and a Digitally-Based Response, COVID-19 From the Margins. Pandemic Invisibilities, Policies and Resistance in the Datafied Society (Ed. By S. Milan, E. Trere and S. Masiero) içinde, s. 106-109

16. Robinson, L.,vd. (2020). Digital inequalities in time of pandemic: COVID-19 exposure risk profiles and new forms of vulnerability. First Monday, 25(7). https://doi.org/10.5210/fm.v25i7.10845

17. Türkiye İstatistik Kurumu (2020). Hanehalkı bilişim teknolojileri (bt) kullanım araştırması. 4 Ağustos 2021 tarihinde http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 adresinden erişildi.

18. Tokyay, M. (2020) Uzaktan eğitim dijital uçurumu derinleştiriyor mu? İnterneti olmayan öğrenci nasıl eğitim alacak?, 25 Kasım 2021 tarihinde https://tr.euronews.com/2020/04/17/uzaktan-egitim-dijital-ucurumu-derinlestiriyor-mu-interneti-olmayan-ogrenci-nas-l-egitim-a adresinden erişildi.

19. UNICEF, (2020, 27 Ağustos) UNICEF tarafından yayınlanan yeni rapora göre, dünyadaki çocukların en az üçte biri, Koronavirüs salgını nedeniyle okulların kapanmasının ardından uygulanan uzaktan eğitime erişim sağlayamıyor. 30 Kasım 2021 tarihinde

20. https://www.unicef.org/turkey/basın-bültenleri/unicef-tarafından-yayınlanan-yeni-rapora-göre-dünyadaki-çocukların-en-az-üçte-biri adresinden erişildi.

21. van Deursen, A. & J., Helsper, E. J. (2015). Third-level digital divide: Who benefits most from being online?. Communication and Information Technologies Annual: Digital Distinctions and Inequalities Studies in Media and Communications, 10, 29-53. doi: 10.1108/S2050-206020150000010002

22. Van Dijk, J. (2016). Ağ toplumu. Kafka Kitap.

23. Witte, J. & Mannon, S. (2010). The internet and social inequalities. Routlege.

PANEL - COVID-19 PANDEMİSİNDE MEDYA İLETİŞİMİ

HALK SAĞLIĞI İLETİŞİMİ VE COVID-19

Prof. Dr. Pınar OKYAY
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Covid-19 pandemisi, zamanında yapılan etkili bir halk sağlığı iletişimin toplumun sağlığını korumak ve geliştirmede ne kadar önemli bir strateji olduğunu göstermiştir. Halk sağlığı iletişimi, halkın sağlığını geliştirmek için hedef kitlelere doğru, erişilebilir ve anlaşılır sağlık bilgilerinin stratejik olarak yaygınlaştırılması ve geri dönüşlerin eleştirel olarak değerlendirilmesidir. Temel ilkeleri halk sağlığı ilkelerine bağlı olmakla birlikte, birçok disiplini aynı anda ilgilendirir ve doğası gereği disiplinler arasıdır; birlikte çalışmayı gerektirir. Bu disiplinler içinde kitle iletişimi, sağlık eğitimi, sosyal pazarlama, gazetecilik, halkla ilişkiler, psikoloji, bilişim ve epidemiyoloji bilimleri ön planda yer almaktadır. Halk sağlığı iletişimi, çok düzeyli iletişim stratejilerini ve müdahalelerini teşvik eder. İyi planlanmış iletişim etkinlikleri ile çok sayıda insana aynı anda ulaşmak mümkün olabildiği gibi, bazı topluluklar için özel dikim terzi mantığıyla çözümleri de göz ardı etmez. Bu şekilde gerçekleştirilen müdahaleler toplumun sağlığına önemli katkılar yapma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle önümüzdeki günlerde halk sağlığı iletişimi disiplin olarak büyümeye devam edecektir. Halk sağlığı iletişimi olağanüstü durumlarda daha da önem kazanmış olsa da, sadece bu kriz zamanlarında önemli değildir. Halk sağlığı iletişimi toplumların sağlığını iyileştirmek ve gelecekteki sağlık felaketlerini önlemek için sürekli çalışılması gereken önemli bir unsurdur.Halk sağlığı uzmanları olarak halk sağlığı iletişiminin hastalıkları önleme, sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesini ele alan halk sağlığı programları için hayati önem taşıdığını biliyoruz; bu alanda daha çok çalışmamız, disiplinler arası yapısında yerimizi almamız gerekmektedir.

COVID-19 PANDEMİSİNDE MEDYA İLETİŞİMİ - TIBBİ İLETİŞİM

Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Tıp ileri derecede uzmanlık gerektiren bir bilimdir. Diğer taraftan toplumda hemen her bireyi doğrudan ilgilendirir. Hekimler ile toplumdaki herhangi bir kişi arasında tıbbi bilgi bakımından büyük bir bilgi asimetrisi söz konusudur. Hekimlerin halka yönelik tıbbi konulardaki açıklamaları sırasında bu uçurumu aşacak köprüler kurmaları gerekmektedir. Bu kolay bir iş değildir. Bilimde yanlışlanabilirlik esastır ve bilim insanları bilimsel bilginin sürekli değiştiğinin farkındadır. Oysa halk değişmez ve kesin bilginin peşindedir. Bilim insanının söyledikleri "*şimdilik doğrudur*". Yarın farklı araştırma sonuçlarıyla bu doğrular yanlışlanabilir veya değişebilir. Bilim insanı kanaatlerini, öngörülerini, inançlarını, umutlarını, korkularını değil; kanıta dayalı olan verileri paylaşır. Bu durum onu kısıtlar ve her soruya cevap vermesini veya kesin konuşmasını engelller. Oysa "sosyal medya vaizleri" ve her konuda konuşan medya yorumcuları bu konuda çok rahttırlar. "*Aşı yaptıran gebeler maymunlaşmış çocuklar doğuracak*" gibi 9 ay sonra yanlışlanacak bir cümleyi kesin olarak söyleyebilirler. Özellikle medya "manşet" peşindedir. Yani sözleriniz bağlamından soyutlanarak çarpıcı manşetlere taşınır. Medyada tıpla ilgili konuşmak bu nedenle çok riskli ve sürprizlere gebedir. Bu nedenle hekimlerin halka mesaj verirken çok daha dikkatli olmaları ve "durup bir daha düşünmeleri" gerekmektedir. Mesajın anlaşılabilir, net, kısa olması istenir. İfadelerin yanlış anlaşılmalara, kötü niyetli yorumlara izin vermeyecek şekilde seçilmesi gerekir. Uzmanı olmadığınız konularda konuşmamak ve kanıta dayalı olmayan yorumlarda bulunmamak en güvenlisidir. En büyük tuzaklardan biri de söylemlerinizin politize edilmesidir. Söylediklerinizin içeriği dışında, söyleme biçiminiz de mesajınızın etkisini farklılaştırabilir. "Doğruları söylemek" değil; "doğruları, doğru zamanda, doğru yerde ve doğru biçimde ifade etmek" gerekmektedir. Halka dönük konuşan hekimlerin, sadece kendi uzmanlık alanlarında değil; sosyoloji, sosyal psikoloji, iletişim alanlarında da bilgi sahibi olmalarında büyük yarar vardır. Bilim insanı bilimsel doğruları söylerken, bunların toplumda oluşturacağı algıyı, panik, kaygı, korku, yılgınlık gibi etkileri de hesaba katmasında yarar vardır. Doğruları doğru biçimde dile getirme, bu bakımdan bir sanat gibi görünmektedir.

EBEVEYN İLE ŞİDDETSİZ İLETİŞİM

Uzm. Psk. Dan. Melek ALTUN DİNÇ
Uzman Psikolog

İletişim hayatımızın her alanında varolan ve sağlıklı olmadığı taktirde sadece iş kalitemizi değil bütünüyle yaşam kalitemizi etkileyen şey.

Şiddetsiz iletişim ise içimizdeki doğal şefkat duygusunun ortaya çıkmasını sağlayacak şekilde kendimizle ve diğer insanlarla bağlantı kurmamıza yardımcı olur. Bilincimizi dört alana odaklamamızı sağlar. Böylece kendimizi ifade etme ve başkalarını dinleme biçimimizi yeniden şekillendirmemizde bize rehberlik eder. Bu dört alan:

- Ne gözlemliyoruz,
- ne hissediyoruz ,
- neye ihtiyaç duyuyoruz
- hayatımızı zenginleştirmek için ne istiyoruz.

Sağlık hizmeti bütünsel bir yaklaşımla ele alındığında Şiddetsiz iletişim becerileri iyileşmeyi olumlu yönde etkiler. Çünkü 'tüm varlığımızla ve içtenlikle dinlemeyi' 'saygı ve empatiyi' besleyen, 'gönülden vermeyi' karşılıklı bir istek haline getiren şiddetsiz iletişim becerileri iyileşme sürecinde değer katar..

ÇOCUK HASTA İLE İLETİŞİMDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Prof. Dr. Meryem UZAMIŞ TEKÇİÇEK
Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı

«Çocuğun en önemli ruhsal gıdası iletişimdir.»

D. Cücenoğlu

Diş hekimliğinde klinik işlemlerde ve ağız diş sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hasta ile iletişim kurmak zorunludur. Diş hekimliğinde uygulanan davranışsal yönetimi ve rehberliği "diş sağlığı ekibinin bir çocuğun tedavisini etkili ve verimli bir şekilde gerçekleştirmesi ve olumlu alışkanlıkların aşılanması" olarak tanımlamıştır. Ayrıca, davranış rehberliği, Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi'nin (AAPD) klinik bir ortamda güvenli ve etkili diş eğitimi ve tedavisi elde etmeye çalışırken bir çocuk, çocuğun ailesi ve bir sağlık uzmanı arasındaki etkileşimi tanımlayan terimdir. Çocuk diş hekimliğinde davranış yönlendirme ve rehberlik sayesinde; hastadaki korku ve kaygı azaltılır, hastada kalıcı davranış değişimi sağlanır, pozitif geri bildirim alınır, hastaya ağız sağlığının önemini anlamasına yardımcı olunur, kaliteli diş hekimliği hizmetinin verilmesi sağlanır. Temel ve gelişmiş davranış yönlendirme teknikleri uygulanmaktadır. Davranış yönetimi yöntemleri iletişim ve eğitimle ilgilidir. Çocuk, çocuğun ailesi ve diş ekibi arasındaki ilişki, başarının anahtarı olan dinamik bir süreçtir. Davranış yönetimi, hasta kliniğe gelmeden önce başlar ve diyalog, ses tonu, yüz ifadesi ve dokunuş kullanır. Her durumda tek bir yöntem uygulanmayacaktır. Bunun yerine, bireysel çocuğun gereksinimlerine göre uygun yönetim tekniği/teknikleri seçilmelidir. Çocuklarla iletişim ve davranışların yönlendirilmesinde çocuğun iyi tanınması ve anlanması çok önemlidir.

Randevu süresi, yalnızca diş hekiminin rahatlığı ve ailenin isteği için hastanın tolerans düzeyinin ötesine uzatılmamalıdır.

Erken koruyucu uygulamalar ve yaklaşım çocukta ciddi ağız sağlığı problemlerinin olmasını engeller. Bu sayede az tedavi ve az olumsuz tecrübeler oluşur.

ÇOCUK HASTA İLE İLETİŞİMDE YARATICI YAKLAŞIM ÖNERİLERİ

Prof. Dr. Belma TUĞRUL
İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Bölümü

Çocuklar bir şey bilmeden ama, bilmeye, anlamaya, keşfetmeye yönelik bir donanımla dünyaya gelirler. Çocuklar doğdukları ilk günden itibaren kendilerini ve içinde yaşadıkları dünyayı fark etmeye başlarlar. Yeni olan her şey çocuğun ilgisini çeker. Çocuklar ilgilerine yönelirler ve aralarında bir etkileşim başlar. Etkileşim öğrenmenin zeminini oluşturur.

Çocuklar düşünebilen, her türlü duyguyu hissedebilen, merakla çevresine ilgi gösteren, hareket etmeden duramayan, dinamik bireylerdir. Sanıldığı gibi çocuklar doğduklarında bomboş bir kağıt ya da hamur misali şekil verilmeyi bekleyen pasif, edilgen bireyler değildir. Çocuklar anlaşılmayı, keşfedilmeyi bekleyen müthiş bir kapasiteye sahip olarak doğarlar. Yani çocuklar sonsuz olasılıklarla dolu bir dünyayı keşfetmeye gelen çok güçlü canlardır. Çocuğun doğuştan getirdiği doğal yatkınlıklarının farkında olmak ve onlara kendilerini güvenle ifade edebileceği ortamlar içinde büyüme ve gelişme şansı bulmaları için eşlik etmek biz yetişkinlerin sorumluluğudur.

Çocuklar büyüme, gelişme ve öğrenme süreçlerinde çok dikkatli gözlemcilerdir. Bir bilim insanı merakı, şüphesi, keşfetme ilgisiyle kendilerini ve dünyayı anlamaya çalışken, biz yetişkinlerden farklı olarak, kendi duygu ve zihin dünyalarıyla paralel olarak tepkiler verirler. Biz yetişkinler onlar gibi düşünebiliriz ama onlar bizim gibi düşünemez, daha doğrusu henüz düşünemezler. Biz yetişkinler çocukların yanlış düşündüğünü sanırız oysaki çocuklar yanlış değil, bizden farklı düşünürler. Yani yetişkinler dünyasında bunda ne var, buna ağlanmaz ki, korkulacak ne var denilen sıradan görülen bir durum, bir çocuk için başına gelmiş en büyük sıkıntı ve en sıra dışı şey olabilir. Çocuk ve yetişkin dünyası karşı taraf değildir birbirleri için. Çocuklar ve yetişkin dünyası birbirinin öğrenme koçu, hayal ortağı, dert ortağı, oyun ortağı olmak durumundadır.

Çocuklar dünyayı keşfetmeye, anlamaya çalışırken, kendi duygu, düşünce ve davranışlarının anlaşılmasını da beklerler. Çocuklar için yargılanmadan, ön yargısız, koşulsuz kabul görme, kendilerini güvende hissetmelerine neden olur. Çocuklar kendilerini güçlü ve gelişmeye açık yönleriyle olduğu gibi kabul eden yetişkin tutumları neticesinde, çevrelerine karşı da güven duygularını geliştirebilirler. Yani güvenilen çocuk güvenmeyi, sevilen çocuk sevmeyi öğrenir. Korkutulan, tehdit edilen, baskı altında bırakılan, sorumluluk verilmeyen, sıfır hata mükemmelliği ile yetiştirilen çocuklar da tıpkı bir ayna misali , ne ile besleniyorsa öyle serpilir, boy verir ya da veremez. Örneğin hiçbir çocuk doktor, polis öğretmen korkusu ile doğmaz ama süreç içinde, ağlarsan doktor amca sana iğne yapar, yaramazlık yaparsan polis amca seni evden alıp uzaklara götürür, bizi göremezsin, dersini yapmazsan

öğretmen seni bebek grubuna yollar gibi nice korkutma ve tehdit söylemleriyle büyüyen çocukların tanımadıkları sağlık personeline sempatik duygularla yaklaşması mucize olur. Bu şu demektir. Çocuklar kendi hallerine bırakılsa dünyanın olağan haline uyum sağlamaya çabalayacaklar ve er ya da geç düşe kalka dayanıklılıklarını arttırmış olarak kendi var oluşlarını gerçekleştirmiş olacaklardır. Bu nedenle çocukların gözlenen davranışlarının bir öyküsü olduğunu bilerek, o öyküyü ve öykü kahramanlarını güçlendirmekte yarar olacaktır.

Son olarak, bir çocuğa her koşulda ulaşabilmenin çok etkili ve kesin iyi niyetli çözüm yolu, oyundur. Oyun tüm engelleri ortadan kaldırmanın en makul yoludur. Çocuğun gözünden dünyaya bakmak, onun hayatında çok önemli yer tutan oyun hayatının ciddiye alınması ve çocukla oyun dilinde bir etkileşim kurulması ile mümkün olabilir. Bu nedenle tüm yetişkinleri, çocukluk yaşlarındaki oyuncu özgeçmişlerini su yüzüne çıkarmaya davet etmek isterim.

HEKİMİN PERSPEKTİFİNDEN EBEVEYN İLE İLETİŞİM ENGELLERİ

Prof. Dr. Sevi Burçak ÇEHRELİ
Lefke Avrupa Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı

Çocuk Dişhekimliği çoğu zaman çocukların bilişsel ve duygusal gelişim seviyeleri ile kabul edebilecekleri tedavilerin çok üstündeki tedavileri farmakolojik destekler olmaksızın tamamlamaya çalışan; bunu yaparken sadece çocuk hastayı değil velileri de tatmin etmesi beklenen bir uzmanlık alanı haline gelmiştir. Doğal olarak, bu süreçte çocukla iletişim kadar veliler ile iletişim de önemlidir. Diğer yandan, velilerin diş tedavileri ile ilgili kendi kaygıları, ağız sağlığına ilişkin genel bakış açıları, ağız sağlığına ilişkin bilgi eksiklikleri, toplumsal normlar, estetik kaygılar, sosyokültürel durum ve hatta sosyal medya gibi pek çok faktör tedavi planlama ve yürütme sürecinde dişhekimi-veli iletişimini olumlu ya da olumsuz biçimde etkilemektedir. Bu kısa konuşmanın amacı, diş hekiminin perspektifinden klinik rutini çok fazla etkileyen bir konu olan "veli-diş hekimi iletişimine ne gibi faktörlerin engellediğinden" söz etmektir.

Barriers to Communication with Parents:The Physician's Perspective

Pediatric Dentistry often tries to complete the treatments beyond the cognitive and emotional development levels of children without pharmacological support; while doing this, it has become an area of expertise that is expected to satisfy not only the pediatric patient but also the parents. Naturally, communication with parents is as important as communication with the child in this process. On the other hand, many factors such as parents' own concerns about dental treatments, general perspectives on oral health, lack of knowledge about oral health, social norms, aesthetic concerns, socio-cultural status and even social media affect dentist-parent communication in the treatment planning and treatment process. The purpose of this short lecture is to mention about "The factors that hinder parent-dentist communication from the perspective of the dentist", which is an issue that greatly affects clinical routine.

PANEL - ÇOCUK İSTİSMARI VE İLETİŞİM

ÇOCUK VE HUKUK AÇISINDAN İLETİŞİM

Av. Seda AKÇO
Hümanist Büro

Çocuk istismarı ve iletişim başlığı altında iletişimin iki yönünü ele almak gerekir. İlki "kişiler arasında, duygu, düşünce, bilgi, haber alışverişi, duygu, düşünce, bilgi ve haberlerin, akla gelebilecek her türlü biçim ve yolla kişiden kişiye karşılıklı olarak aktarılması" tanımına uygun olarak çocuğun kendisini ilgilendiren konularda görüşlerini serbestçe ifade etme olanağına sahip olmasıdır. Bu çocuğun katılım hakkı kapsamında ele alınması gereken bir konudur. İkincisi ise bu olanağın çocuğu istismar edici biçimde kullanılmasından çocuğun korunmasına ilişkin yapılması gerekenleri kapsar. Bu da korunma hakkına ilişkindir.

Konunun ikinci kısmı da kendi içerisinde ikiye ayrılmalıdır. İletişiminin çocuğu istismar etmesinin engellenmesi (duygusal istismar) ve istismar mağduru bir çocukla çalışırken ikincil travmaya neden olunmaması. Bütün bunlar bizi netice olarak da birinci kısımdaki hakkın korunması için sağlanması gereken temel güvencelere götürür. Dolayısıyla aslında çocuğun katılım hakkını kullanabilmesi için, istismara sebep olacak faktörlerin ortadan kaldırıldığı güvenli bir çevre oluşturmak gerekir. Bu nedenle çocuk hakları bir bütündür ve birbirinden ayrılamaz. Biri diğerinin varlık sebebini oluşturur.

Bu konuşmada bu temel bakış açısına dayalı olarak Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin 12.maddesi ve bunun özellikle adli sistem içerisindeki uygulamaları ile Çocuk Haklarının Kullanılmasına Dair Avrupa Sözleşmesi'nin sunduğu olanaklar ele alınacaktır.

ÇOCUK İSTİSMARININ FARKINA VARMAK

Doç. Dr. S. Çilem BİLGİNER
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Trabzon Çocuk İzlem Merkezi Müdürü

Çocuk istismarı, tüm dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunu iken bilinen/görünen istismar olgularının boyutu ''buzdağı fenonemi'' olarak kabul edilir. Türkiye'de sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının, meslek hayatlarında en az bir kez çocuk istismarı vakası ile karşılaştığı bildirilir (1). Çocuk istismarı, görece sık karşılaşılan ve ölümcül sonuçları olabilen bir olgu olmasına karşın Türkiye'de ve dünyada sağlık çalışanları tarafından yapılan bildirimlere dair veriler sınırlıdır. Araştırmalarda, sağlık çalışanlarının yaptığı çocuk istismarı bildirimlerinin öğretmenler ve sosyal çalışmacılara göre daha düşük olduğu vurgulanır (2). Türkiye'de çocuk koruma birimlerine yansıyan istismar vakaları ve bu vakaların nasıl ya da kimler tarafından saptandığına ilişkin resmi rakamlar yoktur. Diğer yandan, ülkedeki sağlık çalışanlarının %90'ından fazlası çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşırsa bildirimde bulunacağını belirtse de bu tür vakalar ile karşılaşanların yalnızca %26.5'inin bildirimde bulunduğu gösterilmiştir (1). Başka bir araştırmada hekimlerin %15'inin şüpheli durum ya da olgu ile karşılaşmaları halinde bildirimde bulunmayı düşünmedikleri gösterilmiştir (3). Çalışanları istismar bildiriminden kaçınmaya iten etmenler arasında en sık tekrar eden bulgu ise istismar farkındalığının ve bildirim sürecine yönelik bilgi birikimlerinin düşük olmasıdır (4, 5, 6). Dünyada sağlık çalışanlarına yönelik istismar farkındalığı odaklı yapılandırılmış eğitimler bulunsa da Türkiye'de bu yönde kapsamlı bir eğitim yoktur. Bu eğitimlerde, mağdur ve aile ile iletişim kurma becerisi, en az fiziksel ve ruhsal belirtileri fark etmek kadar kritik öneme sahiptir. Bu panelde, çocuk istismarı farkındalığını arttırmaya yönelik dünya örnekleri ve Türkiye'de ileri dönük yapılması gerekenler tartışılacaktır.

Kaynakça

1. Kurt, G., Gün, İ. 2017. "Sağlık personelinin istismar, ihmal ve aile içi şiddetle karşılaşma durum ve tutumları", Adli Tıp Dergisi, 31(2), 59-67.
2. Lee, P.Y., Chou, F.H. 2017. "A training programme for Taiwan nurses to improve child abuse reporting", J Clin Nurs, 26(15-16), 2297-2306.
3. Kara, Ö., Çalışkan, D., Suskan, E. 2014. "Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşimlarının karşılaştırılması", Türk Pediatri Arşivi, 49(1), 57-65.
4. Sofuoğlu, Z., Cankardaş, S.N. 2018. "Hastanelere yönlendirilen adli çocuk istismarı olguları ile sağlık çalışanlarınca saptanan çocuk istismarı olgularının özelliklerinin karşılaştırılması", İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi, 8(3), 189-195.
5. Küçük, S., Korkmaz, Z., Kayademir, N., Otuzoğlu, M. 2017. "Çocuk cinsel istismarının tanılama adli ve sosyal sürecinde pediatri hemşireleri", Adli Tıp Dergisi, 31(2), 68-77.
6. Özyürek, A., Çetin, A., Yıldırım, R. 2018. "Aile hekimi ve öğretmenlerin çocuk ihmal ve istismarı konusundaki görüş ve tutumları", İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 7(1), 436-453.

PANEL - ÇOCUK İSTİSMARI VE İLETİŞİM

İSTİSMAR MAĞDURU ÇOCUKLA İLETİŞİM

Prof. Dr. Figen ŞAHİN DAĞLI
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD,
Sosyal Pediatri BD, Emekli öğretim üyesi

İstismar bir çocuğun yaşayabileceği en büyük travmalardan biri olabilir. Her tür istismar çocuğun gelişimini ve sağlığını olumsuz olarak etkiler, ancak adli sisteme de yansıyan ağır yaralanma düzeyindeki fiziksel istismar ve özellikle cinsel istismarda olayın kendisine ek olarak çocuğun süreç içinde ikincil bir travma yaşaması da mümkündür.

Cinsel istismar çoğu toplumda bir tabudur ve istismara maruz kalan kişiler, toplumda cinselliğe yüklenen "namusunun kirlenmesi, adının çıkması" vb gibi çarpık değer yargıları nedeniyle yaşadıkları olayı anlatamazlar. Suçluluk ve utanç hissederler, anlattıklarına inanılmamasından korkarlar, olayı ifşa ettikleri taktirde gelişecek olumsuzlukların sorumlusu olacaklarını düşünürler. Tüm bu nedenlerle cinsel istismara uğrayan çocuğun olayı açıklaması zordur ve açıkladıklarında da çoğu kez olayın üstünden zaman geçmiş olur.

İstismarcının aile dışından biri olması durumunda çoğunlukla çocuklar ailelerine olayı daha kolay anlatabilirler ama ensest gibi yakın aile bireylerinden birinin fail olduğu durumlarda çocuklar genellikle olayı bir arkadaşı ya da öğretmeni gibi ona yakınlık gösteren başka bir kişiyle paylaşırlar. Bu aşamadan başlayarak karşılaştığı profesyonellerle kurduğu iletişim çocuğun bu süreçten ne kadar etkileneceğini belirler. Bu nedenle çocukla süreçte iletişim kuracak olan hekim, hemşire gibi sağlık çalışanları, polis, savcı, avukat, hakim gibi adli sistem içinde çalışan kişiler, sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi tüm profesyoneller çocukla iletişimin esasları ve özellikle mağdur çocuğun psikolojisi ve bu duruma özel iletişim konusunda eğitim almalıdırlar.

İstismara uğradığını ifade eden bir çocukla konuşan profesyoneller öncelikle çocuğun yaşına göre gelişimsel dönem özelliklerinin farkında olmalıdırlar. Bilişsel gelişim dönemlerine göre bakıldığında Piaget sınıflandırması) 2-7 yaş arası dönem "işlem öncesi dönem" olarak adlandırılır. Bu dönem çocukta renk, şekil, zaman, mekan kavramlarının yavaşça geliştiği bir dönemdir ve çocuğun olayın olduğu yer, zaman, üzerindeki kıyafetin rengi gibi sorulara doğru cevap verememesi öykünün yalan olduğunu düşündürmemelidir. Dinleyen kişinin yapacağı en büyük hatalardan biri çocuğa inanmamak, ona yalan söylüyor olduğunu düşündüğünü hissettiren cevaplar vermektir. Ayrıca yaşananların çocuğun suçu olduğunu düşündürebilecek "sen neden … yapmadın, neden bu zamana kadar kimseye söylemedin?" gibi cümlelerden de kaçınılmalıdır. Yedi-11 yaş arasındaki "somut işlemler döneminde ise artık çocuk mantıklı düşünmeye başlamıştır, hafıza kapasitesi artmış, yaratıcı ifadeler kullanabilmeye başlamıştır ancak soyut düşünme yeteneği kısıtlıdır. Onbir yaş sonrasında beynin frontal bölgesinin gelişimiyle

çocukta soyut düşünme kavramı da başlar. Bu döneme de "soyut işlemler dönemi" adı verilir.

Hangi yaş grubunda olduğuna bakılmaksızın, istismara uğramış çocukla iletişim kurarken dikkat edilmesi gereken iletişim becerileri ise empati, etkin dinleme, profesyonelce güven verici bir duruş içinde olma, aşırı duygusallaşıp üzüntü ya da öfke gibi içsel duyguları çocuğa yansıtmama, anlattıkları ve bize güvendiği için teşekkür etmektir. Yapılmaması gerekenler ise çocuğa inanmamak, yargılamak, suçlamak, özellikle cinsel istismara uğramış çocuğa dokunarak onu yatıştırmaya çalışmak, yönlendirici sorular sormak olarak özetlenebilir.

Unutulmamalıdır ki çocuklar için erişkinlerin tutum ve davranışları yaşadıkları olayı anlamlandırmalarını sağlar. İstismara uğramış çocukla iletişim kuran kişinin yaptıkları ve söyledikleri, çocuğun yaşadığı olayı yorumlayarak hafızasına nasıl kaydedeceğini ve ileride bu olaydan ne kadar etkileneceğini belirleyen en önemli faktörlerden biridir.

SOSYAL PEDİATRİ AÇISINDAN ÇOCUK İSTİSMARI VE İLETİŞİMİN ROLÜ

Prof. Dr. S. Songül YALÇIN
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Ünitesi

Ailenin çocuk sağlığı izleminden beklentileri ve çocuğun belirlenen gereksinimleri farklı olabilir. Aile merkezli yaklaşım ile fiziksel sorunların çözümünün yanı sıra psikososyal konuların yönetimi için gerekli iletişim sağlanabilir. Çocuk sağlığı izlemlerinde hem aile hem de çocuk ile uygun iletişim kurulması gerekir. Etkili bir iletişim çocuğun sorunlarının daha iyi saptanması, ebeveynlerin ve çocuğun tanı ve tedavi sürecini daha iyi anlaması, ailenin endişelerinin giderilmesi ve tedavi önerilerine uyumunun artması için gereklidir. Doktorun hümanist bir yaklaşım ile empati kurması, olumlu tavırlar sergilemesi iletişimi destekler. Doktor ebeveynin değer yargılarını, duygularını, deneyimlerini önemseyerek empati, motivasyon ve destek ile çocuğun doğru sağlık bakımını almasını sağlayabilir. Çocuk bakımında etkili müdahaleler somut aile ihtiyaçlarını karşıladığı zaman sağlanabilir. Olumlu ebeveynlik uygulamaları başlatılabilir.

Pediatristler aile temeli yaklaşım yaparak bir çocuğa yeterli sağlık bakımını sağlamak ve istismar ve ihmal önlemek için

- sağlık bakımı uygulamaları, alternatif tıp düşünceleri aşılama durumu
- beslenme özellikleri; çocuğun beslenme şekli (emzirilme, vegan besleme,..),
- çocuk yetiştirme uygulamaları ve disiplin ile ilgili inanışlar,
- ailenin stres faktörleri ve engelleri (işsizlik, madde bağımlılığı)
- ailenin güçlü yönleri (eğitim düzeyi, ..),
- çocuğun bakımında destek olanlar ve
- aile yapısını; ailede söz sahibi olan kişiler ile ilgili bilgi sahibi olmalıdır.

Çocuk sağlığı izlemi ailenin çocukla kapıdan girdiği anda başlar. Çocuk ve ebeveynlerin birbirine karşı tutumu ve iletişimi gözlenir. Daha sonra olumlu doktor-ebeveyn iletişimi ve doktor-çocuk iletişimi sağlanır. İletişim kurulurken hem çocuğun yaşı ve gelişim düzeyi hem de ailenin yapısı, kültürü ve bakış açısı da göz önüne alınmalıdır. Etkin bir iletişim öykü alma, muayene, tedavinin planlanması, rehberlik verilmesi ve risk gruplarının takibi için gereklidir.

Sosyal pediatrinin ihmal ve istismarın önlenmesinde kullandığı bazı iletişim alanları aşağıda sıralanmıştır;

- Emzirme danışmanlığı: uygun içerikli beslenme ile beslenme yetersizliği içerikli ihmalin önlenmesi, anne-bebek bağlanması ile ihmal-istismarın azalması.
- Gelişimin desteklenmesi: yaşa uygun gelişim basamaklarının ve disiplin yöntemlerinde danışmanlık
- SMS/email mesajları ile aşılamanın hatırlatılması
- Bebeklik koliği vaka yönetimi; ailenin ne yaptığı, durumu nasıl algıladığı: ani bebek ölümünün önlenmesi
- Olumlu ebeveynlik uygulamaları; ebeveynlerin çocukları ile iletişimi nasıl kurmaları gerekliliği, olumsuz bir şeyde anne-babalarına hemen anlatmaları ve ebeveynlerin stres yönetimi duygusal ve fiziksel kötü muamelenin önlenmesi
- Çocuklara "iyi dokunma-kötü dokunma" ve "hayır" diyebilme eğitimleri,
- Kazaların önlenmesi rehberliği ile ihmal vakalarının azaltılması,
- Medya okur-yazarlığı; duygusal ve fiziksel ve cinsel istismarın önlenmesi
- Sağlık okur-yazarlığı.

Çocuk hakları gözetilerek çocuk dostu ortamda, sağlığın sosyal belirleyicilerinin takip edildiği aile merkezli çocuk izlemleri çocuk ihmal ve istismarının önlenmesi için gerekli hümanist yaklaşımdır.

Kaynakça

1. AlRammah AA, Alqahtani SM, Al-Saleh SSet al. Parent-child communication and preventive practices for child sexual abuse among the general population: A community-based study. J Taibah Univ Med Sci. 2019 Jul 20;14(4):363-369.
2. Arigliani M, Castriotta L, Pusiol Aet al. Measuring empathy in pediatrics: validation of the Visual CARE measure. BMC Pediatr. 2018 Feb 13;18(1):57.
3. Ayar G, Yalçın SS, Tanıdır Artan Ö, Güneş HT, Çöp E. Strengths and difficulties in children with specific learning disabilities. Child Care Health Dev. 2021 Jul 31. doi: 10.1111/cch.12903.
4. Erat Nergiz M, Çaylan N, Yalçin SS, et al. Excessive screen time is associated with maternal rejection behaviours in pre-school children. J Paediatr Child Health. 2020 Jul;56(7):1077-1082.
5. Garbutt JM, Bobenhouse N, Dodd S, Sterkel R, Strunk RC. What Are Parents Willing to Discuss with Their Pediatrician About Firearm Safety? A Parental Survey. J Pediatr. 2016 Dec;179:166-171.
6. Gemmiti M, Hamed S, Wildhaber J, Pharisa C, Klumb PL. Pediatric Consultations: Negative-Word Use and Parent Satisfaction. J Pediatr Psychol. 2017 Nov 1;42(10):1165-1174.
7. Kanatlı MÇ, Yalcin SS. Social Determinants Screening with Social History: Pediatrician and Resident Perspectives from a Middle-Income Country. Matern Child Health J. 2021 Sep;25(9):1426-1436.

8. Lee T, Cui J, Rosario H, et al. Assessment of caregiver expectations of physician communication in a pediatric setting. BMC Health Serv Res. 2020 May 11;20(1):408.

9. Lin E, Cui J, Tinney F, et al. Caregiver Preferences and Perceptions of Health Communication in the Pediatric Outpatient Setting. J Family Med Community Health 2017;4(5): 1122.

10. Örün E. Çocuk ve aile ile iletişim. In Gökçay G, Beyazova U. (eds) İlk Beş yaşta çocuk Sağlığı İzlemi. İstanbul. 2017. Nobel Tıp Kitabevi.

11. Sağlık Bakanlığı. Bebek Çocuk Ergen İzlem Protokolleri. 2018. Ankara.

12. Tagiyev A, Yalçın S. Protective role of breastfeeding status, chronic health problems, and temperament of children in maltreatment by mothers. Turk Arch Pediatr 06 January 2020. 10.14744/ TurkPediatriArs.2020.54280

13. UNICEF. Çocuklarla iletişim. 2011.

14. Yalçin SS, Gezgen Kesen G, Güçiz Doğan B, et al. Environmental risk perception of mothers and presence of risk factors in rural and urban areas in Adana, Turkey. Int J Environ Health Res. 2021 Aug 12:1-9.

15. Yalçin SS, Orün E, Mutlu B, et al. Why are they having infant colic? A nested case-control study. Paediatr Perinat Epidemiol. 2010 Nov;24(6):584-96.

HASTA-DİŞ HEKİMİ İLETİŞİMİNDE ETİK BAKIŞ

Doç. Dr. E. Murat CANGER
Erciyes Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı

DİŞ HEKİMİ- HASTA İLİŞKİSİ

Diş hekimliğinin özel bir meslek grubu olduğu genel kabul gören bir olgudur. (1) Her diş hekiminin bu özel mesleği icra ederken karşı karşıya kaldığı ahlaki ikilemlerin üstesinden gelebilmesi için "meslek ahlaki kurallar" yani "etik kodlar" vardır. Etik kod; davranışlara rehberlik eden etik ilkelerden türetilen, ancak bunlara göre daha özel ve somut olan düzenlemeleri ifade eder. (1) Her meslek grubu için o mesleğe mensup olanlar ile muhatapları arasında ideal bir ilişki şeklinin var olduğu ve bunun meslek mensubu için en önemli etik davranış biçimlerinden biri olduğu ifade edilebilir. (2) Bu bağlamda diş hekimliğinde ideal hasta- diş hekimi ilişkisi de bu etik kodlar çerçevesinde belirlenmelidir.

En temel etik prensipler; özerklik, yararlı olma, zarar vermeme ve adaletli davranmadır. Özerklik ilkesi, hasta bir bireyin doğru bilgilendirme ve zorlamaya maruz kalmadan kendi bedeni üzerinde karar verme hakkına sahip olması durumudur. Yararlı olma ve bir kişinin başkasına zarar vermekten kaçınma zorunluluğu olarak tanımlanan zarar vermeme de hekimin görevleri arasındadır. Adalet ise ayrımcılık yapmamaktır (3). Bu ilkeler bağlamında hasta ve diş hekimi arasındaki ideal ilişkinin en önemli etik unsurları arasında özerkliğin yanı sıra karşılıklı güven ve dürüstlük de vardır (4).

Diş Hekimliği İle Tıp Branşları Arasındaki Farklar

Ağız ve diş sağlığının genel sağlığın bir parçası olduğu yadsınamaz. Bu bağlamda diş hekimliği uygulamaları tıp uygulamalarından farklı olmakla beraber, pek çok benzerliğe de sahiptir. İki meslek grubu arasındaki en temel ortak nokta, diş hekimliği uygulamalarının direkt olarak insan vücuduna bir müdahale niteliğinde olmasıdır. Bunun yanında aralarındaki ortak yönlerin çok olması nedeniyle de iki disiplin benzer etik değerleri taşımaktadır (5,6).

Bir hekim teşhisi koyar ve tedaviyi düzenler. Bu durum hekimin hasta üzerindeki sorumluluğunu ortadan kaldırmasa da, hastasını bir başka hekime veya başka bir sağlık hizmeti sağlayıcısına yönlendirdiğinde bu aşamada uygulanacak tedavilerden o hekim sorumlu değildir. Çünkü farklı sağlık çalışanları arasındaki sınır ve sorumluluklar belirlenmiş durumdadır. Diş hekimliğinde ise durum farklıdır. Diş hekimleri diğer bazı ilgili branşların iş ve davranışlarından sorumludurlar. Örneğin hasta protetik restorasyonu için diş hekimine bir ödeme yapar. Diş hekimi de bu restorasyonu yapması için bir protez teknisyenine gönderir. Bu bir hizmet alımıdır ve gerekli ödeme bu hizmeti de kapsadığından, hasta üzerindeki diş hekimliği sorumluluğu ortadan kalkmaz. Diş hekimleri muayenehane ya da kliniklerinde başka bazı personelleri çalıştırabilirler. Bunlar arasında hekim yardımcıları ile radyoloji teknikerleri sayılabilir. Diş hekimleri işvereni konumunda oldukları bu

kişilerin hareketleri ve yaptıkları işlerden dolayı hastalara karşı sorumludurlar (7).

Ayrıca dişlere uygulanan restorasyonlar başkaları tarafından fark edilebilecek özelliktedir. Diş hekimi olmayan kişiler tarafından bu restorasyonların nitelikleri çok fark edilmese de, bu restorasyonlardaki olası hatalar ya da komplikasyonlar, daha sonra başka diş hekimleri tarafından fark edilirler ki bu tıpta çok karşılaşılan bir durum değildir (7).

***DİŞ HEKİMİ- HASTA İLİŞKİSİNDE GEÇERLİ OLASI* DÖRT MODEL**

Her hasta karar verme sürecine katılabilecek kapasitede değildir. Kimi çocuktur, kimi bilişsel açıdan yetersizdir, kiminin de başka bazı kusurları vardır. Öncelikle hekimin görevi hastasının karar verme sürecine katılımı için nelere gereksinim duyduğunu belirlemeye çalışmaktır. Bir diş hekimi ile hastası arasındaki ideal ilişki modeli, hastanın hekimin uğraşılarına verdiği tepkilere bağlı olarak gelişir. (8)

1. Kurumsal Model: Burada diş hekimi esas karar vericidir. Hasta ise pasif konumdadır ve diş hekiminin kararlarını kabul eder. Bu model diş hekiminin deneyimli, hastanın ise konuyla ilgili bilgi sahibi olmadığı varsayımına dayanır. Diş hekimi hastası için en iyi olanı bilendir. Zaten hastalar, bir diş hekiminin sahip olduğu bilgi ve beceriye sahip olmadıklarından hangi tedavinin kendisi için daha uygun olacağı hakkında karar vermede tam yeti sahibi değildirler. Bunun yanında içinde bulunduğu ağrı ve sıkıntı durumu da sağlıklı karar vermesine engeldir. Hasta yetersiz olarak kabul edilmekle birlikte, diş hekimi de bağımsız bir uzman olarak görülmemektedir. Aslında *kurumsal modelde* diş hekiminin deneyimi ve hastası için en iyi olanı belirlemek için sahip olduğu değer yargısı, diş hekimliği mesleğinden kaynaklanmaktadır. Meslek ile ilgili bilgi ve deneylerin, temel değerlerin kaynağı da diş hekimliği camiasıdır. (8)

Diş hekimleri de dâhil olmak üzere pek çok kişinin gözünde *kurumsal modelin* ciddi ahlaki sorunları vardır. Öncelikle, en önemli hasta haklarından biri olan hasta özerkliğine aykırıdır. Hasta kendisi için en uygun olanı seçme konusunda yetkisiz kabul edilmektedir. Bu modelde hastanın sahip olduğu değerler ve diş hekiminin verdiği bilgiler ışığında tedavi ile ilgili seçenekleri göz ardı edilmektedir (8).

Kurumsal Modelin göz ardı ettiği nokta, diş hekimliğinde her kararın önemli bileşenlerinin yalnızca diş hekimlerinin deneyim dağarcığında olmadığıdır. Hastaların deneyim dünyası da karar vermede önemlidir. Diş hekimlerinin bilgi ve becerileri, hastaların deneyimlerini değerlendirmede yetersiz kalabilir ve hastaların sahip oldukları değerler de göz önünde bulundurulmalıdır. (8)

Kısacası *Kurumsal Model* gerçek anlamdaki hasta-diş hekimi ilişkisinin etik gerçekliliğine uymamaktadır. Bu nedenle de ideal bir ilişki modeli olarak görülmemektedir. (8)

2. Aracı Model: Bu modelde hasta ve diş hekiminin rolleri yer değiştirir. Diş hekiminin rolü hastaların değerlerini esas olarak kabul etmek ve bu değerler çerçevesinde şekillenen hasta seçimine göre davranmaktır. Diş hekimi bir aracı konumundadır. Bu yaklaşım, sağlık çalışanlarının etik yükümlülükleri konusunda kabul edilmiş görüşlerin yanlış algılanması bakımından çok tartışmalıdır.

Bu modelin başarısızlığı, mesleki uygulamalarda dikkate alınması gereken o mesleğin değerlerini bir tarafa koymasıdır. (8)

3. Ticari Model: Bu model *kurumsal* ve *aracı modellerin* zayıf yönleri nedeniyle ortaya atılmıştır. Bu modelde hasta bir karar verici iken, sahip olduğu değerlerin ışığında diş hekimi de karar verici konumundadır. Tercih edilebilir bir model olarak görülse de *ticari modelin* ideal ilişkiyi sorunlu bir hale getirebilecek bazı özellikleri vardır. (8)

Bu modelde hasta, diş hekiminin ağız ve diş sağlığı durumu ile verdiği bilgileri tartar, tedavi seçeneklerini değerlendirir ve diş hekimine tedavi seçeneklerinin bedellerini sorar. Sonuçta da bir seçeneği seçer ya da seçmez. Hasta bu durumda kazancını ve bunun bedelini hesap eden bir *Homo economicus* örneğini teşkil etmektedir.(8)

Ticari Modelde pazarlanacak bir ürün vardır. Bu bağlamda diş hekimi üreticidir, hasta da bu ürüne talip olan müşteridir. Bu modelin diş hekimliği pratiğinde ortaya koyduğu ahlaki normlar, pazarlık yapan bir alıcının sahip olduğu normlarla aynı olacaktır. Bunlar ticaret yapanların karşısındakini kandırmayacağı, haksızlık yapmayacağı, yalan söylemeyeceği ve yapılan anlaşmalara uygun davranacağını öngörmelerini sağlayamaya yönelik normlardır. Bu modelde diş hekiminin mesleki bir normu yoktur. Her iki taraf da karşısındakine en az ödemeyi yaparak en fazla getiriyi elde etmeye çalışmaktadır. Diş hekimi hastanın iyiliği ile yalnızca kendi çıkarları ve istekleri doğrultusunda ilgilenir. Bu nedenle de diş hekimi aksi yönde anlaşmanın getirdiği bir zorunluluk olmadığı sürece hastasının ağız-diş sağlığını korumaya yönelik bir zorunluluk hissetmeyebilir. Hastalar da böyle zorunluluğun varlığını varsayamaz. Dahası hastanın bakım gereksinimi hekimin davranışlarında belirleyici değildir. Hastanın ihtiyacının hekime özel bir etik ihlali meydana getirme durumu da yoktur.(8)

Hasta ve diş hekimi arasındaki ilişkide karşılıklı bir yarışma durumunu çıkarması bakımından bu modelde ideal bir ilişkinin kurulması söz konusu olmamaktadır. Ayrıca bazı hastalık ve fonksiyon kaybı durumlarında kişinin vücudu kişinin yapmak istediğine yanıt vermeyebilir. Yani kişi otonomisini kaybeder. Aynı durum ağız ve diş sağlığı için de geçerlidir. Hastalar diş hekimlerine bir müşteri olarak değil, kaybolan fonksiyonlarının yerine getirilmesi için gelirler. Daha bu fonksiyon kayıpları meydana gelmeden de diş hekimlerine başvurabilirler. Otonomilerini diş hekiminin sunduğu tedavi seçenekleri arasında seçim yapmakta da kullanmak isteyebilirler. (8)

4. İnteraktif Model: Bu modelde diş hekimi ve hasta eşit konumdadır. Her iki taraf da alınacak karar konusunda eşit değere sahip katılımcılardır. Bu karşılıklı saygı ortamı etkili bir iletişim ve diyalog ile sağlanır. Diş hekimi hem hastanın ağız-diş sağlığını koruyan, kaybolan fonksiyonlarını tamamlayan bir uzman olarak yer alır, hem de toplumun diş hekimliğini bir meslek olarak benimsemesini sağlayan değerleri destekleme yükümlülüğünü yerine getirir. Ayrıca hasta da kendi değer, amaç ve önceliklerinin farkındadır. Kurumsal modelin aksine hasta otonomisi yüksek öneme sahiptir ve diş hekimi de bunun farkındadır. Ticari modelin aksine de hastalar bir piyasa karar vericisi değildirler. Bir diş hekiminin deneyimine sahip olmasalar da ağız-diş sağlığının gerekliliğinin bilincindedirler. Ama bir diş hekiminin yardımı olmadan yaşamlarını kontrol edemeyeceklerinin de ayırdındadırlar. (8)

Etik açıdan bu modelde her iki taraf da eşit bir ahlaki duruş sergilemektedir. Hasta açısından bu eşitlik kendi değerleri, özerkliği ve etkilenecek olanın kendi bedeni olacağı gerçeklerinden, hekim açısından da genel hekimlik değerlerinden, deneyiminden ve hastanın vücudu ve yaşamı üzerindeki kontrolünü sağlamadaki diş hekiminin yeterliliğinden kaynaklanmaktadır. (8)

ÖZERKLİK

Özerklik, bir kişinin sahip olduğu değerler, hedefler, amaçlar ve idealler temelinde karar verip ona göre davranabilmesidir. Diş hekimlerinin, bu mesleğin bir mensubu olduklarında verdikleri taahhütleri yerine getirmeleri için her hastayla karşılıklı katılımlı bir ilişki idealini gerçekleştirmeye çalışmaları, hastalarının özerkliğine saygı duymaları ve bunu desteklemeleri gerektiği düşünülmektedir. (8)

GERÇEĞİ SÖYLEME ve AYDINLATILMIŞ ONAY

Doğruluk etik değerlere uygun bir şekilde yaşamanın önemli bir unsurudur. Hasta ve diş hekimi arasındaki ilişkinin karşılıklı saygı çerçevesinde sürdürülebilmesi için birbirlerine verdikleri bilgiler hakkında birbirlerine güven duymaları gerekli olduğundan, doğruluk diş hekimi ve hasta arasında çok önemli bir kavramdır. Hastanın Genel sağlık durumu, aldığı ilaçlar, geçirdiği ameliyatlar, diş hekimliği açısından geçmişi ve öz bakımı hakkında hastanın, mevcut durumun ne olduğu, düzeltilmesi için gerekli girişimlerin neler olabileceği ve bunların avantaj ve dezavantajlarının neler olduğu hakkında da diş hekiminin vereceği bilgiler bakımından her iki taraf da birbirlerine karşı dürüst olmalıdırlar. (8)

Pek çok diş hekimi için *aydınlatılmış onam* ifadesindeki *aydınlatma* kelimesinin anlamı dürüstlük için gerekli olan bir zorunluluğun hatırlatılmasıdır. A*ydınlatılmış onam* direkt olarak hastaya hitap eden ve diş hekimleri açısından dürüst ve etkili bir iletişim için gerekli olan bir zorunluluk gibi bir anlam ifade etmekte ve tek taraflı gibi gözükmektedir. Aslında her iki taraf da aydınlatılmalı, dürüst ve etkili bir biçimde iletişim kurulmalıdır. Çünkü interaktif bir ilişki iki taraflı katılımı gerektirmektedir. *Aydınlatılmış onam* iki taraf arasında imzalanmış bir belge ve sözleşme olarak kabul edilse de, interaktif bir ilişkide diş hekimi ve hasta arasında aydınlatılmış onamdan daha iyisi gereklidir. (8)

Bazen hekimin vereceği bilgi hastaya fiziksel, psikolojik veya duygusal zarar verebilir ve hastanın tedaviyi reddetmesi gibi bir durumla sonuçlanabilir. Bu gibi durumlarda geleneksel olarak "terapötik ayrıcalık" kavramına başvurulur ki bu durum diş hekimlerinin bazı bilgileri saklamasına izin verebilir. Bu iletişim biçimi kötüye kullanmaya çok açıktır ve diş hekimleri bu şekildeki nadir yola ancak çok özel durumlarda başvurmalıdırlar. Hastaların gerçeklerle başa çıkabileceklerini kabul ederek yola çıkmalıdırlar ve açıklamamayı ancak hastaya gerçeği söylemenin söylememeden daha çok zarar vereceği ile ilgili olarak kendilerini ikna ettilerse tercih etmelidirler. (9)

EHLİYETSİZ HASTALARDA KARAR VERME

Çocuklar, bir takım psikiyatrik hastalığı olanlar veya demans gibi nörolojik sorunları olan kişiler kendileri ile karar verme durumunda yeterli değildirler. Böyle kişilerle interaktif bir iletişim kurmak ve

kararlarını öğrenmek zorlaşır ve etik zorluklar ortaya çıkar. Paternalizmin hâkim olduğu dönemlerde diş hekimleri tedavi seçenekleri ile ilgili olarak hastalar ve/ veya yakınları ile görüş alışverişinde bulunuyor ama en son kararı kendileri veriyordu. Günümüzde ise bazı ülkelerde yetersiz olduğunun farkında olan hastalar kendileri yerine kara verecek kişileri işaret edebilmektedirler. Bazen de yargı çocuklar için anne ve babayı ya da büyükanne ve büyükbabayı, yetişkinler için de eşleri, çocuklarını ya da kardeşlerini atayabilir. Böyle bir muhatap bulunamadığında diş hekimi durum ile ilgili kendisi karar verebilir. (9)

Boşanmış eşlerde olduğu gibi taraflar kararda anlaşmaz veya diş hekimi aldıkları kararın hastanın yararına olmadığını düşünebilir. Böyle bir durumda diş hekimi taraflar arasında iletişim sağlamayı deneyebilir. Sorun çözülmezse, ciddi karar verme gerektiren durumlarda diş hekimi yargıya başvurabilir. (9)

İDEAL İLİŞKİ ve HASTA GÜVENİ

İlişki kurma becerilerinin az ya da çok oluşu, algılama, değer ve öncelik verme, düşünme ve eyleme geçme, hastaya rehberlik etme becerisine sahip olma ve gerçek anlamda ideal ilişkiyi başarma, profesyonelleşmenin unsurlarıdır. Bu da diş hekimini profesyonelleştirir ve hastalar tarafından güvenilen bir kişi yapar. Hastanın hekimine güven duyabilmesi için diş hekiminin etkili bir iletişim kurmaya çabalaması gereklidir.(8)

Gerçek bir ilişki ideal olması gereken kadar olmasa da, hastanın onuru ve bunun hastanın genel ve ağız ve diş sağlığı ile birlikte, iyiliği için öncelikli olması, diş hekiminin sarf ettiği çabanın temel etik odak noktasını oluşturmaya devam etmektedir.(8)

Ülkemizde diş hekimliği mesleğini icra eden kişilerin davranışlarına rehberlik edecek etik kurallar kapsayan mevzuat, Türk Dişhekimleri Birliği'nin 2012 yılı kasım ayında toplanan 14. Olağan Genel Kurulunda kabul edilmiş olup, "Türk Dişhekimleri Birliği Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları" adıyla 2013 yılı Ekim ayında yayınlanmıştır. Özellikle hasta-diş hekimi iletişimini ilgilendiren kurallar, kitapçığı oluşturan farklı bölümlerde bulunmaktadır. Bu bağlamda aşağıdaki ifadeler göze çarpmaktadır. (1)

Özel Yaşama Saygı: "Dişhekimi hastanın özel yaşamına saygı gösterir. Dişhekimi, hastanın kendi isteği ile verdiği ya da tedavi sürecinde edindiği yaşamı, sağlık durumu ve beden özellikleri ile ilgili tüm bilgileri gizli, dokunulamaz ve ulaşılamaz bilgiler olarak saklar. "(1)

"Dişhekimi, hastanın tanı ve tedavisi ile ilgili uygulamaları bilimsel çalışmalarda veya yayınlarda kullanmak için hastanın iznini alır. Hastanın iznine rağmen hastanın kimliği konusunda fikir ya da bilgi verebilecek bedensel özellikler bilimsel açıdan zorunlu olmadıkça dişhekimi tarafından kullanılamaz."(1)

***Kayıtlar*:** "Dişhekimi, hastanın talebi olması halinde kayıtların bir kopyasını hastaya veya yetkilendirdiği kişiye verebilir."(1)

***Aydınlatma ve Onam Alma*:** "Dişhekimi, hastanın durumunun acil olduğu veya bilincinin kapalı ve tıbbi girişimi reddettiğinin bilinmiyor olduğu durumlar hariç olmak üzere, aydınlatarak onamını almadan hastaya herhangi bir girişimde bulunamaz."(1)

"Dişhekimi hastayı, tanısı/ön tanısı, hastalığının nasıl seyrettiği ve seyredeceği, gerçekleştirilebilecek tanı/tedavi ile ilgili girişimler ve bunlar ile ilgili seçenekler, gerçekleştirilebilecek her girişimin yarar ve sakıncaları, girişimleri kabul etmesi ya da etmemesi halinde karşılaşacağı durumlar konularında aydınlatır."(1)

"Dişhekimi, hastaya teşhis ve tedaviyle ilgili ayrıntılı sorular sorabileceğini ve daha ayrıntılı aydınlatılmasını istediği bir hasta yakınını belirleyebileceğini bildirir."(1)

"Dişhekimi hastaya uygulayacağı tedavinin riskinin yüksek olduğu durumlarda, yeni geliştirilen bir tedavi yöntemi uyguladığında veya estetik amacın ön planda tutulduğu durumlarda, hastasını en geniş biçimde bilgilendirir ve onamını alır."(1)

"Önceden kararlaştırılan tanı veya tedavi yönteminden farklı bir yöntemin uygulanması gerektiğinde dişhekimi hastayı konu ile ilgili aydınlatarak onam alır."(1)

Tedavinin Üstlenilmemesi veya Tamamlanmaması: "Dişhekimi acil haller dışında yasalar ve mesleki ilkeler çerçevesinde olması ve hastaya müdahalede bulunabilecek başka hekimin bulunması koşulu ile kişisel nedenlerle hastaya tedavi vermeyi red edebilir. Tedavisi devam etmekte olan hastayı ise, uygun bir süre önceden bilgilendirmek ve zarar görmesini engellemek koşuluyla bırakabilir."(1)

SAĞLIK TURİZMİ BAĞLAMINDA HASTA- DİŞ HEKİMLİĞİ İLİŞKİSİ

Günümüzde bireylerin sağlık hizmetlerini almak için yabancı ülkeleri tercih etmeleri popülerleşmiştir. Buna diş hekimliği de dâhildir. Bunun temel nedenleri olarak tıbbi gereksinimler, diş tedavilerinin yaşanılan ülkede kaliteli bir şekilde verilmemesi gösterilse de en önemli gerekçe daha ucuz tedavi olanaklarına ulaşma isteğidir. Burada konuşulan dilin farklı olması nedeniyle yeterince anlaşamama, hastanın postoperatif olarak takibi, ortaya çıkan komplikasyonların giderilmesi ya da yeni tedavi gereksinimlerinin ortaya çıkabilme olasılığı yanında, zaman ve mekân kısıtlılıkları gibi bir takım sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu da sağlıklı iletişimin sağlanmasına engel olarak hasta ve hekim özerkliği, hastanın bilgilendirilmesi ve onayının alınması, sonuç olarak da kurallara uygun bir tedavinin yapılamaması sonucu hasta güvenliğinin tehlikeye düşmesi gibi etik ikilemler doğurur. (4,10)

SONUÇ

Etkili bir hasta- diş hekimi iletişiminde etik açıdan sorunlu pek çok durum ortaya çıkabilir. Bu da iki taraf arasında ciddi problemlere yol açabilir. Hastayla ilk karşılaşmada başlayan iletişim, etik karar vermede de önemlidir. Her ne kadar tıp ile benzer değerleri paylaşsalar da, diş hekimleri özel bir mesleğin mensubu olduklarının bilincinde olarak hastalarına temel etik değerler çerçevesinde yaklaşmalı, sabırla dinlemeli, doğru ve tatminkâr bilgilendirme yapmaktan kaçınmamalı, bilgilendiğine emin olduğu hastasının da onayını alarak tedavilerine başlamalıdır.

Kaynakça

1. Türk Dişhekimleri Birliği. Türk Dişhekimleri Birliği Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları. Ankara: Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları; 2013.
2. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007.
3. Beuchamp TL, Childress JF. Biyomedikal Etik Prensipleri. (Çev. M. Kemal Temel) İstanbul: Betim Kitaplığı. 2017. (Orijinal çalışma basım tarihi 2013)
4. Goldsmith C, Slack-Smith L, Davies G. Dentist-patient communication in the multilingual dental setting. Aust Dent J. 2005 Dec;50(4):235-41.
5. Hakeri H. Diş hekimlerinin yasal sorumlulukları. Sağlık Hukuku Digestası. 2009;1(1):19-28.
6. Sanz M, Treasure E, vanDijk W, Feldman C, Groeneveld H, Kellett M, Pazdera J, Rouse L, Sae-Lim V, Seth-Smith A, Yen E, Zarkowski P. Profile of the dentist in the oral health care team in countries with developed economies. Eur J DentEduc. 2008;12 Suppl 1:101-10.
7. Freukel DA, Lurie Y. Responsibility and liability in healthcare: some differences between dentistry and medicine. Med Law.2002;21(3):605-15.
8. Ozar DT, Sokol DJ, Pathoff DE. Dental ethics at chairside. professional obligationsand practical application. Washington: Gerorgetown University Press. 2018. pp. 49-75.
9. William, JR. Dental Ethics Manual. Ferney-Voltaire/Fransa: FDI World Dental Federation; 2018.
10. Conti A, Delbon P, Laffranchi L, Paganelli C. What about the dentist–patient relationship in dental tourism? J Med Ethics 2014;40:209–210

DİŞ HEKİMLİĞİNDE ETKİN HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ: MOTİVASYON

Dr. Öğr. Üyesi İnci DEVRİM
Erciyes Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı

İletişim, bireylerin karşıdaki insanların fikirlerini, görüşlerini anlayıp kendi fikirlerini de diğer bireylere aktarabilme çabası ve bu çaba kapsamında gerekli tüm gereçleri kullanabilme beceresi olarak karşımıza çıkar. Bu çaba ve beceriler biz insanların hayatında büyük bir yer ve öneme sahiptir.

İletişim toplumsal hayatın her aşamasında karşımıza çıkar ama özellikle sağlık alanında bireylerin, yaşam standartlarının yükseltilmesi, sağlıklarına kavuşturulması, fiziken olduğu gibi ruhsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik halinin oluşturulması ve alınan/verilen hizmete kutsallık atfedilmesi geleneği düşünüldüğünde çok yüksek bir gerekliliğe ulaşır. Bireylere yönelik sağlık hizmetlerinde; sağlık hizmet sağlayıcılarının, sağlık çalışanlarının, hastaların, hasta yakınlarının ve hasta olma potansiyelinde olan toplumun diğer bireylerinin iletişimini içeren karmaşık bir iletişim biçimi söz konusudur. Bu iletişim, çağımızın getirdiği bir takım teknolojik ilerlemelerle ve gelişen iletişim yöntemleriyle gelişme gösterirken bazı temel iletişim problemlerini de beraberinde getirebilmektedir. Sağlık hizmetini sunan ve hizmeti alan tarafın aslında aynı hedefe yürüyen bir takım gibi hareket etmesi gerekirken iki tarafta da izlenen bilgi, tecrübe, öngörü ve tahammül eksiklikleri yüzünden iletişim kazaları gerçekleşebilmektedir. Bütün bu olumsuzlukları önlemenin yolu ise etkili iletişimden geçmektedir.

Diş hekimliği mesleği, mesleğin gerektirdiği bir dizi uygulama becerilerini içeren ama bunun yanında birtakım estetik beklentileri de karşılamak zorunda olan, sanatsal yönüyle de bireylerin beğenilerini karşılaması ya da karşılamamasının getireceği psikolojik sorunları çözmeyi gerektiren bir meslektir. Hizmeti alan ve veren kişi arasında etkili bir iletişimin olması, beklentilerin baştan belirlenerek beklenti sınırlarının sağlık gerekliliklerileyle sınırlı olduğunun konuşulması ortaya çıkacak sorunları büyük ölçüde engelleyecektir. Bunun yolu da yine etkili bir iletişimden geçmektedir.

Sağlıkta iletişim konusunda konuşulan ve dikkate alınmasının doğru olacağının söylendiği hususlar genellikle "Hasta-Hekim" ilişkisi başlığı altında tartışılmaktadır. İlişki kavramında tarafların olması gerekliliğinden hareket ederek; sağlığını henüz kaybetmemiş bir bireyin hekimle buluşamadığı bir ilişki türünde hekimin tarihsel rolünün ve yükümlülüklerinin sorgulanması söz konusu olacaktır. Farklı bir bakış açısı ile, aslında adı bu şekilde konan ilişki, adından başlanılarak sorgulanabilir. Diğer bir deyişle ilişkinin adı bile "hastalıklı" denilebilir. Doğru ifade "Hasta-Hekim ilişkisi" değil "Birey-Hekim" ilişkisi olmalıdır.

Hekimlerin asıl görevlerinin insanların acılarını dindirmek ve dertlerine çare bulmanın yanında sağlığını henüz kaybetmemiş bireylere nasıl hasta olunmayacağını anlatmak da olduğunu hatırlamak gereklidir. Tarihin tüm aşamalarında "Hekim" kelimesi ile hekimlerimize yüklenen "inisiyatif kullanan", "yol göstericilik, rehberlik yapan", "hüküm veren" kişi tabirlerinin hakkı da böylece verilmiş olacaktır.

Hekimliğin tüm alanlarında olduğu gibi diş hekimliği uğraş alanlarında da bireylerin hastalanmadan önce hekimle buluşabilmesi büyük önem arz etmektedir. Diş hekiminin asli görevi hekim koltuğuna bir problemle oturan hastanın bir daha aynı problemle oraya oturmasını önlemek olmalıdır. Ne yazık ki mevcut durumda hekimlerimizin çok büyük bir çoğunluğu asli görevlerini "tamircilik" işleri gibi tanımlayabileceğimiz "tedavi edici hekimlik hizmetleri" üzerine yoğunlaştırmışlardır. Halbuki gerçek anlamda hekim, tabiri caizse, karşılaştığı hastaların hayatına dokunmalı ve asli görevinin, sağlığın ve hayatın kutsallığı ilkesinden hareketle, bu olduğunu unutmamalıdır. Sağlığın yeniden kazandırılmasına atfedilen değerin kaybedilmesini önlemeye atfedilen değerin önüne geçmesine engel olunmalıdır.

Ülkemizde mevcut eğitim-öğretim sistemimizde öğrencilerimiz (diş hekimliği öğrencilerinin özelinde konuşacak olursak), 300 AKTS üzerinden eğitimlerini tamamlamaktadırlar (Her eğitim-öğretim yılı başına 60 AKTS, 60x5 = 300). Bu mevcut tabloda, farklı üniversitelerin diş hekimliği fakültelerinin eğitim planları incelendiğinde bulunan ortalama değerle, 5 yıllık eğitim süreleri boyunca öğrencilerimize 292 kredi ağırlığında "bozulan sağlığı düzelteceksiniz", 8 kredi ağırlığınca da "koruyucu" olacaksınız diyoruz.

Hastalarımıza onların sağlıkları ve iyilikleri için bazı bilgiler verilmesi ve bunun onların bir daha hastalıklar üzerinden biz hekimlerle buluşmayacakları ya da buluşma sıklıklarının azalacağı vurgusuyla yapılması halinde değişen çok fazla şey olacaktır. Bu aynı zamanda iletişim gerekliliklerinin en önemlilerinden biri olan güven duygusunun da hastalarımızda yerleşmesi ve pekişmesine neden olacaktır. Bu bireylerin hekime bakış açısının olumlu anlamda değişmesi ve hekimlerin tarihten gelen "kâmil insan" tanımlamalarının pekişmesi de artı faydalar olacaktır.

Ülkemiz ve dünya örneğinde sıkça rastladığımız şekilde, tedavi edici hekimlik uygulamaları üzerinden yürüyen sağlık hizmetlerinin yönünü "sağlığını kaybetmeden önce sağlıklı yaşama yollarının öğretildiği bireylerin oluşturduğu toplumlara verilecek sağlık hizmeti" yönüne çevirebilirsek kazanımlar fazlalaşacaktır.

Diş hekimliğinde pratik uygulamalar iki ana hastalığın tedavisi çerçevesinde gerçekleşmektedir. Bunlar diş çürüğü ve dişeti hastalığıdır. Her iki hastalık da önlenebilir karakteristiğe sahip ve koruyucu tedbirler ile hastaların yakalanma ihtimallerinin ortadan kaldırılabileceği özellikte olduklarından, insidanslarının azaltılmaları ve maruz kalan hasta mağduriyetlerinin giderilmeleri neredeyse tamamen mümkündür. Hukuk tabiri ile toplumda "vaka-i adiye" kabilinden görülen bu hastalıkların toplum içinde görülme oranlarının azaltılması ve başlamadan önlenmeleri, hem kişilerin bireysel sağlık kazanımlarını üst seviyeye çıkaracak hem de sağlık harcama giderlerini devletin karşıladığı

ülkemizde, devletimizin sağlık harcama gider yükünü minimalize edecektir.

Sağlık standartları konusunda gelişmişlik olarak sayacağımız şekilde, hastalarımızın sağlıklarını kaybetmeden önce (çocukluk hatta anne karnı dönemde) hekimlerle buluşması, hekimlerimizin bu bireyleri bir dizi biliçlendirme-yaptırım uygulamaları aracığıyla motivasyon programlarına tabii tutmaları, hastalıkların sebep-sonuç ilişkileri konusunda bilgilendirmeleri mevcut tabloyu çok olumlu etkileyecektir. Kaybedilen sağlığın yerine konma çabalarının maddi ve sağlık değeri ile sağlığın kaybedilmemesi çabaları ve bunun sonuç değerlerinin karşılaştırılması tartışmasız açık ara koruyucu yöntemlerin lehine olacaktır.

Sonuç olarak bireylerin "hasta" sıfatıyla ve sağlıklarını kaybetmiş halde hekimlerimizle karşılaşmaları, bugün sağlık hizmet alanlarında yaşadığımız memnuniyetsizlik tablolarına, iletişim engelleri yüzünden gerçekleşen sağlık hizmetinde yetersizlik tanımlamalarına yol açmaktadır. Hasta sayısını azaltan politikalar aracılığı ile sağlığını henüz kaybetmemiş kişilerin hekimlerle buluştukları günlere ulaştığımızda sorunlarımızın da büyük ölçüde azalmış olacağı öngörülmektedir.

Kaynakça

1. Aytekin, b. A., & şimşek, h. O. (2019). The importance of patient-doctor interaction ın the context of health communication examining with the participatory action research (par) and electrodermal data collectıon (gsr) methods. *Business & management studies: an ınternational journal*, *7*(4), 1209-1224.
2. Balcıoğlu H. Ünlüoğlu, İ. İletişimin temelleri. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017;8(2):111-5.
3. Çağlayan F, Harorlı A. Diş hekimliği radyolojisinde hekim-hasta iletişimi. Harorlı A, editör. Diş Hekimliği Radyolojisinde Farklı Yaklaşımlar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.21-9.
4. Çiftetepe Öztürk D ve ark. Hekimlik Pratiğinde Etkili İletişimin Yeri. Euras J Fam Med 2018;7(2):41-46
5. Goldsmith C, L Slack-Smith, G Davies, Dentist-patient communication in the multilingual dental setting Australian Dental Journal 2005;50:(4):235-241
6. Michael G. Newman, Henry H. Takei, Perry R. Klokkevold, Fermin A. Carranza, Newman and Carranza's Clinical Periodontology 13 th Edition
7. Türk Dişhekimleri Birliği Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları Ekim 2013, Mevzuat Dizisi 7-

HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ

Prof. Dr. Fatma ÇAĞLAYAN
Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı

İletişim, duygu, düşünce ya da bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılmasıdır. İki insan, birbirinin farkına vardığı andan itibaren iletişim başlar; söyledikleri söylemedikleri, yaptıkları yapmadıkları her şeyin bir anlamı vardır.

Hekim ve hasta aynı amaç için birlikte çalışan bir ekibin iki tarafı konumundadır. Hasta ve hekimin ortak amacı; hastanın sağlığına kavuşturulması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinin sağlanmasıdır. Tanı ve tedavi sürecinin birlikte yürütülmesi, kararların birlikte alınması ve uygulanması ancak iki tarafın etkili iletişimi ile sağlanır.

Hasta ile ilk görüşme, hastanın hekim hakkındaki düşüncelerinin şekillenmesi ve iletişimin kalitesinin belirlenmesi açısından çok önemlidir. Bu görüşme hekimin mesleki yeterliliğinden ziyade hastanın duygularına yönelik olacağından hekimin davranış ve iletişim becerileri ön plana çıkar. Hekim ile hasta arasında kurulan doğru iletişim, hasta memnuniyetini artırır ve tıbbi uygulamalardan olumlu sonuç alabilme olasılığını yükseltir.

Hekim Hasta İletişiminin Dünü Bugünü

İnsan sağlığı ile ilgili uygulamalar insanlık tarihi ile başlar. Tarihsel gelişim sürecinde tıbbi bilgi ve uygulamalar sürekli değiştiği gibi hasta ile ona yardım eden hekim arasındaki iletişim de değişmiştir.

Hekim hasta iletişiminde 20. yüzyıla kadar olan dönemde hekim merkezli bir yaklaşım söz konusudur. Bu yaklaşımda hekim, hastası için en iyiyi düşünen, en iyi kararı veren ve bunları uygulayan konumundadır. (Paternalist Yaklaşım). Zamanla gelişen bilgi artışı ve toplumsal değişmeler, hekim hasta iletişimini eşitlik ve hak kavramları çerçevesinde oluşturmuştur. Bu süreç içerisinde; hekimin hasta adına her zaman doğru kararı veren kişi olduğu düşüncesinden uzaklaşılarak, hastanın kendisi ile ilgili kararlarda söz sahibi olduğu hekim-hasta ilişkisine geçilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü, ağız sağlığının tanımını; "Ağız ve diş yapılarının sağlam ve iyi fonksiyon gösterir halde olmasının yanı sıra diş hekimi korku ve kaygısının bulunmama durumu" şeklinde yapmıştır. Bu tanımda korku duygusu, diş hekimliği alanının negatif bir unsuru olarak karşımıza çıkmaktadır. Diş hekiminin hastaya yaklaşımı, davranış biçimi ve iletişim yeteneği bu algının belirlenmesinde oldukça önemlidir. Hastanın endişe ve korkularının azalabilmesi, diş hekimine duyacağı güven duygusuyla da sağlanır.

Hekim Hasta İletişim Modelleri

Birçok kaynakta hekim hasta arasında iki temel yaklaşım şeklinden bahsedilebilir. Bunlar: paternalist yaklaşım ve karşılıklı katılımdır. Bunlara ilave olarak tartışmaya dayalı yaklaşım da gündemdedir.

Paternalist Yaklaşım (Babacıl Yaklaşım): Paternalist yaklaşımda, bir tarafta yardım bekleyen, acı çeken ve kişisel inisiyatifi kısmen kaybolmuş hasta vardır. Diğer tarafta ise konusunda bilgi, beceri ve tecrübe sahibi olan hekim vardır. Paternalist yaklaşımda, hasta zayıf ve mağdur konumdadır. Hekim güçlü, egemen, buyuran taraftır. Hasta için en iyi olanı hekim bilir, hekim düşünür ve hekim yapar. Kısaca tüm ilişkilerin belirleyicisi hekimdir. Hasta ile ilgili tüm kararları hekim verir. Hastanın korunması ve iyileştirilmesi hekimin sorumluluğu olarak kabul edilir.

***Karşılıklı Katılım*:** Karşılıklı katılım hasta merkezli yaklaşımdır. Hekim hasta ilişkisinde tarafların özerk ve özgür katılımı söz konusudur. Hastanın özerkliğine olan saygı öne çıkmıştır. Hekim, hastaya bilgiler verir, alternatifleri açıklar, hastanın sorularını yanıtlar. Daha sonra karar hastaya bırakılır ve hastanın isteği neyse o uygulama yapılır (Aydınlatılmış Kişinin Onayı).

Aydınlatılmış onam; profesyonel olmayan ve tıp bilgisinden yoksun olan hastaya, bu eksikliğini ortadan kaldıracak bilgilerin verilmesi ve bu bilgiler ışığında hastanın kendisi üzerinde uygulanacak tıbbi müdahaleye izin vermesidir.

Bu uygulamada hekim hasta ilişkileri; *"Kimsenin bir başka kişinin yaşamı üzerinde hiçbir tasarrufta bulunmaya hakkı yoktur."* şeklindeki bağlayıcı ifadeden hareket edilerek karşılıklı katılım çerçevesinde yürütülür. Tıbbi müdahaleler hastanın yaşam ve sağlığını yakından ilgilendirdiği için, tıbbi müdahalelerin uygulanmasına karar verme yetkisi hastaya aittir. Hekim veya bir kamu kuruluşu bu konuda karar veremez.

Tartışmaya Dayalı Model: Bu uygulamada hekim hasta ilişkisi dinamiktir. Zamana ve koşullara göre değişebilir. Tartışmaya dayalı yöntem interaktif bir model olup fikir, alışverişi, tartışma, eleştiri ve çözümü içerir. Tedavinin farklı etaplarında, değişen koşullara göre farklı modeller uygulanabilir.

Hekim ile hasta, sorunu beraber çözmeye çalışır. Her ikisi de birbiri için önemlidir. Her biri diğerinde olmayan bilgiye sahiptir ve bu nedenle iki yönlü iletişimi geliştirmek zorundadırlar. Yapılacak işleme ve planlamaya hekim ve hasta birlikte karar verir. Kararları büyük ölçüde hasta verir ancak hekim danışmanlık yapmakla kalmaz rehberlik yapar, yol gösterir. Hastasının doğru karar verebilmesi için gereken yardımı/desteği sağlar. Sadece bilgi aktarmaz, aynı zamanda önerilerde bulunur, cesaret verir, motive eder.

Hekim Hasta İletişim Yolları

- Bilgi Alma, Dinleme, Soru Sorma
- Güven
- Empati
- Beden Dili (Vücut Dili)

Hekim Hasta Görüşmelerini Etkileyen Faktörler

Hekim ile hasta arasında geçen görüşmenin kalitesini etkileyen çeşitli faktörler vardır. Bunlar; hekimden kaynaklanan, hastadan kaynaklanan, hastalıktan kaynaklanan, sağlık sisteminden kaynaklanan ve bilimsel-teknolojik gelişmelerden kaynaklanan etkenlerdir.

- Hekimden Kaynaklanan Etkiler
- Hastadan Kaynaklanan Etkiler
- Hastalıktan Kaynaklanan Etkiler:
- Sağlık Sisteminden Kaynaklanan Etkiler:
- Bilimsel ve Teknolojik Gelişmelerden Kaynaklanan Etkiler
- Çocuk Hastalarla İletişim

Her yaş grubunun iletişim becerileri farklıdır. Diş hekimi çocuk hastanın yaşına uygun bir yaklaşım sergilemelidir.

- 0-12 aylık bebeklerin ağız bölgesini incelemek ancak anne kucağında mümkündür. Bu bebeklerde hiçbir alet kullanmadan parmaklarla bebeğin kretleri palpe edilerek muayene edilir.
- 12-24 aylık çocukların muayenesinde anne ve hekim karşılıklı oturur. Annenin kucağındaki çocuk, yüzü anneye bakacak şekilde oturtulup daha sonra hekime doğru sırtüstü yatırılır. Anne, çocuğun el ve ayaklarını kontrol ederken hekimde başını tutarak ağız içi muayenesini yapar.
- 2-3 yaşındaki çocuklarda muayene yine anne kucağında yapılır. Bu dönemde süt dentisyonu tamamlanmakta olup, diş fırçalama eğitimi başlamalıdır, ancak dişleri fırçalayacak olan anne-babadır.
- 3-5 yaşındaki çocuklar hekimi yabancı birisi olarak tanır. Çocuk hasta koltuğuna oturur ve hekimi dinler, çevresindekilere sevgi ve güvenle yaklaşır. Yapılan işlemlerin ne olduğu, niçin yapıldığı çocuğa anlatılırsa çocukla işbirliği sağlanabilir. Tanıdık yüzler ya da eşyalar çocukların korkularını azaltabilir.
- 5-7 yaşındaki çocuklar hasta koltuğuna oturur ve anlatılanları dikkatle dinler. Çocuğa yapılacak işlemler öncesinde hangi aletlerin kullanılacağı gösterilir. Pozitif yönlendirme ve sözlü ödüllendirme tedaviye olumlu katkı yapar.
- 7-9 yaş grubundaki çocuklarla kooperasyon kurulabilir. Bu yaş grubuna diğer çocukların tedavileri izlettirilerek, modelleme yöntemi kullanılabilir. Ağız ve diş sağlığı eğitimi direkt çocuğa yönelmelidir.
- 9-11 yaşındaki çocukların öğrenme isteği ve enerjisi arttığından, daha fazla ayrıntıya girilmesi çocuğun ilgisini arttırır.

Yaşlı hastalarla iletişim

Dünyada doğum oranları düşmekte, ortalama insan ömrü uzamakta ve bunun sonucunda günümüzde yaşlı nüfusu ve dolayısıyla yaşlı hasta profili artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre dünyada, Türkiye İstatistik Kurumuna göre ülkemizde yaşlı nüfusun oranı artış göstermektedir. Yaşlı hastalarda demans, Alzheimer gibi problemler bazen tamamen anemnez ve muayeneyi tıkayabilmektedir. Geriyatrik hastalar değerlendirilirken anamnez ve fizik muayenede bir takım düzenlemeler yapılmalıdır. Yaşlı ve bitkin durumdaki hastalardan hasta eğer yalnızsa anamnez ardından hemen fizik muayeneye geçilmemeli, hastaya dinlenmesi için fırsat tanınmalıdır. Eğer bir yakını varsa birlikte gelmeleri önerilmeli ve onların da görüşü alınmalıdır. Hekim yaşlı bireylere karşı daima güler yüzlü ve sabırlı olmalıdır. Empati her yaşta bireyle görüşmede olduğu gibi, yaşlı bireylerle görüşmede de iletişimin olmazsa olmaz şartıdır. Yaşlı hastalara ayrılan süre daha fazla olmalıdır. Hasta ile yüz yüze durulmalı, göz teması kurulmalı ve işitme problemi olan hastalara dudak okumaları için fırsat tanınmalıdır. Görüşme sonucunda önemli noktalar özetlenerek, yaşlıya soru sorabilmesi için fırsat verilmelidir. Radyografi işlemleri esnasında da yaşlı hastaların hareketlerinin ve algılarının yavaş olacağı unutulmamalı ve onlara sabırla yardımcı olunmalıdır. Gerekirse hasta yakınından veya yardımcı personelden yardım alınmalıdır.

Engelli Hastalarla İletişim

Engellilik; insanın normal günlük yaşantısını sürdürmesine engel olacak fiziksel ya da zihinsel bozukluğa sahip olmasıdır. Ülkemizde yaklaşık 8,5 milyon engelli insan bulunmaktadır. Zihinsel engellilik; gelişim döneminde meydana gelen, anlama, konuşma ya da yazı dilini kullanma gibi temel psikolojik süreçlerin bir ya da daha fazlasında bozukluk görülmesi durumudur. Mental retardasyon(zeka geriliği) ile seyreden Down sendromu, otizm, cerebral palcy gibi durumlar zihinsel engellere örnek olarak verilebilir. Zihinsel engellilerin %85'i hafif derecede zekâ geriliği olan bireylerdir. Zihinsel engelli bireylerde diş çürüğü ve diş eti hastalıkları sıklığı normal popülasyona göre daha fazladır. Fiziksel engellilik ise çeşitli şekillerde karşımıza çıkabilir.

PANEL - GÖÇ SAĞLIĞI VE KÜLTÜRLERARASI İLETİŞİM

GÖÇMENLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİNDE İLETİŞİM SORUNLARI

Doç. Dr. Didem DANIŞ
Galatasaray Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Anabilim Dalı

Hepimizin yakından bildiği üzere, Türkiye bugün dünyada en çok sığınmacı kabul eden ülke konumundadır. Özellikle Suriyeli sığınmacıların gelişiyle beraber ülkede bulunan ve uluslararası koruma talebinde bulunan kişi sayısındaki büyük artış, sağlık ve eğitim başta olmak üzere Türkiye için büyük bir zorluk teşkil etmektedir. Göç İdaresi verilerine göre 2021 yılı Kasım ayında 3.731.028 Suriyeli geçici koruma statüsünde bulunmakta[1], ülkemizde ayrıca 330.000'den fazla uluslarası koruma başvurusu yapmış[2] –çoğunluğu Afganistan, İran ve Irak'tan gelen- kişi yaşamaktadır.

Pandemi döneminde de gördüğümüz üzere halk sağlığı bir bölgede yaşayan herkesin – yasal statüsünden bağımsız olarak herkesin- sağlıklı olmasını ve sağlık hizmetlerine erişebilir olmasını gerekmektedir. O nedenle, ırk, dil, din, cinsiyet, yerleşim yeri ve sosyal durum farkı gözetmeden herkesin sağlık hizmetlerine erişebilmesi tüm toplumun sağlığı için önemlidir. Gene halk sağlığı alanının temel ilkelerinden biri olduğu üzere, kişilerin sağlık durumu sadece o kişinin değil, tüm toplumun sorunudur. Covid-19 salgınında da açık bir şekilde gördüğümüz üzere, bir kişinin hastalığı çevresindeki kişileri de olumsuz etkileyebilmektedir. O nedenle, bir toplumun sağlık seviyesini yükseltebilmek için, o toplumda yaşayan tüm kişilerin sağlıklı olması gerekmektedir.

Halk sağlığının bu temel ilkeleri, 25 Eylül 2015 tarihinde Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu'nda kabul edilen **Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarında** ifade edilen "**Kimseyi Geride Bırakma!"** *(Leave No One Behind!)* sloganıyla da uyumludur. BM 2016-2030 dönemini kapsayan 15 yıllık süre boyunca tüm dünyada insanların refah içinde yaşaması için dezavantajlı kesimler başta olmak üzere hiç kimsenin ve hiçbir ülkenin geride bırakılmaması ilkesini benimsenmiştir.

Bu yaklaşımlar gözönüne alındığında sağlık hizmetleri konusu Türkiye'de bulunan mültecilerin de hem mevcut yaşam koşulları açısından, hem de bulundukları yerleşim yerlerindeki entegrasyonu açısından kilit öneme sahiptir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün kısaca ifade ettiği gibi, göç "kendi başına sağlık için bir risk değildir". Araştırmalar göçmenlerin çoğunun sağlıklı, genç insanlar olduğunu göstermektedir. Ancak göç süreçlerinin yarattığı koşullar göçmenlerin sağlığı için riskler oluşturmaktadır. Bu durum, özellikle doğal veya insan kaynaklı afetlerden kaçan zorla yerinden edilmiş zorunlu göçmenler ve sığınmacılar

1 https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638 (erişim tarihi 22.11.2021)

2 https://data2.unhcr.org/en/documents/details/88664 (erişim tarihi 22.11.2021)

için geçerlidir. Hukuki değil sosyolojik bir bakış açısıyla, mülteciler olarak ifade edeceğimiz, bu kişiler savaşa, çatışmaya, insan hakları ihlallerine, ekolojik felaketlere, çok ağır sosyo-ekonomik koşullara ve nihayet zorunlu göç süreçlerine maruz kalmaktadır. Göç sürecinde maruz kaldıkları hastalık, şiddet ve suistimal riskleri, sağlık koşullarını riske attığı gibi, bakım ve tedavilerinin de kesintiye uğraması riskni ortaya çıkarır. Göçün varış aşamasında sağlık riskleri devam eder: Göçmenler deneyimledikleri ağır sosyal koşulların sonucu olarak (zorlu çalışma ortamı, ayrımcılık ve dışlama) daha fazla sağlık riskiyle yüzyüze kalmaktadırlar. Yasal statülerinin kırılganlığı, yoksulluk, sömürücü çalışma koşulları, ayrımcılık, sosyal dışlanma, dil ve kültürel farklar ve bilgiye erişimde karşılaşılan sorunlar bu zorluklardan bazılarıdır.

Yerinden edilmeyle ilgili tüm bu koşullar yalnızca göçmenlerin sağlığını tehlikeye atmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimlerini de engeller. Oysa T.C. Anayasasının 56. Maddesinde "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir" denmektedir.

Türkiye'de bulunan en önemli grup olan Suriyeli sığınmacılara 2014 yılında kabul edilen bir düzenlemeyle Geçici Koruma Statüsü (GKS) verilmiştir. Bu yasal statünün eksikleri[3] olsa da Suriyelilere başta temel sağlık hizmetleri olmak üzere bazı sosyal hizmetlere erişim hakkı vermektedir. Ancak GKS sahibi olanlar için geçerli olan bu hakların uygulanmasında başta iletişim olmak üzere bazı sorunlar gözlenmektedir. Ayrıca daha da önemlisi, GK veya UK sahibi olmayan yabancıların sağlık hizmetlerine erişmede karşılaştıkları zorluklardır.

Göç Araştırmaları Derneği (GAR) çatısı altında, Ekim 2020'de Polat Alpman ve Eda Sevinin'in hazırladığı, benim de koordinatörlüğünü yürüttüğüm **"Göçmenlerin İstanbul'daki Sağlık Hizmetlerine Erişimlerinin Önündeki Engeller ve Kolaylaştırıcılar" (GAR, 2020)** başlıklı araştırmada detaylı olarak resmedildiği üzere, Türkiye'de bulunan yabancıların yasal statüleri, onların sağlık hizmetlerine erişiminde çok belirleyici olmasına rağmen, tek faktör değildir. GAR (2020) raporunda da gösterildiği üzere, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde, şu faktörler önemli bir rol oynar: Göç politikaları, sağlık politikaları, yasal statü, göçmenlerin yaşama ve çalışma koşulları ve göçmenlerin sosyal ağlara ve bilgiye erişme kapasiteleri.

2014 yılında Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nun (YUKK) uygulanmasından önce, göçmenlerin sağlık hakları yasal olarak belirlenmemişti. YUKK ile beraber, Uluslararası Koruma (UK) Statüsü onaylanmış kişilere ve UK için başvuranlara sağlık alanında bir kısım haklar verildi. Daha sonra Suriye'den Türkiye'ye sığınan GK sahiplerine de sağlığa erişimde önemli haklar verildi.

Aralık 2016'da Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Avrupa Birliği (AB), "Geçici koruma altındaki Suriyeli nüfusun sağlık durumunun iyileştirilmesi ve Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan ilgili hizmetler" başlıklı 36 aylık AB finansmanlı sağlık projesini başlattı. SIHHAT Projesi olarak da bilinen bu çalışmanın en önemli ayaklarından biri Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM'ler) açılması oldu. Eylül 2020 itibariyle 29 şehirde 178 GSM faaliyet göstermektedir. GSM'lerde göçmen sağlık

3 Bu statünün geçici olması; mültecilerin geleceğe dair kalıcı plan yapmasına imkan tanımaması ve belirsizlikle tanımlanan askıda hayatlara mahkum etmesi eleştirilmektedir (Baban, vd 2017).

çalışanlarının istihdam edilmesi, "dil ve kültür farklılıklarından kaynaklanan iletişim zorluklarını ortadan kaldırmakta" ve bu sayede, bu merkezlerden hizmet alanların memnuniyeti yüksek olmaktadır (Keleşmehmet, 2018).

Ancak, pek çok araştırmanın da gösterdiği gibi UK veya GK sahibi olmayanlar mevcut sağlık sisteminden dışlanmaktadır. Gerekli belgeleri olmayan ya da kayıtlı olduğu uydu kentte bulunmayan göçmenler için sağlık kurumlarına başvurmak çok önemli bir korkuyu -sınır dışı edilme riskini- ortaya çıkarmaktadır. UK veya GK kimlik belgesine veya genel sağlık sigortasına sahip olmayan yabancı uyruklu kişilerin sağlık hizmetleri, "Sağlık Turizmi Yönetmeliği" olarak da bilinen "Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığına İlişkin Yönetmelik" ile belirlenmiş olması bu kişiler için çok ciddi bir maddi yük anlamına gelmektedir. Bu da özellikle tehlikeli ve ağır işlerde kayıtsız olarak çalışan düzensiz göçmenlerin sağlık hizmetlerine ancak çok yüksek bedeller ödeyerek erişmesi durumunu ortaya çıkarmaktadır (GAR 2020).

Suriye'den kitlesel göç sonrası, sığınmacıların sağlığa erişiminde dikkate değer aktörlerden biri, 2011-2015 arası sayıları ve önemleri hızla artmış olan sivil toplum kuruluşları (STK'lar) oldu. 2016 sonrasında hükümetin sağlık başta olmak üzere mültecilere sunulan hizmetleri merkezileştirme çabalarına kadar, STK'lar göçmenlere yönelik sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan bazı boşlukları doldurdular.

Göçmenlerin sağlığa erişimde karşılaştıkları bu sorunların dışında önemli bir başlık da iletişim sorunlarıdır. Sağlık hizmetlerinin –GSM'ler dışında- çok dilli hizmet sunmuyor olması sağlık sistemine aşina olmayan göçmenler için daha fazla zorluk yaratmaktadır.

Türkçe konuşmayan göçmenler için, komşuları veya dahil oldukları göçmen topluluk içinden dil bilenlerin sunduğu Türkçe tercüme desteği sağlığa erişimde yaşamsal önemdedir. İletişim sorunlarını birkaç başlık altında özetleyebiliriz: sağlık hizmetleri konusundaki bilgilere erişebilme; göçmenlere hastaneye gidişlerinde refakat etme ve doktorlarla ve hastane personeliyle iletişim kurmalarını sağlama (GAR, 2020). Zorunlu göç deneyimi, özellikle kadınların dil problemi nedeniyle doktora gitme, sağlık personeliyle iletişim kurma gibi konularda zorluk yaşamalarına ve bu yüzden sağlık sorunlarının tedavisinde geleneksel yöntemlere başvurmalarına neden olmaktadır (Arabacı, vd., 2016).

Sonuç olarak, mültecilerin sağlık durumuna ilişkin verilerin sistematik olarak toplanması ve halk sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi, gelecekte hizmetlerin planlanması ve iyileştirilmesinde kilit faktörlerdir. Sağlık sistemine erişimde karşılaşılan iletişim başta olmak üzere çeşitli sorunların çözülmesi, mültecilerin topluma başarılı bir şekilde entegrasyonunu kolaylaştırmak için önemli bir ihtiyaçtır.

Kaynakça

1. Arabacı, Z., Hasgül, E., & Serpen, A. S. (2016). Türkiye'de Kadın Göçmenlik ve Göçün Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, (36), 129-144.

2. Baban, F., Ilcan, S., & Rygiel, K. (2017). Syrian refugees in Turkey: Pathways to precarity, differential inclusion, and negotiated citizenship rights. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, *43*(1), 41-57.

3. GAR (2020). "Göçmenlerin İstanbul'daki Sağlık Hizmetlerine Erişimlerinin Önündeki Engeller ve Kolaylaştırıcılar", GAR Yayınları https://www.gocarastirmalaridernegi.org/attachments/article/182/GAR_MSF_saglik.pdf (erişim tarihi. 22.11.2021)

4. Keleşmehmet, H. (2018). Dünyada ve Türkiye'de göçmen sağlığı. *The Journal of Turkish Family Physician*, *9*(4), 119-126.

DÜNYADA GÖÇ NEDENLİ İLETİŞİM SORUNLARININ SAĞLIK HİZMETLERİNE YANSIMALARI

Doç. Dr. Özge KARADAĞ
Columbia Üniversitesi

Tüm dünyada insanlar, bugüne kadar hiç olmadığı kadar çok yer değiştirmektedir ve göçün özellikleri sağlığı farklı biçimlerde etkilemektedir. Uluslararası göç ile ilişkili iletişim sorunları çok faktörlü ve çok boyutlu olup, iletişimin en önemli tarafları arasında i) Göçmen nüfus, ii) Yerel nüfus, iii) Politika yapıcılar/ karar vericiler/ liderler, ve iv) Göçmenlere hizmet sunanlar bulunmaktadır. Uluslararası göç, iletişim ve sağlık arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde, göçmenlerin sağlığı ve sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen faktörler arasında:

- Dil farklılıkları
- Kültürel farklılıklar
- Göçmenlerin heterojenliği (etnik köken, dil, din, cinsiyet, yaş, vd) ve farklı nüfus gruplarına uygun politika ve programların varlığı,
- Göçmenlerin eğitim seviyesi, sağlık okuryazarlığı düzeyi
- Göç edilen ülkede ötekileştirme, damgalama ve ayrımcılığın boyutu
- Göç edilen ülkede hakim medya dili, siyasi dil
- Göçmenlerin sağlık bilgisine erişimi (dile, kültüre uygun sağlık bilgi kaynakları, internet, teknoloji erişimi..)

Hizmetlerin ne kadar göçmen dostu ve erişilebilir olduğu (dile, kültüre uygun hizmet ve hizmet sunanların göçmen sağlığına özel eğitimi, göçmenlere karşı tutumları, yasal statü konusunda iletişim, sınırdışı edilme korkusu)

Sürveyans sistemleri, hizmete erişim/ sağlık iletişimi araştırmaları, veri varlığı, kanıta dayalı politika ve uygulamaların varlığı gibi çok çeşitli faktörler bulunmaktadır.

Bugün pandeminin kontrolünde iletişim kaynaklı sorunlara bakıldığında, i) Göçmenlerin COVID-19, test, tedavi ve aşısı hakkında güvenilir bilgi kaynaklarına erişiminde yaşanan sorunlar, ii) Sağlık okuryazarlığının düşüklüğü, COVID-19 ile ilgili konularda yanlış inanışlar, iii) Göçmenlerin virüsün yayılmasından sorumlu tutulmaları, iv) İlaç, aşı ve diğer kaynakların kullanımının paylaşılması ve daha pek çok nedenle yerel nüfusta göçmenlere karşı artan damgalama, nefret söylemi ve şiddet,

v) Göçmenlerin sınır dışı edilme korkusu ve buna bağlı hizmet kullanımının düşük olması ve vi) Dijital eşitsizlikler gibi pek çok sorun yaşandığı görülmektedir. Oysa hem pandeminin etkili kontrolü hem de daha sağlıklı toplumlar için iletişimin her boyutu ile güçlendirilmesi önem taşımaktadır. Bu kapsamda göçten etkilenen ülkelerde en öncelikli müdahaleler arasında şunlar yer almaktadır:

- Sürveyans sistemlerinde sağlığın sosyal belirleyicilerine ve dezavantajlı gruplara özel sürveyans
- Araştırma, politika ve uygulamalarda görev alabilecek uzmanlar (sağlık, iletişim, sosyal bilim uzmanları) ile veri paylaşımı, işbirlikleri
- Uygun risk iletişimi ve sağlık eğitimi için farklı dillere, kültürlere uygun materyaller
- Sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi
- Göçmenlere erişim için farklı yöntemler (akran yaklaşımı, sağlık aracıları, toplum liderleri, dijital teknolojiler, sosyal medya…)
- İnternete erişimin arttırılması
- Aralıklı ihtiyaç analizleri ve politikaların, müdahalelerin etkinliğini değerlendiren araştırmalara destek
- Göç ve sağlık ile ilişkili ileriye yönelik projeksiyonlar, stratetik planlar ve eylem planları
- Göçmenlere yönelik damgalama ve ayrımcılığın azaltılmasına yönelik yaklaşımlar, medyada ya da topluma yönelik mesajlarda uygun dil
- Çok kültürlü yaşama yönelik farkındalığın arttırılması
- Sağlık hizmeti sunanların göç, dezavantajlı gruplar, sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin azaltılması gibi konularda özel eğitimi
- Göçmen çocuk ve gençlerin sağlığına yatırım

Hem pandeminin en kısa sürede sonlanması, hem de "*kimseyi geride bırakmayan*" adaletli sağlık sistemlerine kavuşmak için toplumsal ve profesyonel iletişimi güçlendirmek ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak en kilit noktalar arasındadır. Göçle ilişkili sağlık politikalarının ve uygulamalarının kapsayıcılığı ve etkililiği ise göçmenlerin bu politika ve uygulamaların planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarına ne kadar aktif katılabildiği ile yakından ilişkidir.

BAKANLIK DÜZEYİNDE İSG İLETİŞİM YAKLAŞIMI

Burhanettin KURT
T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdür Yardımcısı

1.Uluslararası Tıp, Sağlık ve İletişim Bilimleri Kongresinde "İş Sağlığı ve Güvenliğinde İletişim" gibi Genel Müdürlük olarak çok önemsediğimiz bir konuyu ele aldığınız için öncelikle Kongreyi düzenleyen ekibe teşekkürlerimi sunar, Bugün sizlerle burada olmaktan duyduğum mutluluğu dile getirmek isterim.

Bilinmektedir ki Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; yaklaşık 2 yıllık süre içerisinde dünyada yaklaşık 5.300.000 kişi COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Uluslararası Çalışma Örgütü verilerine göre ise yılda 2.780.000' den fazla kişi iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle ölmektedir. İş sağlığı ve güvenliği tüm dünyada çalışma hayatının en önemli meselelerinden biridir. İş kazalarının %98' ini, meslek hastalıklarının %100' ünü önlemek mümkündür. İş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesinde etkili eğitim ve iletişim büyük katkı sağlamaktadır.

Güvenlik kültürünün geliştirilmesinde güvene dayalı etkin bir iletişim, iş sağlığı ve güvenliğinin önemi hakkında ortak algılar ile önleyici ve sürekli iyileştirme çok önemli yer teşkil etmektedir. Bu çerçevede; iş sağlığı ve güvenliğini çalışma hayatının tamamında yaşanan bir kültür haline getirmek, temel öncelik ve hedeflerimiz arasında yer alıyor.

Geçtiğimiz iki yıl boyunca tüm dünyayı etkisi altına alan pandemi süreci ülkemiz çalışma koşullarını da ziyadesiyle etkilemiş fakat ülke çapında alınan erken önemler ve etkin destek mekanizmaları ile ülkemiz bu önemli sınavda gücünü göstermiş ve dünya ekonomisi içindeki varlığını devam ettirebilmiştir.

Katılımcı Yönetim Anlayışımızın Vurgulanması

Ülkemizi daha iyi bir geleceğe taşımak için devlet olarak, çalışanlar ve işverenler olarak hepimiz el birliği içinde çalışıyoruz.

Bizler kamu tarafı olarak işyerlerimizle, Tüm çalışanlarımıza sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları sağlamak için çaba gösteriyoruz. Hem çalışan hem de işverenlerimizle iç içe ve onların tüm süreçlerimize aktif katkıda bulunmasını istediğimiz bir yönetim anlayışına sahibiz.

İnsana verdiğimiz değer ve emeğe olan saygımız, bu sürece yön veren en güçlü faktörlerden biri.

İnsanlarımızın huzuru ve güvenliği için izlediğimiz politikalarla her kesime yönelik olarak önemli iyileştirmeler yaptık.

İş sağlığı ve güvenliği konusundaki hassasiyetimiz de bu çerçevedeki gelişmelerin bir yansıması oldu.

Bildiğiniz gibi Kanunumuz, işyeri bünyesinde iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin çalışmaların da katılımcı bir politika ile yürütülmesini öngörmektedir.

Dünyada ve Ülkemizde İş Kazaları

Tabii ki iş kazaları ve meslek hastalıkları küresel bir sorundur.

Her yıl milyonlarca çalışanın hayatına mal olmakta, sağlıklarını ve yaşam standartlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

ILO tahminlerine göre, dünyada her yıl 2,78 milyon kişi hayatını kaybediyor, 374 milyon kişi ise yaralanıyor ya da hastalanıyor.

Ülkemizde ise, 2020 SGK verilerine göre toplam 384.605 çalışanımız iş kazası yaşamıştır. Maalesef 1245 çalışanımız ise iş kazası sonucu hayatını kaybetmiştir.

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunumuzun yürürlüğe girdiği 2013 yılından bu yana 1.611.292 olan işyeri sayısı % 21,7 oranında artarak 2020 yılında 1.960.911 olmuştur. 13.136.339 olan çalışan sayısı % 52,6 artış ile 2020 yılında 20.078.920'a yükselmiş, yüz bin işçide ölümlü iş kazalı ve meslek hastalığı oranı ise %40,4 azalarak 10,4' den 6,2' ye gerilemiştir. Bu oranın azalmasında tüm tarafların güçlü iletişimi ve işbirliği çok büyük bir etkendir. Ancak çalışanlarımızın hayatı söz konusu olduğunda bu oran kabul edilebilir bir seviyede değildir. Çalışmalarımızı bu hedef doğrultusunda, ilgili taraflarla güçlü iletişimi devam ettirerek iş kazalı oranımızı en alt seviyeye indireceğiz.

Bakanlığın Yaklaşımı ve İSG Kanunu

Çalışma hayatına yönelik faaliyetlerimizi sosyal diyaloğu ve uzlaşmayı ön planda tutarak yürütüyoruz.

Bu çerçevede; iş sağlığı ve güvenliğini çalışma hayatının tamamında yaşanan bir kültür haline getirmek, temel öncelik ve hedeflerimiz arasında yer alıyor.

2012 yılında yayımlanan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, bu anlayışın bir eseridir.

Bu kanunla iş sağlığı ve güvenliği alanı müstakil bir kanun düzenlemesine kavuştu. Bu da konuya verdiğimiz önemi ortaya koyuyor.

Yine bu kanunla, iş sağlığı ve güvenliği alanında, uluslararası norm ve gelişme standartlarıyla uyumlu bir sistem kurmuş olduk.

Kanun, risk değerlendirmesini temel alıyor, önleyici yaklaşımı benimsiyor ve çalışanların görüşlerini içeren katılımcı özellikler taşıyor.

Kamuoyunda Kanunumuzun kamu kurumları ve 50'den az çalışanı olan az tehlikeli işyerlerinde ötelendiğine dair yanlış bir algı mevcuttur. Ancak kanunumuzda belirtilen sorumlulukların ve gerekliliklerin tüm işyerleri için yürürlükte olduğunu ifade etmek gerekir. Bu nedenle kamuda iş

sağlığı ve güvenliği yönetiminin nasıl olması gerektiğine dair kurumlarımızı bilgilendirmek ve ihtiyaçlarını dinleyerek çözüm önerileri üretmek amacıyla şu ana kadar 50 kamu kurum ve kuruluşu ile iletişim kurarak bir araya geldik. Kamu İSG Ailesi giderek büyüyor. Tüm kamu kurumlarımız bu ailenin bir üyesi olana kadar çalışmalarımız devam edecektir.

Ülkemizdeki İş Kazalarının Maliyeti

Değerli Katılımcılar,

Sürdürülebilir bir ekonomi ve sanayileşme stratejisi için çalışma hayatında barışın, iş sağlığı ve güvenliğinin olmazsa olmaz olduğunu biliyoruz.

Ülkemizdeki iş kazası sayılarına baktığımızda hepimizin çok daha fazla çaba göstermesi gerektiği muhakkaktır.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2019 yılında yaptığı açıklamaya göre iş kazaları ve meslek hastalıklarının ülkelerin gayrisafi yurtiçi hasılalarındaki payı %3,94 'tür.

İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğümüzce yapılan bilimsel bir araştırmada;

Sürekli iş göremezlikle sonuçlanan bir iş kazasının hukuki maliyeti bir KOBİ'nin öz sermayesinin %39'una;

Ölümlü bir iş kazasının hukuki maliyeti ise bir KOBİ'nin öz sermayesinin %63'üne denk geldiği gösteriliyor.

Bugünkü mevcut maliyetin yanında, çalışanların sağlık ve güvenliklerini önemseyen işletmelerin gelecekte rekabet gücü kazanarak öne çıkacağı da ayrıca kayda değer bir noktadır.

Ancak işverenlerimizin iş sağlığı ve güvenliğini sadece bir maliyet unsuru olarak değil bir yatırım olarak görmelerini sağlamamız gerekiyor.

Alınan tedbirler, bir lütuf olarak görülmemelidir.

Kimsenin, çalışanlarımızın hayatını ve sağlığını göz ardı eden en ufak bir maliyet hesabı yapmasını istemeyiz.

İş Sağlığı ve Güvenliğinde İletişim Odaklı Çalışmalar

İş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesinde Avrupa Birliği standartlarında mevzuatımızın olması ve mevzuatın getirdiği yükümlülüklerinin yerine getirilmesi kadar önemli bir konu da toplumun tamamında güçlü bir iş sağlığı ve güvenliği kültürünün oluşturulması ve yönetim-çalışan-İSG profesyonelleri arasında etkili bir güvenlik iletişiminin sağlanmasıdır.

OSHA, British Safety Council, U.S Atomic Regulatory Commision gibi sağlık ve güvenlik otoriteleri, olumlu sağlık ve güvenlik kültürü ortamı oluşturmak isteyen işletmelerin, çalışanlarla iletişime önem vermelerine ve çalışanların katılımını sağlamalarının gerekliliğine dikkat çekmektedir. İki taraflı

kurulacak empatik iletişim becerilerinin geliştirilmesi bu kültürün içselleştirilmesinde büyük önem taşıyacaktır.

Takdir edersiniz ki bu alanda devletin rolü daha çok gözlemci, rehberlik edici, teşvik edici ve arabulucu olmalıdır. En önemli etkinliği, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı için gerekli şartları mevzuatla düzenlemek, denetimi sağlamak ve devlet politikası olarak benimsenmesini sağlamanın yanında taraflar arasındaki arabuluculuk rolünde de etkin iletişim kanallarını kullanarak tarafları herkesin lehine olacak ortak paydada buluşturmaktır.

Bu nedenle; 83 milyona ulaşan nüfusumuzun her katmanında konuya olan duyarlılığın artırılması ve tüm aktörlerin bu konuda bir seferberlik ruhu içinde hareket etmeleri için büyük gayret sarf ediyoruz.

Genel Müdürlük olarak tüm çalışanlar için; insana yakışır iş hedefini gözeterek, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatımız ışığında sağlıklı ve güvenli çalışma ortamları sağlamak amacıyla çalışma hayatının tüm tarafları ile işbirliği içinde olanın hayati öneminin farkındayız. Bu kapsamda kamu kurumları, işçi-işveren sendikaları (TİSK-TESK-TÜRK-İŞ-HAK-İŞ) ile ilgili STK lar ve tüm üniversiteler ile istişare halinde olmayı ve ortak akılla hareket etmeyi önemsiyor ve saydığımız tüm taraflara yönelik teknik ve kültürel faaliyetler yürütüyoruz. Çalışanlarımız için kamu ve özel sektör ayrımı yapmayan İSG Kanunumuzun bakış açısıyla kamu ve özel sektöre aynı derecede önem vererek çalışmalarımızı sürdürüyoruz.

Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu ile yakın işbirliği halinde birçok çalışmalar yürüttük ve bu çalışmalarımıza hız kesmeden devam ediyoruz. Konfederasyona bağlı 21 sendika özelinde bağlı üye işyerlerine bilgilendirici toplantılar düzenledik. Sahada yaşadıkları sorunları dinleyerek çözüm önerileri geliştirdik. İş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesine yönelik sektörel bazda kazaların kök nedenlerinin incelenerek raporlanması ve ilgili tüm taraflarla paylaşılması için çalışmalarımız devam ediyor.

1987 den beri her yıl 4-10 Mayıs tarihleri arasında düzenlediğimiz "İş Sağlığı ve Güvenliği Haftası"nın otuz beşincisini 4-6 Mayıs 2021 tarihlerinde "Pandemi Sürecinde İş Sağlığı ve Güvenliğinde Etkin İşbirliği" temasıyla Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu ile birlikte düzenledik. Gerçekleştirdiğimiz hafta programımızda daha önceden planladığımız fakat pandemi nedeniyle ertelediğimiz "Güçlü İletişim, Güvenli İşyeri" temalı iyi uygulama yarışmasının ödülleri sahiplerini buldu. Kamu ve özel sektörden 100'ü aşkın başvurunun olduğu yarışmamızın temel gayesi, işyerlerinde kurulan güçlü iletişim mekanizmalarının iş sağlığı ve güvenliğine olan etkisini görmekti. Çalışanların sürece dahil edildiği, yönetimin süreci sahiplendiği ve sonucunda iş kazası ve meslek hastalıklarının sayılarının düşürüldüğü örnek çalışmalar ödüle layık görüldü.

İşyerlerimizdeki bu iyi uygulamaların teşvik edilmesi için geleneksel hale getireceğimiz "Türkiye'nin İSG Ödülleri" yarışmasını başlatıyoruz.

Değerli Katılımcılar,

Gerekli farkındalık, bilinç ve toplumsal hassasiyetin oluşturulması adına; çocuklarımıza ve

gençlerimize yönelik kampanyalar yürütüyoruz.

Geleceğin çalışanları ve işverenleri olacak çocuklarımıza ve gençlerimize sağlıkla ve güvenle büyüme vizyonunu kazandıracak etkinlikler gerçekleştiriyor; ağaç yaşken eğilir diyerek onlara güvenli okul, ev ve çevre bilincini kazandırıyoruz.

Bu amaçla, her yaştaki çocuk ve gençlerimize ulaşmak üzere Milli Eğitim Bakanlığı ve üniversitelerimizle işbirliği çalışmalarımızı genişlettik.

Milli Eğitim Bakanlığı ile Bakanlar düzeyinde imzalanan protokol ile;

- Okul öncesi eğitim, çocukluk ve yetişkin dönemi eğitim-öğretim müfredatında iş sağlığı ve güvenliğine kazanımlarının yer almasını,

- Her kademedeki yönetici, öğretmen ve usta öğreticilerde iş sağlığı ve güvenliği kültürünün geliştirilmesine ilişkin eğitim ve aktiviteler yürütülmesini,

- Eğitim düzeylerine uygun olan basılı, görsel ve uygulamalı materyal hazırlanmasını

- Eğitim-öğretim, kurs ve çalışma ortamlarının temel İSG gereklilikleri açısından değerlendirilmesini sağladık.

Bu konuda bir diğer önemli paydaşımız olan üniversitelerimiz ile sık sık bir araya geliyor ve öğrencilerimize İSG bilincini aşılamaya çalışıyoruz. 2019 yılında bölgesel olarak belirlediğimiz 9 üniversitemizde "Genç İSG Programları" ile 5000'e yakın öğrencimize ulaştık. 2020 yılından bu yana da yine üniversite öğrencilerimizle bir araya gelerek bu hususstaki hedeflerimiz doğrultusunda faaliyetlerimize devam ediyoruz.

İSG ön lisans ve lisans bölümü olan üniversitelerimizin öğrenci temsilcileriyle her fırsatta bir araya gelerek mesleki gelişimlerine katkı sunacak çalışmalara imza attık.

İş sağlığı ve güvenliğini uygulamalı olarak aktardığımız yeni nesil eğitim metotları ve sanal gerçeklik merkezimizle öğrencilerimizi buluşturuyoruz.

İSG alanındaki 50 yılı aşkın sürede edinilen tecrübemizi uzman personellerimiz vasıtası ile üniversitelerimizde (İzmir, Kocaeli, Kayseri) ders vererek akademiye ve öğrencilerimize aktarıyoruz.

İş Sağlığı ve Güvenliği Araştırma ve Geliştirme Enstitümüzde İSG meslek yüksek okul öğrencilerimize, İş sağlığı ve İş ve Meslek Hastalıkları uzmanı tabiplerimize ölçüm, test, analiz dâhil staj imkanı sağlıyoruz.

Staj ya da ziyaret için İSGÜM'e gelen öğrencilerimize iş hijyeni, kişisel koruyucu donanım, gezici iş sağlığı ve güvenliği araçları gibi başka bir kurumda aynı çatı altında göremeyecekleri laboratuvar ve uygulama olanaklarını bir arada deneyimleme imkânı sağlıyoruz.

İSG alanında heyecan duyan öğrenci platformlarını toplantılarına katılarak destekliyoruz.

Üniversite protokollerimiz ile öğrencilerimizi İSGÜM'de ağırlayarak İSG'yi tanıtıyor, anlatıyoruz.

Değerli Katılımcılar,

Bir yandan çocuk ve gençlerimize iş sağlığı ve güvenliği bilincini kazandırmak amacıyla faaliyetlerimizi yürütürken, diğer yandan ise işverenlerimize, çalışanlarına daha sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı sunmaları için teşvik uygulamaları yapıyoruz. Uyguladığımız teşvik ve desteklerimizle işverenlerimizin iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi görevlendirme yükümlülüğünü ve çalışanlarımızın iş sağlığı ve güvenliğe hizmetlerine erişimini kolaylaştırdık.

İşbirliğine Verdiğimiz Önem

İşveren ve çalışan örgütlerimizle işbirliği içinde çalışmalar yürüterek saha da yaşanan sorunlara çözümler üretmekteyiz. Uluslararası platformda da gelişmeleri takip ederek, bilgi paylaşımlarında bulunarak en güncel bilgilerin çalışma hayatımıza sunulabilmesi adına faaliyetler yürütmekteyiz.

Genel Müdürlüğümüz ile Alman Sosyal Kaza Sigortası Kurumu (DGUV) arasında imzalanan işbirliği protokolü kapsamında yapılan çalıştaylarla, sahada faaliyet gösteren iş sağlığı ve güvenliği profesyonellerinin yeterliliklerini ve etkinliklerini sektörel bazda arttırmak amacıyla iş sağlığı ve güvenliği profesyonellerine yönelik uygulama ağırlıklı sektörel ileri iş sağlığı ve güvenliği modülleri oluşturma çalışmalarına başlanmıştır.

Bu çalışmalar kapsamında, pilot sektör olarak belirlenen ve özellikle iş kazalarının ve meslek hastalıklarının yoğun olarak yaşandığı inşaat sektörüne özel 5 modülden oluşan ileri iş sağlığı ve güvenliği eğitim modülü içerik çalışmalarımız tamamlanmıştır. İNTES iş birliği ile ilk iki modül için uzaktan eğitim planlama çalışmaları başlamıştır.

Değerli Katılımcılar;

İş sağlığı ve güvenliği konusunda yapılan çalışmalar, insanımıza olan saygının ve dünyada ülke olarak sahip olmak istediğimiz saygınlığın zorunlu koşuludur.

Sahanın tüm aktörleri ile ortak akıl ve etkili iletişimi ile hareket ederek iş sağlığı ve güvenliğinin her iş sürecinin adeta ayrılmaz bir parçası haline gelmesi için özveriyle çalışma sorumluluğunu paylaşıyoruz.

Bu hassasiyetle güzel işler yapacağımıza, sağlıklı ve güvenli günleri hep beraber inşa edeceğimize samimiyetle inanıyorum.

Bu duygularla; çalışma hayatımıza güç ve anlam katan tüm taraflara çok teşekkür ediyor, hepinizi saygı ve muhabbetle selamlıyorum.

SAĞLIK VE GÜVENLİKTE ETKİ ODAKLI İLETİŞİM: KURUMSAL ESENLİĞİ GÜÇLENDİRME

Dr. Serkan ALKAN
TURKCELL, Sağlık, Esenlik ve Çevre Yöneticisi

Bugünkü sunumumda kurumsal esenlik açısından yaptıklarımızdan bir miktar bahsedeceğim. Ve ilave olarak, bu konuyu proje olarak ele alma şeklimizi ve bugünkü haline getirirken ki yolculuğumuzu da anlatımıma eklemek istiyorum.

Kurumsal esenlik kavramından bahsederken, çalışanın zihinsel, fiziksel, ruhsal dengesini sağlayarak bunu şirket kültürü haline getiren ve elde ettiği pozitif katkıları global gelecek vizyonu ve şirket stratejileriyle bütünleştirerek varlığını karlılıkla sürdürmeye çalışan bir şirket zihnimde canlanıyor. Bu faaliyetlerin bilinen elemanlarını çalışanlar, binalar, kaynaklar, altyapı, operasyonel süreçler olarak sıralarken merkezine insanı koyan bir faaliyetler bütünü ortaya çıkıyor.

İşleyen her mekanizmada olduğu gibi kurumsal esenlik kültürünü benimsemek isteyen şirketlerin de çalışmalarında sistematik bir planlama gerekli. İşleyişin sürdürülebilirliği izlenebilir – ölçülebilir olduğu kadar, etki odaklı hedeflerin peşinden gitmenin ve bu hedeflere ulaşılabilir olup olmadığının düzenli kontrolü de gereklidir.

Kurumsal esenliği de benzetme yaparsak bir yolculuğa başlamak olarak nitelendirebiliriz. İş dünyası dinamiklerinin değiştiğini kabul ettiğimizde, bu konuda kendimizi yetiştiren bireyler olarak bilgilerimizi sürekli olarak geliştirmeli, araştırma ve veri analizi becerilerimizi de bu gelişmelere uyumlu biçimde adapte etmeliyiz. Bu farkındalıkla çalışan sağlığı ve refahını korumak için bilinçli ve etki odaklı eylemlerde bulunabiliriz.

Bugün artık işgücünün sağlığı ve refahı ile ilgilenen çok sayıda uygulayıcıdan bahsedebiliriz. İşyeri hekimleri ve hemşireleri, iş güvenliği uzmanları, esenlik uzmanları, ik uzmanları, fizyoterapistler, mesleki terapistler (henüz ülkemizde yaygın bir meslek grubu değildir), beslenme uzmanları ve daha fazlasını bu gruba dahil edebiliriz.

Çevremizde, farklı demografik yapıda olan bir sürü insanın fark yaratmaya çalıştıklarına, doğal çevreyi korumaya, kültürel yaşamı desteklemeye, ihtiyacı olanlara destek vermeye çalıştıklarına şahit oluyoruz.

Bir fayda yaratma açısından bakıldığında, çalışanlar olarak bizlerin de ihtiyaçları ve buna yönelik bilinçli çalışmaların olması da yadsınamaz bir gerçek.

Yapılan çalışmalar gösteriyor ki, ancak değişiklik şeklinde sonuçlar üretirsek etkiden bahsedebiliriz.

Tabi ki çalışmaların niteliğine ve içeriğine göre aldığımız sonuçlar da birbirinden farklı seviyelerde olacaktır.

Esenlik adına planladığımız faaliyetleri hayata geçirdiğimizi, hedef gruplarımıza ulaştırdığımızı ve hedef grupların da bu faaliyetleri kabul ettiğini varsayalım, işte buradan sonra farklı düzeyde de olsa sonuçlar alabiliriz.

Uygulamalarımızla 1. Seviyede, çalışanlarımızda tutum, beceri ve farkındalık açısından değişiklik yaratabiliriz, 2. Seviyede çalışanlarımızda davranış değişiklikleri yaratabiliriz, 3. Seviyede çalışanlarımızın yaşam koşullarında değişiklik yaratabiliriz.

Bu sonuçların farklı firmalarda alınmasının, aslında toplumsal düzeyde olumlu sonuçlar yaratabilecek kadar etkili olabileceğine inanıyorum.

Peki bu işin uygulamacıları olarak kimin için ve neyle meşgul oluyoruz?

Esenlik adına yapılan faaliyetlerde uygulamacılar olarak hedef gruplarımızı oluştururken 2 ana kategori düşünebiliriz. En azından biz şirketimizde planlamayı yaparken bu şekilde ilerledik. Direkt hedef gruplar ve dolaylı hedefli gruplar olarak.

Kategori isimleri farklılık gösterebilir. Burada amaç şirket içerisinde etkileşime geçeceğimiz kişiler olan çalışanlarımız ile, ki bunlara direk hedef gruplar diyebiliriz, aynı zamanda sağlık ve refahı toplumsal bir konu olarak ele aldığımız için çalışanlarımızın 1. Derece yakınları dolaylı hedef grubuna dahil edilebilir.

Kurumsal esenliğin gelişiminde direkt hedef gruplar kadar dolaylı hedef grubunun farkındalığının, ilk grubun sahiplenmesi, geri bildirim vermesi ve katkı sağlaması açısından değerli olduğu düşüncesindeyim.

Ayrıca çokça duyduğumuz ama zaman zaman birbiriyle karıştırıldığına şahit olduğum wellness ve well-being için de bir şeyler söylemek isterim.

Konuyu basitçe özetlemek gerekirse, iyi yemek vücudumuzu zinde, sağlıklı ve düzgün bir şekilde tutar bu durumda wellness'tan bahsederiz, yani sağlıklı beslenme daha iyi bir cilt verebilir, bununla birlikte artan kişisel güven refah dediğimiz well-being yani refah duygusuna yol açabilir. Görüldüğü üzere iki kavram yan yana ilerler. Sağlık, iyi olmaya katkıda bulunurken, iyi olma yani refah duygusu genellikle daha fazla sağlıklı yaşam alışkanlığı doğurmaktadır. Özetlemek gerekirse wellness daha çok fiziksel sağlığa odaklanırken, well-being zihinsel ve duygusal sağlığı vurgular.

Kavramlar üzerinde bu ayırımı yapabildikten sonra şirket bünyesinde yan yana yürüyecek faaliyetlerin yürütülmesinde de çalışanlar açısından yapılacak faaliyetleri duygusal, finansal, fiziksel ve sosyal olarak kategorize edebiliriz.

Bizler de Turkcell olarak şirketimizde insan kaynaklarımızla yaptığımız çalışmalarda kategorizasyonumuzu bu çerçevede oluşturduk.

Hedef gruplarımızın ihtiyaçlarından yola çıkarak analiz ettiğimiz konularda birçok hizmet ve destek süreçleri oluşturduk. Birkaç örnek vermek gerekirse;

Duygusal açıdan desteklemek üzere, belli yılını dolduranlara ilave izin, bayram -bebek – doğum günü – evlilik hediyesi, ebeveyn eğitim-pedagog desteği, karne günü izni uygulamalarımızı, dünyanın neresinde isterse çalışabileceği esnek çalışma uygulamamızı, bahçe ve evcil hayvan danışmanlığını

Fiziksel açıdan, diyetisyen ve beslenme danışmanlık hizmeti, erişkin psikolojik danışmanlık hizmeti, sağlık ve spor danışmanlığı, spor eğitmenlerimizle haftalık her gün online egzersiz sınıfları, uzman kişilerle seminerler, kendine iyi bak adındaki yogadan-dik duruş ve nefes terapisi gibi birbirinden farklı ama çalışana birebir dokunan uygulamalarımızı, hijyenik olarak tasarlanmış her türlü ekipmana sahip süt odalarımızı

Sosyal açıdan, çalışan kulüplerimizi, dijital atölyelerimizi, yelkenden koşuya futboldan voleybol ve futbola kadar kurumsal spor takımlarımızı, Turkcell gönüllüleri organizasyonumuzu sayabilirim.

Tüm bu faaliyetleri oluştururken, aslında başta yaptığımız ihtiyaç analizi çalışması içeriği oldukça değerliydi. Tüm detaylarına çok fazla giremeyeceğim, ancak analizi yaparken özetle şu soruları sorduk. Bu soruları, öncelikle direk gruplar üzerinde ve devamında ilişkilendirerek dolaylı gruplar için tekrardan gözden geçirdik.

Çalışanlarımızın esenlik açısından sorunları nelerdir?

Sorunların nedenleri nedir?

Sorunların ortaya çıkardığı sonuçlar nedir?

Sorunlar kendi içinde kimleri kapsar ve boyutu nedir?

Hedef gruplarımız kimlerdir (burada direk ve dolaylı hedef gruplar içindeki alt gruplardan bahsediyoruz)

Hedef grupların ihtiyaçları nelerdir?

Hedef gruplarımızla neyi başarmak istiyoruz?

Çalışmamızın başarılı olduğuna nasıl karar vereceğiz?

Bu analizin devamında, kurgulanan faaliyetlerin çalışanlara sunulmasında kritik önem taşıyan diğer husus ise iletişim oldu bizler için.

Çeyrek ve iletişim toplantılarımızda üst yöneticilerimiz tarafından tüm çalışanlarımızla paylaştığımız bu uygulamaları, ilave olarak müşterisine yeni ürünler sunarcasına bir gayretle iç iletişim – kurumsal iletişim – insan kaynakları uzmanlarıyla çalışarak oluşturduğumuz içeriklerle iletişimini yaptık. Buradaki anahtar ise sunum başlığımızda da olduğu etki odaklı iletişimi sağlamaktı. Yani, çalışanlarımıza sunulan uygulamaların birer başlık olması ötesinde, kazanacakları sonuçlara

inandıkları birer faaliyet olması gerekliydi. Bu açıdan öncelikle esenlik ekibimizdeki arkadaşlarımla video içerikler hazırladık çalışanlarımıza ulaşmasını sağladık, ik ekibimizle birlikte oluşturduğumuz proje ekibimizle tüm çalışanlarımızı tek tek aradık, ihtiyaçlarını sorduk, görüşmeler esnasında aldığımız notlara göre ihtiyacı yönünde kişilerle psikoloğumuz, diyetisyenimiz, pedagogumuz, spor eğitmenimizi iletişime geçirdik, çalışanlarımıza bu desteklerimizden bahsederek ihtiyaçları olduklarında yanında olduğumuzu belirttik. Tüm bu süreçlerde gizliliğe son derece önem verdik.

Oluşturduğumuz online platformlar, hem bilgiye hem kişilere hem de sunulan içeriğe istenilen her zaman her yerden ulaşılmasına olanak kıldı. Önceliğimiz sadece bir telefon kadar yakınlarında olmaktı ve bunu başarabildik. Bugün ise artık çalışanlarımız sadece kendileri için değil yakınlarını da diyetisyen, spor danışmanlığı ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinden faydalandırabiliyor. Tüm bunlar için yapması gereken telefonundan hangi faaliyeti ne zaman istediğine karar vererek kendisi ve yakını için takvim oluşturmak. Süreçlerimizi ise faaliyetler sonrası anketlerimizle ölçümlüyor, geliştiriyoruz.

İlave olarak Sağlık, Esenlik ve Çevre yönetimi olarak işyerlerimizdeki çalışan temsilcilerimizin önerilerini alıyor, mobil platform üzerinden çalışanlarımızdan aldığımız geri bildirimleri süreçlerimizi iyileştirmek ve geliştirmek için kullanıyoruz.

Tüm bu süreçleri tasarlayan bizler için tatmin ve başarı duygusu ise çalışanlarınızın pozitif geri bildirimleri, teşekkürleri ve çalışan bağlılığı anketinde çıkan yüksek skorlar oldu.

Başarımızın temelinde ise bu süreçleri bir ekibin sorumluluğundan çıkarıp üst yönetimden itibaren insan kaynağımızın refahını ve sağlığını stratejik hedeflere yerleştiren çalışma kültürümüz ve insan kaynakları hedeflerimiz yatmaktadır.

İŞ SAĞLIĞI PROFESYONELLERİ ARASINDA İLETİŞİM SORUNLARI

Prof. Dr. Sevgi CANBAZ
İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı - İMUD

Giriş

İnsanoğlu yeryüzünde var olduğu ilk günden itibaren önce avcılık, toplayıcılık yaparak çalışmaya başlamıştır. Sanayi devriminin ardından da, kendisini daha karmaşık çalışma koşulları içinde bulmuştur. Sanayi devrimi ile yaşanan hızlı teknolojik gelişmeler bir yandan insan refahına hizmet ederken, diğer yandan da insan yaşamı ve çevre için tehlikeleri de beraberinde getirmiştir. Üretim sürecine dahil olan her yeni madde, makine, araç-gereç çalışan sağlığı ve işyeri güvenliği açısından tehdit oluşturmuştur. Bu durum gerekli önlemler alınmadığında iş kazaları ve meslek hastalıklarına neden olmuştur. Oysa bir toplumda yaşayan her bireyin, insan onur ve haysiyetine yakışır bir işte çalışma hakkı bulunmaktadır. Bu hak Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda 1948 yılında ilan edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 23. maddesinde "Herkesin kendi özgür seçimiyle belirlediği işyerinde, adil ve elverişli çalışma koşullarında çalışma hakkı vardır" denilmektedir. Beyannamede ayrıca "Söz konusu antlaşmaya taraf olan devletler, herkesin adil ve uygun çalışma koşullarına sahip olmasını ve bu koşulların özellikle sağlık ve güvenlik gereklerini karşılıyor olması hususunu tanımaktadır." şeklinde tanımlanmaktadır. Yine 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı "Sadece sakatlık ve hastalığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." olarak tanımlamıştır. Bu tanımdan yola çıkılarak "İş sağlığı, hangi işi yaparlarsa yapsınlar bütün çalışanların fiziksel, zihinsel ve sosyal refahlarının mümkün olan en yüksek düzeye çıkarılmasını ve burada tutulmasını; çalışma koşullarından kaynaklanan sağlık sorunlarının önlenmesini; işçilerin fiziksel ve biyolojik kapasitelerine uygun mesleki ortamlarda çalıştırılmalarını; özetle işin insana, insanın da işine uygun hale getirilmesini hedefler." denilmiştir. 1950'de ILO/DSÖ Ortak İş Sağlığı Komitesi tarafından kabul edilen ve 1995'te revize edilen tanıma göre: "İş sağlığı şunları amaçlamalıdır: bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üstün düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi; çalışanların çalışma koşulları nedeniyle sağlıklarının bozulmasının önlenmesi; işçilerin istihdamında sağlığa zararlı faktörlerden kaynaklanan risklerden korunması; işçilerin fizyolojik ve psikolojik yeteneklerine uygun bir ortama yerleştirilmesi ve bakımı; ve özetlemek gerekirse, işin işçilere ve her işçinin işine uyumunun sağlanmasıdır." denilmektedir. Bu tanımdan yola çıkarak iş sağlığında ana odak noktasının üç farklı hedefi olduğu bilinmektedir. Bunlar: (i) işçi sağlığının ve çalışma kapasitesinin korunması ve geliştirilmesi; (ii) çalışma ortamının iyileştirilmesi ve iş sağlığı ve güvenliğine elverişli hale getirilmesi; ve (iii) iş organizasyonlarının ve çalışma kültürlerinin, işyerinde sağlık ve güvenliği destekleyen ve bunu yaparken de olumlu bir

sosyal iklimi ve sorunsuz çalışmayı teşvik eden ve işletmelerin üretkenliğini artırabilecek bir yönde geliştirilmesidir. Bu bağlamda çalışma kültürü kavramı, ilgili işletme tarafından benimsenen temel değer sistemlerinin yansıması anlamına gelmektedir. Bu kültür, işletmenin yönetim sistemlerine, personel politikasına, katılım ilkelerine, eğitim politikalarına ve kalite yönetimine uygulamaya yansımaktadır.

Dolayısıyla iş sağlığı ve güvenliği(İSG)'nde temel amaç; çalışanların sağlığına zarar verebilecek durumların önceden belirlenerek gereken önlemlerin alınması, rahat ve güvenli bir ortamda çalışmalarının sağlanması, iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı çalışanların psikolojik ve bedensel sağlıklarının korunmasıdır. Bu nedenle İSG hizmetleri sadece tıp ve mühendislik bilimlerinde çalışan iş sağlığı ve güvenliği profesyonelleri (İSP) tarafından sunulabilecek hizmetler olmayıp; işveren, çalışanlar, devlet, sendikalar, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları gibi çok sektörlü bir yapıyla yürütülebilecek ekip hizmetleridir.

İSG PROFESYONELLERİ VE MULTİDİSİPLİNER EKİP ÇALIŞMASI

İş sağlığı alanında çalışan uzmanlar ve verdikleri hizmet, dünya genelinde farklılık göstermektedir. Bu ekipte hekimler, mühendisler, hemşireler, ergonomistler, sosyologlar, rehabilitasyon uzmanları, iş hijyenistleri, endüstri psikologları, toksikologlar, kimyagerler, halk sağlığı uzmanları ve daha birçok bilim insanı bulunmaktadır.

Ülkemizde çalışanların sağlığının ve çalışma gücünün yükseltilmesi amacıyla çalışan İSP yasa ve yönetmeliklerimizde işyeri hekimi(İH), iş güvenliği uzmanı(İGU) ile diğer sağlık personeli(DSP) (işyeri hemşiresi, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, çevre sağlığı teknisyeni gibi) olarak tanımlanmıştır. İH işyerinde çalışanın sağlık ve güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi için uygulanan hekimlik hizmetlerinden sorumlu olan kişidir. 6331 sayılı kanunda ise "İş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş işyeri hekimliği belgesine sahip hekim" olarak tanımlanmaktadır. Aynı kanunda İGU, "usul ve esasları yönetmelikle belirlenen, iş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş, iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip, Bakanlık ve ilgili kuruluşlarında çalışma hayatını denetleyen müfettişler ile mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakültelerin mezunları ile teknik elemanı" olarak tanımlanmaktadır. 6331 sayılı kanunda *DSP*; "iş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından belgelendirilmiş hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni ve çevre sağlığı teknisyeni diplomasına sahip olan kişiler ile, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından verilen işyeri hemşireliği belgesine sahip kişileri" ifade etmektedir.

Ancak işyerlerinde çalışanların iş kazası (İK) ve meslek hastalıkları (MH)'dan korunması amacıyla oluşturulan stratejilerin uygulanmasında en önemli nokta, bu hizmetin birçok profesyonelin bir araya geldiği multidisipliner bir ekip tarafından sunulmasıdır. Günümüzde işyerlerindeki sağlık yönetimi yaklaşımı, tüm bu uzmanlar arasında yakın işbirliğini ve uyumu gerektirmektedir. Paylaşılan amaç ve hedefler doğrultusunda, ekibin tüm üyelerinin birbiri ile iletişimde bulunması, bu iletişimin kaliteli olması, birbirlerinin temel değerlerini anlaması ve herbir üyenin getirdiği beceri ve yeterliliklere saygı

duyulması gerekmektedir. İSP'nden oluşan ekibinin gücü, ekibin en zayıf halkası kadardır. Bu nedenle ekibin gücünü arttırmak için birbiri ile dayanışma içinde olmalı, deneyim paylaşımında bulunulmalı, birbirlerine saygı duymalı, ortak sorunları çözmek için iletişimi ve teknolojiyi etkin kullanarak kullanmalıdır. Açıklığa, paylaşıma ve her birinin ortak hedefe getirebileceği katkıyı anlamaya ihtiyaç vardır. Çalışan nüfus ve halk sağlığı için fayda, işbirliğini geliştirmeye yönelik becerilerin birleşiminde yatmaktadır.

ÖRGÜTSEL İLETİŞİM

Türk Dil Kurumuna göre örgüt; ortak bir amacı veya işi gerçekleştirmek için bir araya gelmiş kurumların veya kişilerin oluşturduğu birlik olarak tanımlanmaktadır. İletişim; duygu, düşünce ya da bilgilerin bireyler, gruplar ve toplumlar arasında akla gelebilecek her türlü yolla (söz, yazı, görüntü, hareketler vb.) karşılıklı olarak aktarılmasıdır. Örgütsel iletişim ise; örgüt içi etkili bir iletişim kurmak ve örgüt dışında da kişilerle koordinasyonlu bir şekilde iletişim halinde olmaktır. İSG hizmetlerinin organizasyon(örgüt) yapısı içinde, işlerin düzgün ve amaca uygun yürütülmesinde ve sürdürülebilir olmasında örgütsel iletişim anahtar rol taşımaktadır.

GÜVENLİK KÜLTÜRÜ VE ÖRGÜTSEL İLETİŞİM

Örgütsel yapılar aynı zamanda birer sosyal sistem niteliği de taşımaktadır. Çalışanlar bir işletmenin iç sosyal sistemini oluşturmaktadır. Bu yapı içinde çalışanların davranışlarını önceden tahmin etmek genellikle güçtür. Bunun nedeni insan davranışlarının farklı gereksinmelerden ve belirsiz değer sistemlerinden kaynaklanmasıdır. Önceden belirlenmiş belli rollere girerek çalışma yaşamı içinde yer alan profesyoneller, örgütsel kurallar konulmadığında ve konulan kurallara uyulmadığında sonuçların İK ve MH olduğunun farkında olmalıdır. Diğer yandan çağdaş iş sağlığı hizmetleri, işyerinde mevcut ve olası tehlikelerin önlenmesini dolayısıyla iş kazası ve meslek hastalıklarını oluşmadan önce engellemeyi amaçlayan kapsamlı bir süreç yönetimidir. Bu sürecin yönetiminde çalışan tüm paydaşlar arasındaki kaliteli iletişim süreci, bu amaçlara ulaşmayı kolaylaştırmaktadır. Çalışma ortamlarında güvenlik kültürünün oluşturulabilmesi için İSP'nin birbiri, çalışanlar ve diğer paydaşlarla kurulacağı "olumlu ve yapıcı iletişim" en güçlü araçlardandır. İletişim birisinin aktif diğerinin pasif olduğu bir dayatma değil, iki tarafında farklı, ama birbirini tamamlayan roller oynadığı bir ilişkiler yumağıdır. İnsanlar açısından bu değerleri taşıyan iletişim, kurumlar açısından verimlilik ve kalitenin temel niteliğidir.

Tüm işyerlerinde iletişim yatay ve dikey, resmi ve gayri resmi, içsel ve dışsal olarak gerçekleşebilir. Bu iletişimler aracılığıyla işyerinde çalışanların arasında, yönetimin çeşitli katmanları arasında ve dış çevreyle bağlantı kurulur. Bu iletişimlerin tümü iş amaçlı ya da işyerinin amaçlarını gerçekleştirmeye yönelik olmak zorunda değildir. İSP arasındaki iletişim, işyerinin yönetiminin en önemli aracı olup planlama, eşgüdüm, karar verme, güdüleme ve denetim işlevlerinin sürdürülmesinde etkin bir rol oynar. Bu iletişimin işlevlerini dört genel başlık altında toplayabiliriz: Bilgi sağlama işlevi, etkileme ve ikna etme işlevi, birleştirme işlevi ve emir verme-öğretim-eğitim işlevidir.

Bilgi Sağlama İşlevi: Bilginin kurum içinde dolaşımını ve paylaşılmasını sağlar. Kurumlarda belirsizliğin azalmasında da önemli bir işlev üstlenir.

İkna Etme ve Etkileme İşlevi: Çalışanların kurumun amaçları doğrultusunda etkin ve verimli bir şekilde çalışabilmesi, büyük ölçüde onların kurumun hedeflerini benimsemelerine bağlıdır. Bu benimseme durumunun gerçekleşebilmesi ise ikna ya da etkilemeye yönelik iletişim sürecinin işletilmesini gerektirir. Yöneticinin ve İSP'nin çalışanlara, yönetim gücünü kullanarak iş yaptırabilmesi de etkileyici iletişim gücünü kullanmasını gerektirir.

Emredici ve Öğretici İletişim Kurma İşlevi: Bu tür bir iletişim, çalışanlara görev ve sorumluluklarını bilmelerini sağlar. İSP çalışanlara verdikleri emirlerle bazı işlerin yapılmasını isterler.

Birleştirme ve Eşgüdüm Sağlama İşlevi: Bireylerin kurumsal amaçlar etrafında birleşmelerini sağlayan iletişim, aynı zamanda bireyin psikolojik bütünlüğünü ve dengesini de korumada önemli bir işlev üstlenir. İletişimle bireyler arasında değer, inanç ve tutum farklılıklarından kaynaklanan çatışmalar da çözümlenir.

İşyerlerinde İSP'nin kendi aralarında ve diğer paydaşlarla olumlu ve destekleyici iletişim ortamı sağlaması; çalışanların işine olan motivasyonunun artması, kendi hak ve sorumluluklarını bilmesi, tehlike ve riskler hakkında bilgi sahibi olması dolayısıyla iş kazası ve meslek hastalığı görülme sıklığının azalması açısından oldukça önemlidir. Ekipteki herbir bireyin fikirlerinin ve çalışmalarının tepki görmeyeceği, ekipte yeterli oldukları duygusunu yaşayabilecekleri, politik davranışlara yer verilmeyeceğini hissedebilecekleri bir çalışma ortamının geliştirilmesi, yeni fikirlerin gelişmesine ve sorun ortaya çıktığında çözüm odaklı olma eğilimini arttıracaktır.

Mayer ve ark.nın yaptıkları bir araştırmada, bir işyerinde ekip çalışanları arasındaki güvenin, güvenlik iklimi üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda düşük güven düzeyinin, güvenlik ve örgüte bağlılık gibi örgütsel çıktılara negatif yönde yansıdığı bulunmuştur. Yöneticilerin ya da İSG profesyonellerinin davranışlarında endişe ya da güvensizlik hisseden çalışanların, güvenliğe odaklanamadığı ve iş güvenliği performanslarında iyileşme sağlanamadığı bulgularına ulaşılmıştır. Bu bulgular karşılıklı güvenin ve iletişim kurallarına uyulmasının önemini vurgulamaktadır.

İSP'nin işverenin, çalışanların ve temsilcilerinin beklentilerini karşılamak için çeşitli beceri ve yetkinliklere sahip olması gereklidir. İSP'nin bilimsel, pratik becerilere sahip, ergonomi, sağlık, güvenlik ve risk yönetimi ile klinik ve akademik becerilerin kullanarak, çalışanın çalışma ortamı ile ilgili sağlık ve güvenliğini iyileştirmeyi amaç edinir, bu amaçla işverene tavsiyede bulunur. Günümüzün işyeri sağlık yönetimi yaklaşımı, tüm uzmanlar arasında yakın dayanışma ve işbirliğini gerektirmektedir.

İSG PROFESYONELLERİ ARASINDAKİ İLETİŞİM SORUNLARI

Çevresiyle ve çalışanların birbiriyle etkileşim halinde olduğu işyerinde, hiyerarşik bir düzen söz konusudur. Bu sebeple işyerlerinde kişiler önceden tanımlanmış bir takım rollere girerek, bu rollerin gereğini yerine

getirmeye çalışmaktadır. Örgütteki kişiler üst ve astlar arasındaki ilişkilerinin nasıl olacağı örgüt şemalarında belirtilmiştir. Bu sayede kimin kimden emir alacağı ve kime emir vereceği önceden belirlenmiştir.

Paylaşılan amaç ve hedefler, ekibin tüm üyelerin temel değerleri anlamasını ve her üyenin getirdiği beceri ve yetkinliklere saygı duymasını gerektirir. Multidisipliner iş sağlığı ekibinin gücü, esnekliğinde ve ağ oluşturmayı kolaylaştırmak, deneyim paylaşmak ve ortak sorunları çözmek için teknolojiyi kullanarak diğer uzmanlarla ortak çalışma yeteneğinde yatmaktadır. Açıklığa, paylaşıma ve her birinin ortak hedefe getirebileceği katkıyı anlamaya ihtiyaç vardır. Çalışan nüfus ve halk sağlığı için fayda, işlenebilirliği geliştirmeye ve sağlığı geliştirmeye yönelik becerilerin birleşiminde yatmaktadır.

Tüm bu faydalarına rağmen, bazen İSP arasında iletişim sorunları yaşanılmaktadır. Bu iletişim sorunlarının temel nedenleri;

Kişisel Faktörler: İSP'nin kişisel özellikleri, duyguları, algı davranışları, hissiyatları, alışkanlıkları, düşünceleri gibi davranış biçimleri mesajın gönderilmesi, anlaşılması ve mesaja verilecek cevabı etkilemektedir. Diğer yandan bireyin egosu ve tutumu, genellikle ekip çalışmasını ve işyerindeki diğer girişimleri engellemektedir. Tutum ve egoyu hafifletmek, bundan en çok etkilenen ekip üyelerini daha fazla dinlemeyi gerektirir.

Kültürel farklılıklar: Toplumda yaşayan bireyler veya örgüt içi çalışanların her biri farklı sosyoekonomik altyapıdan gelmektedir. İletişim yaşam boyunca edindiğimiz bilgi, beceri ve tutumlar ile öğrenmediğimiz, bilmediğimiz bilgi, beceri ve tutumların paylaşılmasıdır. Aynı ya da benzer kültüre sahip bireylerin, daha fazla ortak değere ve bilgiye sahip olduğu görülmektedir. Bu sebeple aynı kültüre sahip olan insanlar arasında iletişim daha hızlı ve kolay kurulmaktadır.

Savunucu iletişim: Kişinin benlikliğini koruma gereksinmesinden kaynaklanan savunucu iletişim, kişinin dikkatini üzerinde konuşulan konudan çok kendisini savunmaya harcamasına, konuyu gereksiz yere kişiselleştirmesine ve karşı tarafın da ister istemez savunucu bir tutuma girmesine neden olmaktadır. İletişim sürecinde savunucu bir tutuma sahip olan kişiler, ilgili konudan söz etmek yerine karşısındakine nasıl göründüğüne, karşısındakini nasıl alt edeceğine veya nasıl baskın çıkacağına odaklanmaktadır.

Motivasyon eksikliği: Bazı işletmeler, İSG profesyonellerinin motivasyon eksikliği nedeniyle üretkenlikte düşüş yaşamaktadır. Genel ilgi veya motivasyon eksikliği, genellikle İSG profesyonellerinin birbiri ve çalışanlarla iletişimin ne kadar güçlü olduğundan veya yönetim tarafından onlara nasıl davranıldığından kaynaklanmaktadır. Ekip üyeleriyle konuşmak, konuları paylaşmak ve onlarla etkileşim kurmak önemlidir.

Dinleme becerileri: Dinleme becerileri, basitçe duymak yerine karşımızdakini daha iyi anlamanızı veya empati kurmanızı sağlar. Bu nedenle organizasyon genelinde aktif dinlemenin önemini vurgulamak gereklidir. Gerekirse, İSP'nin dinlemenin önemi ve dinleme becerilerini nasıl geliştirecekleri hakkında daha fazla bilgi edindiği bir çalıştay düzenlenebilir.

Yazılı iletişim kalitesi: Kuruluşlar, mesajları iletmek için haber bültenleri, e-postalar, kurumsal

yazılımlar gibi çeşitli iletişim yöntemleri ve ortamları kullanmaktadır. Ekip üyelerinin tüm yazılı yazışmaları göndermeden önce okumasını sağlamak, en küçük hataları bile bulma ve düzeltme şansını artırmaktadır.

Uygun iletişim araçları

Fazla paylaşım

Karşılaşılan en büyük iletişim sıkıntılarından bazıları;

İSP'nin uygun iletişim tekniklerini bilmeyişi

İşveren ile yaşadığı iletişim sorunlarını çalışanlara olumsuz yansıtması

Yapması gerekenleri emir kipi ile bildirmeleri

Destekleyici iletişimi kuramamaları

İşyerinde mobbing kültürünün varlığı ve önlemeye yönelik kurumsal eylemin olmayışı

Takım çalışmasına karşı olumsuzluk sayılabilir.

Örgütsel düzeyde iletişim sorunları olduğunda;

Örgütsel güvenlik kültürünün oluşmadığı

İş barışının sağlanamadığı

Çalışanlara verilen eğitimlerin davranışlara yansımadığı

Kişiler arası rol çatışmalarının fazla olduğu

Kişisel koruyucu donanımların gerektiği gibi kullanılmadığı

Standart çalışma süreçlerine bağlı kalınmadığı

İş güvenliği kurallarına uymadıkları

İşyerinde mobbing kültürünün yaygın olduğu

Çalışanlar arasında tükenmişlik, depresyon, işe bağlı gerginlik, çalışma ekibi arasında uyumsuzluk, mutsuzluk, dikkat dağınıklığı gibi sorunların fazla olduğu

Çalışanların daha fazla hastalandıkları

İş ve meslek hastalığı ile iş kazaları sıklığının arttığı

Tüm bunların örgütsel üretimi aksattığı ve işyeri barışını bozduğu bildirilmektedir.

İşyerinde oluşturulacak **olumlu iletişim ortamı için;**

İSP'lerine iletişim teknikleri konusunda hizmet içi eğitim verilmeli

İşveren bu tekniklerin kullanılabilmesi için olumlu bir çalışma ortamı oluşturmalı

İSP arasında empati geliştirilmeli

İSP'leri sert olmadan kararlı olmalı, birbirleri ile iletişimlerinde açık ve net olmalı

Karşısındakini kırmadan düşüncelerinizi dile getirebilmeli

Geri bildirim verirken, kırıcı olmamalı

Herbir İSP'nin grup dinamiklerine ayrı bir katkısı olduğu unutulmamalı ve buna saygılı olunmalı

İşyerinde risklerin belirlenmesi ve önlenmesi için geliştirilecek ve uygulanacak tüm politika ve prosedürlere, tüm İSP dahil edilmelidir.

BAŞARILI KURUMLAR GÜÇLÜ KÜLTÜRE SAHİP OLAN KURUMLARDIR. GÜÇLÜ KURUM KÜLTÜRÜ İSE ÇALIŞANLAR ARASINDAKİ OLUMLU İLETİŞİMDEN GEÇMEKTEDİR.

Kaynakça

1. Beyan AC. Dünyada İş Yeri Hekimliği. Çımrın AH, Beyan AC, Bahadır H(Eds). Teoriden Hekimliğe İş Yeri hekimliği. İstanbul Tıp Kitabevi, 2021. Pp2-13.
2. 6331 sayılı Kanun, 20.06.2021 tarih ve 28339 sayılı Resmi Gazete.
3. https://www.hsk.gov.tr/Eklentiler/Dosyalar/9a3bfe74-cdc4-4ae4-b876-8cb1d7eeae05.pdf
4. https://sozluk.gov.tr/
5. İletişim Kavramı ve İletişim Süreci. Orhon EN, Eriş U(Eds). İleitşim Bilgisi. T.C. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ YAYINI NO: 2712, 2012.
6. Keser A, Güler BK. Çalışma Psikolojisinin Tarihçesi. Keser A, Güler BK(Eds). Çalışma Psikolojisi. Umuttepe Yayınları, 2016. ISBN: 978-605-5100-79-7. Pp1-36.
7. Şeyma Nur SARI, Doğukan ATALAY, Ömer ÇELİK, Furkan ENGİN, Esra MİRİCİ, Rabia GÜR, Cevriye Ebrar AKTAŞ, Hatice UYĞUN, Serap TEPE. İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanları ile Çalışanlar Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri. "2. Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Öğrenci Kongresi Bildiri Kitabı, 3-4. Nisan.2021, ISBN: 978-605-9596-45-9, pp 48-65.
8. Holland, J. 2003. Why Are Some Safety Teams More Effective Than Others? Yayınlanmış Doktora Tezi, Spalding Üniversitesi, ABD.
9. Tunç DEMİRBİLEK, Ayşenur ÖKTEM ÖZGÜR. İŞ GÜVENLİĞİNDE TAKIM YÖNETİMİ. Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi 3(3), ÖS:Ergonomi2015, 275-284 2015.
10. Mayer, R.C., Gavin M.B. 2005. Trust in Management and Performance: Who Minds the Shop while the Employees Watch theBoss? The Academy of Management Journal, 48 (5), 874-888.

PANEL - İSG'DE İLETİŞİM YAKLAŞIMLARI

MESLEK HASTALIKLARI TANI SÜRECİNDE İLETİŞİMİN YERİ

Uzm. Dr. Gülden SARI
SBÜ Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Meslek Hastalıkları Kliniği – İMUD

Mesleksel faktörlerin önemli bileşenler olduğu klinik durumlar, 'meslek hastalıkları' ve 'işle ilişkili hastalıklar' olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Meslek hastalığı, iş faaliyetlerinden kaynaklanan risk faktörlerine maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık olarak tanımlanmaktadır. Hastalığa özgü olan etken işyeri ortamında bulunmaktadır ve bu etkenle maruziyet olmadığında hastalığın gelişmeyeceği kabul edilir. Meslek hastalığı tanımında yer alan iki ana unsur; belirli bir çalışma ortamı ve / veya aktivite ile hastalık arasında maruziyet-etki ilişkisinin olması ve bu hastalıkların ilgili popülasyonda, toplumun geri kalanının ortalama morbiditesinin üzerinde bir sıklıkta meydana gelmesidir. Bu nedenle, bir hastalığın mesleksel olarak tanımlanması, hastalık ile çalışanın, işyerindeki belirli tehlikeli ajanlara maruz kalması arasında nedensel bir ilişki kurulmasını gerektirir. Bu ilişki, klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular ile meslek öyküsünden elde edilen mesleksel tehlikelerin tanımlanması yoluyla maruziyetin doğrulanması temelinde kurulur.

Meslek öyküsü, meslek hastalığını teşhis etmek için önemli bir tanısal araç olup, ilgili mesleksel maruziyetler ve semptomların başlangıcı ile iş arasındaki bağlantı hakkında kritik bilgiler sağlar. Bu nedenle meslek öyküsü sistematik olmalı, işyeri maruziyetlerinin niteliğini ve kapsamını gösterecek şekilde ayrıntılı olmalıdır. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda, meslek hastalığı tanı koyma sürecinin en önemli bileşenlerinden olan meslek öyküsünün klinik pratikte yeterince sorgulanmadığı gösterilmiştir. Yüz yüze görüşme veya meslek öyküsü anketlerinden elde edilen bilgilerin güvenilir ve geçerli olduğu gösterilse de, sık iş değişikliği geçmişi olan çalışanlarda, çalışma geçmişi ve mesleksel maruziyetlere ait bilgilerin doğruluğu daha düşüktür ve yapılan işlerin sayısı ve süresinden etkilenir. Bu nedenle tanıya giden süreçte ilk basamağı, ayrıntılı meslek öyküsü alınırken hasta ile hastayı değerlendiren hekim arasındaki sağlıklı iletişim oluşturur.

Meslek hastalığının teşhisi için, iş hijyeni ve biyolojik izlem kayıtlarından elde edilen verilerin temini ve kullanımında bazı kısıtlılıklar olup, dikkatle yorumlanmalıdır. Güvenilir iş hijyeni ölçüm kayıtlarına ulaşmak sıklıkla mümkün olmamaktadır. Oysa çalışanın, çalışma ortam gözetimini yapan hekim ile, klinikte hastayı değerlendiren hekim arasındaki sözlü paylaşımlar ve işyeri ortam kayıtlarını içeren yazılı kaynaklar da nedensellik bağının kurulmasına yardımcı olmaktadır.

Meslek hastalıkları çalışma ortamından ve/veya çalışma şekillerinden kaynaklanan nedeni belli olan hastalıklardır. Nedeni bilindiği için, kişinin veya hastalığa neden olan etkenin çalışma ortamından uzaklaştırılmasıyla önlenebilirler. Meslek hastalıklarını önleyebilmek için ise hastaları tespit etmek, hangi çalışma koşullarından kaynaklandığını ve ağrılaştıran etkenleri bilmek gerekir. Bu bilgiler ise ancak eksiksiz meslek hastalıkları bildirimleri ile sağlanabilir.

Meslek hastalıkları önlenemezse tekrarlayan, ilerleyici klinik tablolara neden olurlar. Çalışanın önceden yapmakta olduğu işi yapamaz yani iş göremez hale gelmesine ve/veya engelli hale gelerek maluliyetine neden olabilirler. Ek olarak çalışma ortamından uzaklaştırılmayan etkenler her gün yeni meslek hastalığı vakalarının gelişimine neden olurlar. Bu nedenle meslek hastalıkları tıbbi olduğu kadar yasal boyutu da olan hastalıklardır. Bununla ilişkili olarak da hekimlerin meslek hastalıklarını tanıma, kayıt altına alma ve bildirme yükümlülüğü vardır. Aynı şekilde, işverenin de işyeri hekimi veya sağlık hizmeti sunucularından kendisine bildirilen meslek hastalığını Sosyal Güvenlik Kurumu'na bildirme yükümlülüğü bulunur. Bu aşamada ise yazılı iletişim kaynakları önem kazanır.

Yaşama ve çalışma hakkı temel insan hak ve özgürlükleri arasında olup ulusal ve uluslararası anlaşmalarla teminat altına alınmıştır. Yurttaşların devlete karşı hak ve yükümlülükleri olduğu gibi devletin de yurttaşlara karşı hak ve yükümlülükleri vardır. Ülkemizde de bu hak ve yükümlülükler, hukuk aracılığıyla kavramsallaştırılmış, mevzuat aracılığıyla da bu kavramlar yasalaştırılmıştır. Bu kapsamda çalışanların hak ve yükümlülükleri iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı ile güvence altına alınmıştır. Çalışma yaşamının sacayağı olarak bilinen İşçi-İşveren ve Devlet yapıtaşlarının herbirinin diğerlerine karşı sorumlulukları mevzuatla belirlenmiştir. Buna göre çalışanlar, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda, kendilerinin ve diğer çalışanların sağlık ve güvenliklerini tehlikeye atacak davranışlardan kaçınmalıdırlar. İşverenler, çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlüdürler. Devlet ise, iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin yasaları ve diğer hukuki düzenlemeleri yürürlüğe koyar, öngörülen mevzuatın uygulanıp uygulanmadığını denetler, gereğinde yaptırım uygular. Ancak yasalar ve mevzuat ne kadar iyi hazırlanmış olsa da, gerçek anlamda güvence, iş sağlığı ile ilgili tüm çevrelerde bu konuya dair yeterli bilinç, duyarlılık ve isteğin oluşmasıyla mümkündür. Bunun için de meslek hastalıkları tanı sürecinde çalışan, işyeri hekimi ve klinisyenin sözlü iletişimi ne kadar önemliyse, tanı sonrası meslek hastalıkları bildirim sürecinde sağlık kurulu raporunun düzenlendiği sağlık hizmet sunucusu, sosyal güvenlik kurumu ve işyeri arasındaki yazılı iletişim de bir o kadar önemlidir. Taraflar arasındaki en ufak iletişim kusuru ne yazık ki, eksik tanıya veya tanıya rağmen kişinin edim haklarının yok sayılmasına neden olmaktadır.

Kaynakça

1. Occupational and work related diseases. https://www.who.int/occupational_health/activities/occupational_work_diseases/en/.
2. Work- Related Diseases and Occupational Diseases: The ILO International List. https://www.iloencyclopaedia.org/part-iii-48230/topics-in-workers-compensation-systems/item/355-work-related-diseases-and-occupational-diseases-the-ilo-international-list
3. Aw TC. (2010) The occupational history. In: Baxter PJ, Aw TC, Cockcroft AE, Durrington P, Harringtom JM. eds. Hunter's Diseases of Occupations. 10th edn. London. Hodder Arnold, pp.32-42.
4. Lax, MB, Grant WD, Manetti FA, et al. (1998). Recognizing occupational disease-taking an effective occupational history. American family physician, 58(4), 935.

5. Lewis RJ, Friedlander BR, Bhojani FA, et al. Reliability and validity of an occupational health history questionnaire. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2002; 44: 39–47.

6. Bourbonnais R, Meyer F, Theriault G. Validity of self reported work history. British Journal of Industrial Medicine. 1988; 45: 29–32.

7. T. C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. Meslek Hastalıkları Bildirim Rehberi

PANEL - MESLEKLERARASI İLETİŞİM EĞİTİMİ

BESLENME VE DİYETETİK ALANINDA MESLEKLERARASI İLETİŞİM

Prof. Dr. Eda KÖKSAL
Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Toplum Beslenmesi Anabilim Dalı, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Diyetisyen; büyüme, gelişme ve ömür boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması için beslenme biliminin ilkeleri doğrultusunda bireysel ve toplu beslenmenin plan ve programlarını düzenleyen; besin ögesi, besin ve beslenmeden kaynaklanan sağlık sorunlarını araştıran, değerlendiren, çözüm yolları bulan; var olan besin kaynaklarının ekonomi ve sağlık kurallarına uygun olarak kullanılmasını sağlayan, besin denetimini yapan, bu konularda fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi amacıyla bireyi ve toplumu bilgilendiren, bilinçlendiren, doğuştan ve sonradan oluşan hastalıklar ve diğer özel durumlarda tıbbi ve cerrahî tedavilere uygun, doğal ve tedavi edici besinlerin bileşimlerine göre diyet programı planlayan, eğitim veren, eğitim programlarını planlayan, uygulatan ve izleyen sağlık meslek mensubudur.

Diyetisyenlerin çalışma alanlarına bakıldığında; eğitim kurumlarında Eğitici diyetisyen olarak, araştırma kurumlarında Araştırıcı diyetisyen olarak, hastanelerde Tedavici Diyetisyen olarak (Diyabet Diyetisyenliği, Renal Diyetisyenlik, Onkoloji Diyetisyenliği Enteral-Parenteral Ünite Diyetisyenliği, Poliklinik Diyetisyenliği vb), toplu beslenme yapılan Kurumlarda Yönetici Diyetisyen olarak, (Okul, Banka, Kamu kurumu vb yiyecek içecek servislerinde, Lokanta, Otel vb yiyecek servislerinde, Yaşlı Bakım Evlerinde, Yemek Fabrikalarında), Toplum Sağlığı Diyetisyeni olarak, (Bakanlıklar, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri, Uluslararası Yardım Kuruluşları vb yerlerde), besin endüstrisinde ürün danışmanı olarak, özel danışmanlık ofislerinde, sağlık klüpleri, fitness merkezleri vb yerlerde beslenme ve diyet danışmanı olarak, sporla uğraşan kişi ve gruplara beslenme danışmanı olarak, gazete, dergi yazarlığı, radyo, TV gibi medya programlarında danışman ve program yapımcısı olarak çalışmaktadır. Bu bağlamda diyetisyenlerin mesleklerarası iletişimde olduğu birçok meslek grubu bulunmakla birlikte, bir sağlık personeli olmalarından ve ençok sağlık sektöründe çalışmalarından dolayı en sık sağlık ekibi ile iletişimde bulunmaktadırlar.

Ekip çalışması, belirli amaca yönelik, bilinçli biçimde gerçekleştirilen bir işbirliği sürecidir ve sağlık çalışanları arasındaki etkili iletişim, doğru tanı konulması, tedavilerin uygun şekilde sunulması ve hastaların sağlık durumu ile ihtiyaçlarının anlaşılmasını sağlamak için kritik öneme sahiptir. Sağlık profesyonelleri arasındaki etkili iletişim açık, zamanında ve ihtiyatlı olmalıdır. Sağlık profesyonelleri arasındaki etkili iletişim, güvenli ve kaliteli bakım sağlamanın ayırt edici özelliklerinden biridir. Sağlık hizmetlerinin sunumu karmaşıktır ve birden fazla disiplin arasında açık ve zamanında iletişim gerektirir. Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAHO, 2005), bir hastanın 4 günlük hastanede kalış süresi boyunca 50 farklı çalışanla etkileşimde olduğunu belirtmektedir. Aynı zamanda

çift yönlü iletişimi de içerir. Örneğin, sağlık profesyonelleri, diğer personel tarafından kendilerine sağlanan bilgileri yorumlamalı ve uygulamalı, ayrıca hangi eylemleri gerçekleştirdiklerini iletmelidir. Ayrıca iletişim, işgücü katılımının temel taşıdır. Sağlık ekibi üyeleri arasındaki güçlü iletişimin, çalışma ilişkilerinin kalitesini ve iş memnuniyetini etkilediği ve görev bölümü ile sorumlulukları netleştirdiği gösterilmiştir.

Birlikte ele alındığında bu veriler, sağlık profesyonellerinin etkili bir şekilde iletişim kurduklarında kritik bilgileri zamanında, kolay anlaşılır bir şekilde ileterek, talimatları net bir şekilde dile getirerek ve soruları kapsamlı ve düşünceli bir şekilde yanıtlayarak, daha güvenli ve daha kaliteli bakım sunduklarını belirlemiştir. Araştırmalar aynı zamanda bu durumda sağlık bakımının da daha uygun maliyetli olduğunu göstermektedir.

Görüldüğü gibi İletişim, sağlık bakım sürecinin tüm adımlarında çok önemli bir bileşendir. Kapsamlı araştırmalar, bir klinisyen ne kadar bilgili olursa olsun, hastayla iyi bir iletişim kuramazsa, hiçbir faydası olmayabileceğini belirtmektedir. Bu bağlamda sağlık profesyonelleri arasında iletişimlerin meslek eğitimi sırasında başlamasının ve desteklenmesinin önemine özellikle Amerikan Tıp Enstitüsü Kalite Uçurumunu Aşmak: 21. Yüzyıl için Yeni Bir Sağlık Sistemi raporunda, hasta bakım kalitesini ve güvenliğini artırmak amacıyla sağlık meslekleri eğitiminde reform için sonraki adımları geliştirmek üzere disiplinler arası bir zirve düzenlenmesi önerisi ile odaklanılmıştır. Bu zirve sonrası tüm sağlık profesyonellerinin, disiplinlerarası bir ekibin üyeleri olarak hasta merkezli bakım sunacak şekilde, kanıta dayalı uygulama, kalite iyileştirme yaklaşımları ve bilişimi vurgulayacak şekilde eğitilmeleri önerilmiştir.

Bu kapsamda farklı disiplinlerdeki sağlık bilimleri eğitim programları için akreditasyon, değerlendirme ve bilgilendirme çalışmaları yaparak ülkemizde sağlık bilimleri eğitiminin kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunmak amacı ile Sağlık Bilimleri Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (SABAK) kurulmuştur. Derneğin değerlendirdiği tüm sağlık bilimleri meslek eğimi programlarının disipline özgü ölçütlerinde “Mesleki uygulamalarda etkileşimde olduğu diğer sağlık çalışanları ve diğer disiplinlerle etkin, verimli ve etik kurallara uygun hareket edebilme becerisi” kazanmaları hedefi bulunmaktadır.

Açıklama, dinleme ve empati kurma yeteneği, hastalar ve ekip ile ilişkileri derinden etkileyebilir ve bu da klinikte kalite, bakım deneyimi ve finansal sonuçlar üzerinde bireysel ve kurumsal performansı etkileyebilir. Bu nedenle, sağlık sistemleri mevcut işgücünde bu becerilerin izlenmesine ve geliştirilmesine yatırım yapmalı ve bir bütün olarak eğitim programları yarının doktorlarında, diyetisyenlerinde ve sağlık çalışanlarında bu becerilerin geliştirilmesine odaklanan girişimleri desteklemelidir.

Kaynakça

1. Agency for Healthcare Research and Quality. (2017) Team strategies and tools to enhance performance and patient safety (TeamSTEPPS), Department of Defense and Agency for Healthcare Research and Quality.
2. Asnani MR. (2009). Patient-physician communication. *WestIndian Med J, 58*(4):357-61. pubmed
3. DiMeglio, K., Padula, C., Piatek, C., Korber, S., Barrett, A., Ducharme, M. … Corry, K. (2005). Group cohesion and nurse satisfaction: Examination of a team-building approach. *Journal of Nursing Administration, 35*(3), 110–120.
4. Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., & Frankel, R. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine, 79*, 495-507.
5. Institute of Medicine. (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, D.C.: National Academies Press
6. Sağlık Bilimleri Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (SABAK), sabak.gov.tr
7. Türk Standardı TS 13114, Diyetisyen, Nisan 2004.

PANEL - MESLEKLERARASI İLETİŞİM EĞİTİMİ

TIP EĞİTİMİNDE MESLEKLERARASI İLETİŞİMİN ÖNEMİ: UÇEP ZEMİNİNDE

Prof. Dr. Erol GÜRPINAR
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Sağlık hizmeti sunumunda hekim bir ekip üyesi olarak görev yapmaktadır. Bu ekip içerisinde diğer hekimler, sağlık çalışanları, yardımcı personel gibi çok sayıda ve farklı görevlerde kişiler ile birlikte görevini yürütmektedir. Sağlık hizmet sunumunu doğrudan etkileyen bu birliktelikte hekimin kendi görev ve sorumluklarını ve diğer çalışanların görev ve sorumluluklarını bilmesi ve buna uygun bir çalışma davranışı sergilemesi son derece önemlidir.

Bu yetkinlik ve yeterliklerin kazandırılması tıp eğitimi sürecinde gerçekleştirilmek zorundadır. Konu ile ilgili Tıp Eğitimi Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneğinin, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartlarında, gelişim standarttı olarak "Öğrencilere sağlık hizmet sunumunda meslekler arası bir bakış açısı kazandırmış uygulamalara yer vermiş olmalıdır" yer almaktadır.

Yine tıp eğitimine yön veren Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) 2020 içerisinde Mesleklerarası iletişim ve işbirliğine yönelik olarak, UÇEP 2014'e kıyasla önemli eklemeler yapılmıştır. Özelikle UÇEP 2020 de oluşturulan Yetkinlik-Yeterlik listesinde konuya özel bir önem ve yer verilmiştir. Konu le ilgili yeterlikler;

Mesleğinin gerektirdiği etik ilkeler ile hak ve yasal sorumluluklar çerçevesinde görev ve yükümlülükleri yerine getirir.

Hizmet sunumu sırasında sağlık ekibi içinde örnek davranışlar gösterir, liderlik yapar.

Birlikte hizmet sunduğu sağlık ekibi içinde, olumlu iletişim kurar ve gerektiğinde farklı ekip rollerini üstlenir.

Sağlık ekibi içindeki sağlık çalışanlarının görev ve yükümlülüklerinin farkındadır ve buna uygun davranışlar gösterir.

Mesleki uygulamalarında meslektaşları ve diğer meslek grupları ile uyumlu ve etkin çalışır.

Örnek olarak verilebilir. İyi ve nitelikli bir tıp eğitimi yukarıda yer alan yeterlik ve yetkinlikleri kazandırabilecek teorik, pratik eğitimler ile mümkündür.

PANEL - MESLEKLERARASI İLETİŞİM EĞİTİMİ

HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE MESLEKLERARASI İLETİŞİM EĞİTİMİ

Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sağlık bakım hizmetlerinin dinamik ve değişken yapısı, yeni bakım modellerinin ve teknolojik gelişmelerin olması, hasta güvenliği, kalite ve akreditasyona ilişkin gereklilikler gibi faktörler eğitim ve uygulamalarda da yeni içerikleri, hedefleri ve modelleri zorunlu kılmaktadır. Sağlık profesyonellerinin yetkinlikleri arasında son dönemlerde meslekleraras eğitim, işbirliği ve iletişim gibi kavramlar yer almaktadır. Bu yetkinlikler nitelikli, verimli, güvenilir ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunumu için, profesyonellerin işbirliğine dayalı ekip çalışması becerileri geliştirmelerini, bu becerileri çalışma ortamındaki uygulamalarına yansıtabilmelerini gerektirmektedir.[1,2]

Meslekleraras eğitim iki ya da daha fazla meslek mensubunun işbirliğini ve hizmet kalitesini artırmak için bir araya geldikleri, birlikte öğrenmeyi ve çalışmayı sağlamak amacıyla uygulanan eğitimdir.[3] Sağlık bilimleri alanında meslekleraras eğitimden sözedebilmek için iki ya da daha fazla meslekten öğrenenin, işbirliğini ve hizmetin niteliğini artırmak için birlikte, birbirleri hakkında ve birbirlerinden öğreniyor olmaları aranmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri ve değerleri paylaşma, diğer sağlık profesyonellerinin rollerine saygı gösterme, aralarında olumlu anlayış geliştirmeleri meslekleraras eğitimin temel hedefidir.[1,3-6] Sağlık bilimleri eğitiminin bir parçası olan meslekleraras eğitim, işbirliği yapma yeteneğini, optimum bakım kalitesi sağlamayı, bilgi, beceri ve hizmet sunumunu geliştirmeyi sağlayarak, profesyonel bir şekilde nasıl çalışılacağını öğrenmek için öğrencilere bir fırsat sunmaktadır.[4] Sağlık profesyonellerinin mesleki yeterliklerinin farkına varabilmesi, hasta merkezli bakım uygulamalarında farklı bakış açıları ile eleştirel düşünme becerisi kazanabilmeleri için işbirliğine dayalı öğrenme ortamlarının oluşturulması ve meslekleraras eğitimin desteklenmesi hedeflenmektedir.[7,8]

Geleneksel olarak sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin eğitim programları, her meslek grubunun kendi öğrencilerinin eğitiminden sorumlu olduğu bir yaklaşım ile yürütülmektedir. Bu durum öğrencilerin diğer sağlık alanında eğitim gören öğrenciler ile etkileşim kurmalarını sınırlandırmakta, çalışma yaşamlarında aynı değerler ışığında ortak bir amaca hizmet edecek sağlık ekibi üyelerinin birbirlerini tanımalarını engellemektedir.[9,10] Meslekleraras eğitim, farklı disiplinlerdeki öğrencilerin birlikte çalışma ve ekip olma alışkanlığı kazanmaları; mesleki ahlak, etik, sorumluluk, deneyim gibi pek çok değerin geliştirilmesi ve bu eğitimler sonrasında bu kazanımlarını meslek yaşamlarına taşıyabilmeleri açısından oldukça değerlidir.[4]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hasta güvenliği ve olumlu hasta sonuçlarını artırmak için, lisans

düzeyindeki sağlık uygulamalarında meslekler arası işbirliğini ve iletişimi etkili bir yaklaşım olarak teşvik etmektedir.[1] Sağlık bakım hizmetlerinin nitelikli, verimli, güvenli ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesi ve hata riskinin en aza indirilebilmesi için, sağlık profesyonellerinin sağlık ekibinin etkin birer üyesi olarak etkili iletişim ve işbirliği içinde çalışmaları oldukça önemlidir.[11,12] Sağlık hizmetlerindeki hatalar ve advers olayların sıklıkla sağlık profesyonelleri arasındaki kötü iletişimden kaynaklandığı, bu durumun hastalar ve sağlık ekibi için olumsuz sonuçlara neden olduğu bildirilmektedir.[13] Literatürde, meslekler arası eğitimin sağlık profesyonelleri arasında karşılıklı güven ve saygının geliştirilmesinde, yanlış ve basmakalıp önyargıların ve profesyoneller arasında olumsuz rekabetin giderilmesinde önemli olduğu vurgulanmaktadır. Meslekler arası eğitim ayrıca sağlık profesyonelleri arasında bilgi ve becerilerin paylaşılmasını, birbirlerini daha iyi anlamalarını ve meslekler arasında paylaşılan ortak değerler ve saygı oluşturulmasını sağlamaktadır.[3]

Günümüzde hasta odaklı, kaliteli ve güvenli bir bakımın sağlanabilmesi, sağlık profesyonelleri arasında iletişim sorunlarının azaltılması, sağlık bakım hizmeti sunarken oluşabilecek hasta güvenliğine ilişkin hataların önüne geçilmesi, olumsuz sonuçlara yol açabilecek her türlü girişimin kontrol altına alınabilmesi ve sağlık bakım kalitesinin artırılabilmesi açısından meslekler arası eğitim, iletişim ve ekip çalışmasının önemi ön plana çıkmıştır. Etkili iletişim ve işbirliği, güvenli hemşirelik bakımının ve diğer sağlık profesyonelleriyle ekip halinde çalışmanın temelidir. Meslekler arası iletişim ve ekip çalışması becerilerinin kazandırılabilmesi için en etkin yöntemlerden biri, mezuniyet öncesi dönemde başlayan meslekler arası eğitimdir.[1,3,8,14]

Meslekler arası iletişim, sağlık profesyonellerinin birbirleriyle, hastalarla, aileleriyle ve daha geniş toplulukla şeffaf, dürüst, işbirliğine dayalı ve sorumlu bir şekilde iletişim kurmasıyla gerçekleşir. Bu tip iletişim, hastalar, aileleri ve sağlık bakım hizmeti sağlayanlar arasında karşılıklı güvene ve saygıya dayalı ilişkileri teşvik eder. Meslekler arası iletişim için karşılıklı saygı esastır. Meslekler arası iletişim, olumlu bir ortamın teşvik edilmesi, ortak hedefler belirlenmesi, işbirlikçi planlar oluşturulması, ortak kararlar alınması ve sorumlulukların paylaşılması için gereklidir. Meslekler arası iletişimi kolaylaştıran faktörler arasında; aktif olarak dinlemek ve sözlü olmayan iletişime dikkat etmek, tedavi planlarıyla ilgili ortak bir anlayışa ulaşmak, bilgi ve iletişim teknolojisini etkin bir şekilde kullanmak, müzakere, danışma, etkileşim ve tartışma gibi uygulamalar yer alır. Meslekler arası iletişim, hasta merkezli, güven ve anlayış içeren bir iletişim sağlar.[15]

Sağlık bakım hizmetlerinde meslekler arası işbirlikçi bir kültür oluşturulduğunda ve bu kültürü desteklemek için iletişim stratejileri ve teknoloji kullanıldığında; hasta bakımı ve hasta sonuçları iyileştirilebilir. Ekip tabanlı, hasta merkezli görüşmeler hastane sağlık bilgi sistemi üzerinden yapılabilir. Böylece kompleks bir hastanın bakımı bile çok kapsamlı, farklı ve benzersiz bakış açıları ile desteklenir, farklı semptomlar fark edilir, farklı olasılıklar değerlendirilir ve hasta sonuçları kısa sürede düzelme gösterebilir. Meslekler arası iletişim hasta merkezli bakımın ve sağlık hizmetlerinde meslekler arası işbirliğinin geliştirilmesine yardımcı olur. Sağlık bakım ekiplerinin hasta için aynı anda aynı mekanda bulunmalarının mümkün olmadığı durumlarda, teknoloji yardımı ile metin, ses veya video aracılığıyla güvenli bir şekilde iletişim kurulabilir ve işbirliği yapılabilir.[2]

Sağlık bakım hizmetlerindeki iletişim kopuklukları veya eksiklikleri, semptomların gözden kaçırılmasına, hatalı teşhis konulmasına veya ilaç hataları gibi maliyetli sonuçlara yol açabilir. Hastaya ait elektronik bilgi sisteminde yer alan notlar yardımcı olabilir, ancak klinik iletişim hayati önem taşır. Gerektiği durumlarda meslekler arası işbirliği için bir eczacıya danışılması ve hemşirelerin hastaları güvenli bir şekilde tedavi etmek için ihtiyaç duydukları tüm bilgileri araştırmaları gereklidir. Sağlık bakım hizmetlerinde meslekler arası iletişim advers ilaç reaksiyonlarını azaltmaya, ölüm oranlarını düşürmeye ve ilaç dozajlarını optimize etmeye yardımcı olabilir. Sağlık bakım hizmetlerinde meslekler arası iletişimin olumlu ve hızlı olması, hastaların tanı ve tedaviye başlama süreçlerini hızlandırabilir, hastaların bekleme süresini kısaltır ve memnuniyetlerini artırır. Hasta güvenliği hedefleri arasında, sağlık profesyonellerinin iletişiminin iyileştirilmesi ve önemli test sonuçlarının doğru personelle zamanında alınması yer alır. Meslekler arası işbirliği ve klinik iletişim teknolojisi, sağlık bakım ekibi üyelerinin birbirleri ile bağlantıda kalmasını sağlar. Böylece hastaya ilişkin bilgilerin elektronik bilgi sistemine girme süresi hızlandırılabilir. Hasta sonuçları sisteme girilince metin mesajları ile, ilgili sağlık ekibine mesaj gönderilebilir. Sağlık bakım ekibi işbirliği platformu, güvenli mesajlaşma, ses veya video yoluyla doğru bilgiyi doğru zamanda doğru kişilere sunmayı kolaylaştırır. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin meslekler arası iletişimini kolaylaştırmaya yönelik, sağlık bakım kuruluşlarının hastane iletişim teknolojilerine yatırım yapmaları önemli görünmektedir.[2]

Sağlık bakım hizmetlerinde meslekler arası işbirliği, ilaç hatalarının önlenmesine, hastaların daha hızlı iyileştirilmesine ve daha iyi hasta sonuçları sağlanmasına yardımcı olur ve bunların tümü sağlık bakım maliyetlerini azaltabilir. Ayrıca, iş akışı fazlalıklarını ve operasyonel verimsizlikleri düzenleyerek, hastanelerin tasarruf etmesine yardımcı olur. Her sağlık mesleğinin kendi alt kültürü, bilgi tabanı ve felsefesi vardır. Gücün bazı meslek gruplarında toplanması, hasta ve sağlık ekibinin diğer üyelerinin moralini bozabilir. Meslekler arası işbirliği ve iletişim ile, herkesin sağlık bakım ekibinde hayati bir rol oynadığı kabul edilebilir. Sağlık bakım ekibinin iletişimi mobil teknolojilerle güçlendirilebilir. Sağlık ekibi üyesi video konferans yoluyla ülke genelindeki bir meslektaşıyla yüz yüze görüşebilir veya hastasına sağlık durumu ile ilgili mesaj gönderebilir. Hastane iletişim teknolojilerinin geliştirilmesi, sağlık ekibinin meslekler arası iletişimini hızlandırabilir.[2]

Hemşirelik eğitiminde meslekler arası eğitim ve iletişime yönelik uygulamalar sınırlıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Amerikan Derneği Hemşirelik Kolejleri ve Ulusal Hemşirelik Birliği gibi birkaç ulusal sağlık eğitimi derneği, meslekler arası eğitimin geliştirilmesi ve entegrasyonunu teşvik etmektedir. Bu grup, meslekler arası eğitim işbirliği kapsamında, eğitim araçlarının oluşturulmasına yardımcı olacak temel yetkinlikleri belirlemiştir. Meslekler arası eğitim yetkinlikleri dört grupta ele alınmaktadır. Bunlar:[2,16]

Meslekler arası uygulama için etik ve değerler: Karşılıklı saygı ve değerlerin paylaşılması için diğer meslekten kişilerle birlikte çalışabilmedir.

Roller ve sorumluluklar: Toplumun ve hastaların gereksinim duyduğu sağlık hizmetini sunabilmek için kendi ve diğer mesleklerin rolüne ilişkin bilgiyi kullanarak uygun şekilde değerlendirme ve açıklayabilmedir.

Meslekler arası iletişim: Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların tedavisi için hastalar, aileleri, toplum ve diğer sağlık profesyonelleri ile ekip yaklaşımını destekleyecek duyarlılık ve sorumlulukta iletişim kurabilmedir.

Ekip ve ekip çalışması: Odağında hasta ve toplumun olduğu, güvenli, zamanında, etkili, verimli, adil bir sağlık hizmetini planlayabilmek ve sunabilmek için farklı ekip rollerini etkili biçimde gerçekleştirebilme, etkileşimi ve işbirliğini geliştirecek değerleri ve ekip dinamiklerine yönelik ilkeleri uygulayabilmedir.

Yetkinlik 3, meslekler arası iletişim uygulamaları kapsamında, hastalar, aileleri, topluluklar ve sağlık ve diğer alanlardaki profesyonellerle, sağlığın teşviki ve sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için bir ekip yaklaşımını destekleyen duyarlı ve sorumlu bir şekilde iletişim kurulması önerilmektedir. Meslekler arası iletişim yetkinliğine yönelik alt yeterlikler şunlardır:[16]

Ekip işlevini geliştiren tartışmaları ve etkileşimleri kolaylaştırmak için bilgi sistemleri ve iletişim teknolojileri dahil olmak üzere etkili iletişim araçlarının ve tekniklerinin seçilmesi,

Mümkün olduğunca disipline özgü terminolojiden kaçınarak, bilgilerin hastalar, aileleri, toplum üyeleri ve sağlık ekibi üyeleri ile anlaşılır bir biçimde iletilmesi,

Bilgi, tedavi, bakım kararları ve nüfus sağlığı programları ve politikalarının ortak bir şekilde anlaşılmasını sağlamak için çalışan, hasta bakımı ve toplum sağlığının iyileştirilmesine dahil olan ekip üyelerine bilgi ve görüşlerin güvenle, netlikle ve saygıyla ifade edilmesi,

Aktif olarak dinlenilmesi ve diğer ekip üyelerinin fikir ve görüşlerinin teşvik edilmesi,

Başkalarından gelen geri bildirimlere bir ekip üyesi olarak saygılı bir şekilde yanıt verilerek, diğerlerine ekipteki performansları hakkında zamanında, hassas, öğretici geri bildirimde bulunulması,

Belirli bir zor durum, önemli konuşma veya çatışma için uygun, saygılı bir dil kullanılması,

Kişinin benzersizliğinin (deneyim düzeyi, uzmanlık, kültür, güç ve sağlık ekibi içindeki hiyerarşi) etkili iletişime, çatışma çözümüne ve meslekler arası olumlu çalışma ilişkilerine nasıl katkıda bulunduğunun farkında olunmasıdır (Toronto Üniversitesi, 2008).

Bu yetkinlikler tüm sağlık bakım ekibinin eğitim müfredatında, meslekler arası eğitimin entegrasyonunda, meslekler arası işbirliği ve iletişimin artırılmasında, sağlık bakım hizmetlerinin geliştirilmesinde kullanılabilir bir yol haritası olarak görünmektedir. Sağlık bakım ekibinin eğitim veya aktif çalışma süreçlerinde, meslekler arası eğitime bakış açılarını ölçmek için Disiplinlerarası Eğitim Algısı Ölçeği,[17] Meslekler arası Öğrenmeye Hazır Oluş Ölçeği[18] gibi ölçüm araçları kullanılabilir.

Hemşirelik Eğitiminde Meslekler arası İletişim Eğitiminin Zorlukları ve Çözüm Önerileri

Meslekler arası iletişim eğitiminin uygulanmasına ilişkin zorluklar yaşanabilmektedir. Bunlar, meslekler arası eğitime ilişkin kurumsal bir misyonun olmaması, uygulamayı destekleyecek

stratejilerin veya sorumlu ve yetkin personelin olmaması, yetersiz personel sayısı, kurumsal ve organizasyonel kaygılar, müfredat oluşturulmasına veya esnetilmesine ilişkin sıkıntılar, mesleklerarası eğitim oturumlarının planlanmasında güçlükler, fiziksel alan yetersizliği veya uzaklığı, fakülte kaynaklarının sınırlı olması, fakültelerin her birinin program, misyon, vizyon ve kültürlerinin farklı olması, öğrencilerin ilgi alanlarının, özelliklerinin, öğrenme ve hazırbulunuşluk düzeylerinin farklılığı, yetersiz denetim, etkisiz değerlendirme yöntemleri olarak sıralanabilir.[19-21]

Mesleklerarası eğitim ve iletişim eğitimi farklı stratejilerle uygulanabilmektedir. Öncelikle üniversite liderlerinin güçlü bir iradesinin ve taahhüdünün olması, kurumun destekleyici kurumsal politikalarının ve mesleklerarası eğitimi destekleme taahhüdünün olması ve bunun açıkça belirtilmesi, kurumun misyon veya program öğrenme çıktılarına yeni eğitim modelinin dahil edilmesi, kurumun stratejik planının bir parçası olarak mesleklerarası eğitim için bir hedefi olması gerekmektedir. Sadece hemşirelik değil, diğer departmanlar da dahil olmak üzere klinik kuruluşların mesleklerarası eğitim hakkında bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve stratejik planlama sürecine dahil edilmesi önemlidir. Müfredat mesleklerarası eğitimin kendi öğrenme faaliyetleri, sonuçları ve öğrenme değerlendirmesiyle bağlantılı olacak şekilde tasarlanmalıdır. Öğrencilerin öğrenme çıktıları, ekip çalışması, iletişim ve savunuculuk gibi mesleklerarası uygulama yeterliklerini içermelidir. Kurum ayrıca eğitim faaliyetlerini koordine etmekten ve ilerlemenin önündeki engelleri belirlemekten sorumlu olacak bir koordinatör ve ofis belirlemelidir. Kurum yönetimi öğretim elemanlarını mesleklerarası eğitime hazırlamalı ve eğitmelidir. Kurumun yönetimi, fakülteyi, uygulamayı en üst düzeye çıkarmak için mesleklerarası eğitimi kullanmaya motive etmelidir. Fakülte düzeyinde yönergeler hazırlanmalı, mesleklerarası eğitim uygulamasını izlemek için bir lider kişiyle birlikte mesleklerarası eğitim yürütme komitesi atanmalıdır. Etkili mesleklerarası eğitimin sunulmasını sağlamak için farklı disiplinlerden öğretim üyelerinin dersler başlamadan önce işbirliği yapması gereklidir. Öğretim üyeleri, mesleklerarası eğitim uygulanması konusunda toplumu bilgilendirmek için en iyi uygulamalarını bir forumda paylaşabilirler. Mesleklerarası eğitim uygulamasının düzenli olarak gözden geçirilmesi veya değerlendirilmesi yapılmalıdır. Geri bildirim ve sonuçlar, araştırma ve akademik konferanslar gibi bilimsel etkinlikler aracılığıyla paydaşlara verilmelidir. Mesleklerarası eğitimin müfredata entegre edilme derecesini değerlendirmek için çeşitli araçlar kullanılabilir. Ayrıca dersin veya konunun niteliğine göre, öğrenci ve öğretim elemanının hazırbulunuşluğunun sağlanması, öğrenme ve öğretme stratejilerinin bir parçası olarak çeşitli kursların eğitime entegre edilmesi, vaka tartışmaları, yansıtıcı oturumlar, araştırma, toplum çalışması, çalıştaylar, rol play, hasta bakım planlaması, proje hazırlanması, klinik uygulama, vaka konferansları aracılığıyla vaka skeçleri uygulanması, nitelikli mezunların uygulamalarını paylaşmalarına yönelik girişimler planlanması gibi farklı eğitim uygulamaları kullanılabilmektedir.[19-25]

DSÖ tarafından sağlık bakım hizmeti öğrencilerinin eğitimine yeni bir yaklaşım olarak, sağlık programlarında öğrenci öğrenmesini ve iletişimini, öğrenciler arasında işbirliğini, mezuniyet sonrası takım çalışmanı geliştirmek için mesleklerarası eğitim ve simülasyon önerilmektedir.[5,6] Mesleklerarası eğitime yönelik programlarda kuramsal derslerin yanı sıra, küçük grup çalışmaları, olgu tartışmaları,

oyunlaştırma ve simülasyon tekniğinin uygulanması gerekmektedir.[26,27] Sağlık alanında meslekler arası iletişim eksikliği veya hatalı iletişim hasta sonuçlarını olumsuz etkilemektedir. Hemşireler ve doktorlar farklı şekilde eğitildikleri için, iletişim tarzları da farklılıklar gösterebilmektedir. Sağlık alanında egolar, güven eksikliği, organizasyon eksikliği ve yapısal hiyerarşilerin ilişkileri ve iletişimi engellediği belirtilmiştir. Meslekler arası iletişim eğitimi için eğitim programlarında simülasyon ve sanal simülasyon kullanımı, çevrimiçi modüller, eğitim için simülasyon hastanelerinde pratik yapma, simülasyonda öğrencinin iletişim performansını geçerli ve güvenilir araçlarla değerlendirme, hasta güvenliği ile ilgili dersleri müfredata ekleme, çatışma çözümüne yönelik uygulamalar yapma ve ekip bilinci geliştirmenin meslekleri birleştirmek için etkili olduğu belirtilmiştir. Simülasyon eğitiminin akademik ortamda başlaması, tüm sağlık profesyonellerinin bilgi sahibi olmalarının sağlanması, simülasyonda iletişim ve ekip çalışmasını kapsayan ölçülebilir hedefler olması önerilmiştir. Farklılıkları kucaklayarak ve geliştirerek sağlık çalışanlarının disiplinler arası iletişimin gelişebileceği bildirilmiştir.[28]

Başarılı bir meslekler arası eğitim programı için yönetsel desteğin sağlanması, meslekler arası altyapının kurulması, eğitimlere inanan öğretim üyelerinin programlarda yer alması ve öğrenci katılımının sağlanması gibi koşullar temel gereksinim olarak ortaya konmuştur. Meslekler arası eğitim modelleri geliştirilirken, düzenleyici standartların ve politikaların gözden geçirilmesi, kaynak yatırımı yapılması, akademik, sağlık bakım hizmetleri ve devlet kurumları arasında yapısal ve kültürel değişikliklere gidilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu değişikliklerin yapılabilmesi için ortak ve ekip tabanlı klinik eğitimlerin planlanması, akreditasyon kriterlerinin tüm sağlık profesyonellerini kapsayacak şekilde güncellenmesi, fakültelerde meslekler arası eğitim koordinatörlüğü oluşturulması, eğitim ve uygulama arasındaki bağlantıları güçlendirmek için klinik koordinatör pozisyonları oluşturulması önerilmektedir.[2,29] Bu nedenle, özellikle hemşirelik öğrencilerinin hazırlık eğitimleri ve mezun olarak işgücüne geçişleri sırasında, meslekler arası eğitimi yürürlüğe koymak ve sürdürmek için örgütsel liderlik kritik öneme sahiptir.[30]

Meslekler arası eğitim ve uygulama için kaynak finansmanın artırılması, sağlık profesyonellerini ekip temelli bakıma hazırlamak için, yenilikçi klinik eğitim modelleri geliştiren, toplum temelli ve kırsal ortamları içerecek şekilde, akademi ve uygulama arasında ortak tanıtım projeleri planlanması, yeni meslekler arası klinik uygulama modelleri geliştirilmesi önerilmektedir. Akademi ile sağlık hizmeti kuruluşları arasında verimli ortaklıklar oluşturabilmek için, meslekler arası klinik uygulama ortamları için iletişim ağı kurulmalı ve desteklenmelidir. Hemşirelik öğretim üyeleri ve klinikteki mentor hemşireler için, meslekler arası uygulama ve öğrencilere işbirlikçi bakım modelleri öğretme yeterliği kazandırılmalıdır.[31,32]

Meslekler arası eğitim işbirlikçi eğitimin önündeki engelleri etkili bir şekilde azaltabilir ve iletişimi teşvik edebilir. Akademik kuruluşlar, sağlık işgücünü meslekler arası bakıma hazırlayan kilit bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte, tüm sağlık meslekleri, meslekler arası eğitimin ve işbirliğinin lisans eğitiminin bileşeni kapsamında kritik bir konu olduğunu kabul etmemektedir. Bu nedenle, destekleyici akademik liderlerin akreditasyon çalışmaları kapsamında meslekler arası eğitimi çalışmaları; düzenleyici kurumlar, meslek birlikleri, sendikalar, hükümetler ve sağlık kuruluşlarının müfredat reformu ile meslekler arası bakımı desteklemeleri gerekmektedir.[33]

Hemşirelik Eğitiminde Meslekler arası İletişimle İlgili Çalışma Örnekleri

Meslekler arası eğitim alan sağlık gruplarında, almayan sağlık gruplarına göre ekip çalışması niteliğinin daha yüksek olduğu, tıbbi hatalarda azalma, acil servislerde protokollere uyumda, genel yetkinliklerde ve hasta memnuniyetinde artma olduğu gösterilmiştir.[3,34] Meslekler arası iletişim eğitiminin ekip işbirliği, hasta bakımında iyileşme, hata oranlarında azalma, öğrenci öğrenmesini teşvik etme, öğrencinin içgörü kazanma ve içgörülerini paylaşma, başkalarına saygı duyma gibi duygularını geliştirme, ekip üyeleri arasında etkileşim kurma, kanıta dayalı bütüncül kaliteli bakım sağlama, destekleyici bir ortamda bireysel hatalardan ders çıkarma, simülasyon deneyimleri ile zenginleşme gibi katkıları olduğu bildirilmiştir.[21]

Meslekler arası öğrenme hakkında Hacettepe Üniversitesi doktor ve hemşireleri ile tıp ve hemşirelik öğrencilerinin hazırbulunuşluk düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmada, öğrencilerde cinsiyete göre kadınlar lehine; hemşirelerde cinsiyete göre kadınlar ve birimlere göre onkoloji alanında çalışanlar lehine; doktorlarda cinsiyette kadınlar ve birimlerine göre pediatri lehine farklılık saptanmıştır. Hemşirelerde ve doktorlarda, öğrenciler lehine farklılık bulunmuştur.[4] Hemşirelik öğrencilerine mezuniyet öncesi meslekler arası iletişimi öğretecek olan öğretim üyelerinin nasıl hazırlandıkları ve hazırbulunuşluklarına ilişkin yapılan niteliksel çalışmada, hemşirelik öğretim üyelerinin meslekler arası eğitime hazırlanmak için herhangi bir örgün eğitim almadıkları, bu alana özgü yeterli anlayış geliştirmedikleri, bu konuda yardımcı kaynaklarla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları, hiçbir müfredat programında resmi bir meslekler arası eğitim programı olmadığı bulunmuştur. Liderlerin kurumlarındaki eğitimcilerin hemşirelik programlarında meslekler arası eğitimi öğretmeye hazırbulunuşluk durumlarını ve gereksinimlerini belirlemeleri önerilmiştir.[35]

Son yıllarda sağlık profesyonellerinin eğitiminde, eğitim müfredatının uygulamalı hale getirilmesine katkı sağlayan ve ekip eğitiminde etkili bir öğrenme metodu olan simülasyonun meslekler arası eğitimde kullanımının önemi artmıştır. Meslekler arası eğitimde simülasyon kullanımı sağlık ekibinin birçok disiplininden gelen her seviyedeki öğrencinin ekip içerisindeki rollerini daha iyi anlamasına, uygulamalarını ve becerilerini bireysel ve ekip olarak geliştirmesine katkı sağlamaktadır.[8,36] Lisans hemşirelik programlarında meslekler arası iletişim ve işbirliğini geliştirmek için meslekler arası öğrenme ve simülasyon kullanımının incelendiği integratif literatür taramasında, hemşirelik lisans programlarında meslekler arası iletişim ve işbirliğini geliştirmek amacıyla meslekler arası öğrenme ve simülasyon kullanıldığı, çalışmalarda ağırlıklı olarak hemşirelik ve tıp öğrencilerinin yer aldığı bulunmuştur. İnceleme sonuçlarında, meslekler arası öğrenme ve simülasyonu bir eğitim stratejisi olarak birleştirmenin faydalı olduğu, iki yöntem birlikte kullanıldığında iletişimin geliştiği ve işbirliğinin artığı belirlenmiştir.[15] Hemşirelik lisans programlarında meslekler arası simülasyon eğitiminin etkinliğine ilişkin integratif literatür taramasında, içerik analizi bulgularına göre ortaya çıkan beş temel tema; meslekler arası iletişim, meslekler arası ekip rollerinin takdir edilmesi, meslekler arası ekip çalışması veya işbirliği, özgüven veya özyeterlik ve meslekler arası öğrenmeye yönelik olumlu tutumlar veya hazır olma olarak belirlenmiştir. Hemşirelik eğitim programlarına simülasyonun entegre edilmesi önerilmiştir.[37]

Simülasyon tabanlı iletişim eğitimine katılan tıp ve hemşirelik öğrencilerinde, programın meslekler arası iletişime etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, öğrencilerin birbirlerinin mesleğine ilişkin algıları

ve hemşire-hekim işbirliğine yönelik tutumları değerlendirilmiştir. Simülasyon tabanlı iletişim eğitimi programı ile, öğrencilerin açık iletişim, bilgi paylaşımı ve meslekler arası simülasyon eğitimi sırasında karar verme, karşılıklı saygı ve güven, olumlu bir hemşire-hekim işbirliğine yönelik kalıp yargılar ve tutumlar üzerinde dönüşüm sağlanabildiği bildirilmiştir.[38] Sağlık eğitimi programlarının mevcut müfredatı, meslekler arası ekip işbirliğini geliştirmek için çok az fırsat sunmaktadır. Sanal simülasyonlar, sağlık bölümlerine devam eden öğrenciler için etkileşim ve işbirlikli öğrenme sağlamaktadır. Sanal gerçeklik simülasyonunun etkinliğini ve sanal bir klinik ortamda çeşitli disiplinlerden öğrencilerin deneyimlerini incelemek için yapılan sistematik derlemede, sanal gerçeklik simülasyonu etkinliğine katılan öğrencilerin disiplinler arası bir ekip işbirliği ve iletişimi deneyimledikleri, karşılıklı rollere ilişkin bilgi edindikleri, bu deneyimin sağlık ekibi üyesi olarak rollerine fayda sağlayacağını düşündükleri, öğrencilerin sanal dünyaların kullanılabilirliğini kabul ettikleri bulunmuştur.[39]

COVID-19 pandemisi döneminde altı farklı sağlık hizmeti öğrencileri (tıp, hemşirelik, eczacılık, fizyoterapi, ergoterapi ve tıbbi sosyal hizmet) ve kolaylaştırıcı iki klinisyenden oluşan meslekler arası ekipler için, meslekler arası eğitime katılma fırsatı sağlamak amacıyla, uzaktan üç boyutlu sanal dünya deneyimi ile ekip tabanlı sanal simülasyon uygulanmıştır. Çalışmada odak grup görüşmeleri ve amaçlı bir örneklem üzerinde nitel bir tanımlayıcı çalışma yapılmıştır. Ekip tabanlı sanal simülasyon uygulamasının işbirlikçi bakım deneyimi ve öğrenme kolaylığı sağladığı, evden öğrenmenin rahatlığı ve sanal ortamda psikolojik güvenlik ile kullanımın kolay olduğu, kolaylaştırıcıların öğrencileri kazanmak için öğrenme katılımını optimize etmede kritik bir rol oynadığı bulunmuştur.[40] Lisans öncesi sağlık bakım hizmeti öğrenci ekibine, simülasyonla geliştirilmiş bir meslekler arası eğitim projesi kapsamında; simüle edilmiş vaka senaryoları ile öğrenci ekip simülasyonları sırasında, ekip çalışması ve iletişim becerilerini değerlendirmek amacıyla İletişim ve Ekip Çalışması Becerileri (CATS) aracı kullanılmıştır. Tıp ve hemşirelik öğrencilerinde ekip çalışmasının sıklığı ve kalitesi değerlendirilmiş, CATS aracının öğrencilerin iletişim performansını değerlendirmek amacıyla kullanılabilecek güvenilir bir araç olduğu bildirilmiştir.[41]

Taburculuk planlama süreçlerinde etkili meslekler arası iletişimin ve empatinin etkisinin değerlendirildiği inceleme yazısında, ekip tabanlı taburculuk planlama simülasyonu olması, bu simülasyona roller, bilgi alma, öz-yansıtma alıştırmaları ve video geri bildirim şeklinde içerik eklenmesi ve teorik bilgiler kadar empatik süreçleri de yansıtan meslekler arası iletişim müdahalelerinin dahil edilmesinin daha fazla fayda sağlayacağı bildirilmiştir.[42] Hemşirelik ve acil bakım öğrencileri ile tıp, biyomedikal bilimleri ve radyografi öğrencilerinden oluşan iki gruba meslekler arası iletişim ve işbirliği eğitimine yönelik yapılan sıralı simülasyon uygulamasına ilişkin çalışmada, katılımcılar sıralı simülasyonun özellikle öğrenme becerileri için iyi bir öğrenme yöntemi olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca uygulamanın iletişim, hastayla karşılaşma ve meslekler arası bir ortamda çalışma deneyimi sağladığını düşünmüşlerdir. Sıralı simülasyonun öğrencilerin tüm sağlık bakım sistemini anlamalarına yardımcı olduğu bildirilmiş, pratik ve teknolojik olmayan beceri eğitimlerinde uygulanması önerilmiştir.[43] Sağlık hizmeti öğrencilerinin sanal gerçeklik temelli senaryo aracılığıyla (Sanal Gerçeklik 360 [VR 360]) klinik ve müfredata yönelik deneyimsel öğrenme amacıyla yapılan çalışmada, öğrencilerin maküla dejenerasyonu ve yüksek frekanslı işitme kaybı olan hasta deneyimi yaşamaları sağlanmıştır. Çalışma sonucunda, öğrencilerin hasta bakış açısıyla duygu hissettikleri; hasta olma duygusu ile gerçeklik yaşadıkları; işitme ve görme engeli ilişkili iletişim bariyerlerini deneyimledikleri ve

empati hissettikleri belirlenmiştir. Sanal gerçeklik 360 derece videonun meslekler arası iletişim becerileri eğitiminde kullanılması önerilmiştir.[44]

Dokuz Eylül Üniversitesi tıp ve hemşirelik öğrencilerine birlikte öğrenme, birbirini tanıma, meslekler arası iletişim ve ekip çalışması deneyimi kazandırmak amacıyla aile planlaması temalı bir eğitim etkinliği planlanmıştır. Çalışmada tersyüz edilmiş sınıf yöntemiyle uygulanan aile planlaması temalı eğitimde, kolaylaştırıcıların desteği ile öğrencilere oyunlaştırma yaptırılmış, öğrencilerin bilgi düzeyinin arttığı, eğitici ve öğrenci açısından eğitim etkinliğinin meslekler arası öğrenme fırsatı sağladığı belirtilmiştir.[45] Sağlık bilimleri alanında okuyan öğrencilerin meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşluklarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmaya, beslenme ve diyetetik, çocuk gelişimi, dil konuşma terapisi, diş hekimliği, eczacılık, ergoterapi, fizyoterapi, hemşirelik, odyoloji, İngilizce tıp ve Türkçe tıp bölümlerinde eğitim gören ve klinik uygulamaya başlamış öğrenciler dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin bölümlerine, geçmiş mesleki deneyimlerine ve hasta olarak bakım alma durumlarına göre meslekler arası öğrenmeye hazırbulunuşluk düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Araştırma sonuçlarına göre, öğrencilerin eğitim programlarına sağlık ekibi ve meslekler arası eğitimle ilgili derslerin eklenmesi ve bu derslerin öğrencilerin eğitimlerinin ilk yıllarında olması önerilmiştir.[46]

Meslekler arası bir eğitim girişiminin değerlendirme yanıtlarının, lisans hemşireliği ve tıp programlarındaki öğrencilerle karşılaştırılmasına yönelik yapılan çalışmada, öğrenme çıktısı olarak iletişim ve ekip çalışması hakkında değerlendirme soruları kullanılmış ve yazılı cevaplar analiz edilmiştir. Çalışma sonuçlarında, her iki grupta meslekler arası algılanan değerin yüksek olduğu, klinikle ilgili olumlu deneyimler yaşandığı ve belirlenen kavramların öğrenildiği bulunmuştur.[47] Hemşirelik akademisyenleri, meslek kuruluş temsilcileri ve sağlık çalışanlarının meslekler arası işbirliği uygulamaları ve eğitim algılarını araştırmak amacıyla Delphi tekniği ile yapılan çalışmada, katılımcıların meslekler arası eğitim programlarını uygulamaya istekli oldukları, ancak nasıl yapılacağına dair tartışmalı vizyonlarının olduğu, iletişim becerileri ve meslekler arası kültür unsurlarının akademik müfredata dahil edilmesi ve akademik yapı arasında tıp dışı meslekler in varlığının iyileştirilmesi hakkında ortak görüşler olduğu bulunmuştur.[48]

Hemşirelik lisans öğrencilerini meslekler arası iletişim, işbirliği ve ekip çalışmasına hazırlamak için hemşirelik, tıp, sosyal hizmet uzmanı öğrencilerinin yer aldığı ekip tabanlı onkoloji müfredatı palyatif bakım eğitimi projesi geliştirilmiş; palyatif bakım klinik deneyimi, eleştirel refleksın yazma ödevi, interdisipliner vaka yönetim deneyimi ile müfredat geliştirilmiştir. Çalışma sonucunda, öğrencilerin meslekler arası öğrenme ve yaşam sonu profesyonel bakım verme becerilerinde anlamlı düzeyde olumlu gelişmeler bulunmuştur.[49] Tıp ve hemşirelik öğrencilerine yönelik meslekler arası eğitimin etkilerini, engellerini ve beklentileri belirlemek amacıyla Delphi yöntemi kullanılarak yapılan niteliksel çalışmada; meslekler arası düşüncenin geliştirilmesi ve teşvik edilmesi, bilginin paylaşılması, faydalı bilgi alışverişinin ve karşılıklı anlayışın teşvik edilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Meslekler arası eğitimin başlıca engelleri, iki meslek için müfredatın koordinasyonu ve uyumlaştırılması olarak belirlenmiştir. Beklentiler olarak daha iyi karşılıklı ilişkilere dayalı gelişmiş bir hasta merkezli bakım, meslekler arası sağlık bakım ekiplerinde anlayış ve koordineli işbirliği olması, meslekler arası iletişimdeki beceriler ve rollerin anlaşılması, meslekler arası eğitimin hem tıp hem de hemşirelik fakülteleri tarafından onaylanması gerektiği bildirilmiştir.[50]

Sağlık profesyonelleri arasında ekip çalışması becerilerini geliştirmede etkili olduğu bilinen Performansı ve Hasta Güvenliğini Artırmak için Ekip Stratejileri ve Araçları (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety [TeamSTEPPS]) kullanılarak tıp ve hemşirelik öğrencilerine simülasyon eğitimi uygulanmış, katılımcıların yazılı yansımaları değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarında, öğrencilerin ekip performansı, mesleklerarası iletişim ve işbirliği yeterlikleri yüksek bulunmuş, yapılandırılmış iletişim araçlarının hasta güvenliği üzerindeki etkisinin ve mesleklerarası ekip çalışmasında rol ve sorumlulukların müfredata eklenmesi önerilmiştir.[51] Multidisipliner bir yaşam sonu eğitim müdahale programının, sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinde mesleklerarası işbirliği, güven ve iş tatmini üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, katılımcılar evde bakım hemşireleri, bakım yöneticileri ve bakım görevlilerinin sorumluları olarak üç gruba ayrılmış, yedi ay süresince çok disiplinli bakımı desteklemek için iki eğitim çalıştayı ve bir eğitim kitapçığından oluşan çok disiplinli bir yaşam sonu eğitim müdahale programı uygulanmıştır. Çalışma sonucunda sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri arasındaki işbirliğinin ve güvenin arttığı, iş tatmini üzerinde herhangi bir farklılık olmadığı bulunmuştur.[52] Uluslararası literatürde mesleklerarası eğitim ve iletişim eğitiminin etkilerine ilişkin çalışmalar bulunmakta, ancak ülkemizde mesleklerarası eğitime ve iletişime ilişkin kanıt temelli uygulama ve çalışmalara gereksinimin fazla olduğu görülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de hemşirelik mesleğinde mesleklerarası eğitimin gelişim süreci incelendiğinde, hemşirelik müfredat programlarında mesleklerarası eğitime yönelik resmi bir uygulamanın olmadığı, bu nedenle hemşirelik lisans müfredatlarının oluşturulmasında etkili olan eğitimcilerin, gelecekte birlikte çalışacak sağlık profesyonelleri öğrencilerini bir araya getirebilecek, uygulamaya dayalı eğitim programları geliştirmeleri gerektiği görülmektedir. Uluslararası gelişmelere paralel olarak ilerleyebilmek için, müfredat çalışmalarının günümüz gereksinimlerine ve mesleklerarası eğitimde kazandırılması gereken yeterliklere uygun olarak planlanması gerekmektedir. Mesleklerarası eğitimi içeren müfredat programları öğrencilerin sürekli öğrenmesine ve gelişmesine olanak sağlamalı ve geri bildirimler alınarak geliştirilebilmelidir.

Sağlık profesyonellerinin lisans eğitimlerinde mesleklerarası eğitime olabildiğince erken dönemde başlanması gerekmektedir. Bu şekilde gelecekte birlikte çalışabilecek sağlık profesyonelleri, lisans eğitimlerinin ilk yıllarında oluşabilecek ön yargılardan uzak durabilmekte, mesleklerarası eğitime ve öğrenmeye daha uygun ve hazır olabilmektedir. Simülasyon, mesleklerarası eğitim ile ilgili yeterliklerin geliştirilmesinde yenilikçi bir yöntem olarak önerilmektedir. Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim ile öğrencilerin kaliteli hasta bakımının her yönünü daha iyi öğrenebilmeleri, hasta sonuçlarını iyileştirebilmek için ekip üyeleri arasında işbirliğini ve iletişimi sürdürmeleri, ekip üyelerinin birbirlerinin rol ve sorumluluklarının farkına varmaları ve birbirlerine karşı saygı ve olumlu tutum geliştirmeleri sağlanabilmektedir. Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim, öğrencilerin kendilerine olan güvenlerini arttırarak memnuniyetlerini olumlu düzeyde etkilemektedir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin lisans eğitim müfredatlarına simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin entegre edilmesi, öğrencilere daha güvenli bakım sağlama fırsatı sunabilecektir.

Başarılı bir mesleklerarası eğitim programı için yönetsel, kurumsal ve finansal destek sağlanmalı, mesleklerarası eğitime ilişkin altyapı kurulmalı, eğiticiler tarafından ortak hedefler belirlenmeli, mesleklerarası eğitimlere inanan öğretim üyelerinin programlarda yer alması sağlanmalı, süreç boyunca tüm iç ve dış paydaşlar tarafından tam olarak anlaşılmasını sağlamak üzere düzenli toplantılar yapılmalı, hazırbulunuşluk düzeyleri değerlendirilmeli, bu alanda gönüllü, istekli, yetkin bir ekip ile yola çıkılmalıdır. Ülkemizde hemşirelik lisans eğitiminde mesleklerarası eğitimlere en kısa sürede başlanabilecek şekilde planlamalar yapılmalıdır. Mesleklerarası eğitim uygulamalarının sadece lisans eğitimi düzeyinde değil, mezuniyet sonrası hizmetiçi eğitimlere, klinik uygulamalara ve lisansüstü eğitime entegre edilmesi ve yaygınlaştırılması düşünülmelidir. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, hemşirelik eğitimi müfredatları ve hemşirelik akreditasyon standartları mesleklerarası eğitim doğrultusunda güncellenmelidir. Sağlık eğitimi sağlayan fakültelerin ortak dersler doğrultusunda, sağlık kuruluşlarındaki yaşanabilecek durumlar simüle edilerek öğrencilerin yetiştirilmesine katkı sağlamaları önemli görünmektedir. Mesleklerarası eğitim programı tasarımı süreçlerinin, eğitimde akreditasyon süreçleri şeklinde yapılandırılmasının ve geliştirilmesinin çok katkı verici olacağına inanılmaktadır. Mesleklerarası iletişimin geliştirilmesine ilişkin ülkemizdeki mevcut kanıtların sınırlı olması nedeniyle, bu yeni eğitim modelinin etkinliğini test eden çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

Kaynakça

1. World Health Organization. Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [Internet]. 2010. [Updated: 2019 February 20; Cited: 2019 February 25]. Available from: http:// www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
2. O'Connor S. An interprofessional approach: The new paradigm in nursing Education. Journal of Advanced Nursing 2018;74:1440-1442.
3. Boztepe H, Terzioğlu F. Sağlık eğitiminde mesleklerarası eğitim. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;18(3):222-228.
4. Dener H, Elçin M. Mesleklerarası öğrenme hakkında Hacettepe Üniversitesi doktor ve hemşireleri ile tıp ve hemşirelik öğrencilerinin hazırbulunuşluk düzeylerinin karşılaştırılması. Sted 2020;29(2):109-117.
5. World Health Organization. Transforming and Scaling Up Health Professionals' Education and Training: World Health Organization Guidelines. 2013a. WHO, Geneca, Switzerland.
6. World Health Organization. Transforming and Scaling Up Health Professionals' Education and Training: World Health Organization Guidelines. 2013b.
7. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. CAIPE: Interprofessional Education Guidelines 2017 [Internet]. 2017. [Updated: 2019 February 20;Cited: 2019 February 25]. Available from: file:///C:/Users/fatma/Downloads/CAIPE-2017-Interprofessional-Education-Guidelines-2%20(1).pdf
8. Şahan FU, Terzioğlu F. Sağlık profesyonellerinin eğitiminde simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim. Archives of Health Science and Research 2019;6:437-445.
9. Palaganas JC, Epps C, Raemer DB. A history of simulation-enhanced interprofessional education. J Interprof Care 2014;28(2):110-115.

10. Illingworth P, Chelvanayagam S. The benefits of interprofessional education 10 years on. Br J Nurs 2017; 26(14):813-818.

11. Edwards S, Siassakos D. Training teams and leaders to reduce resuscitation errors and improve patient outcome. Resuscitation 2012;83(1):13-15.

12. Onan A, Turan S. Mezuniyet öncesinde mesleklerarası eğitim. Türkiye Klinikleri J Med Educ- Special Topics 2017; 2(2):111-116.

13. Eggertson L. On the same team? Nurse-physician communication. Can Nurse 2012;108(5):28-32.

14. Granheim BM, Shaw JM, Mansah M. The use of interprofessional learning and simulation in undergraduate nursing programs to address interprofessional communication and collaboration: An integrative review of the literature. Nurse Education Today 2018;62:118-127.

15. University of Toronto. Interprofessional Care Competency Framework and Team Assessment. 2017. Retrieved 15/01/2018, from http:// www.ipe.utoronto.ca.

16. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, 2016. DC:IPEC. Available from:

17. https:// nebula.wsimg.com/2f68a39520b03336b

18. Terzioğlu F, Aktaş D, Ertuğ N, Boztepe, H.Disiplinlerarası Eğitim Algısı Ölçeğinin (DEAÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2019;16(1):15-20.

19. Onan A, Turan S, Elcin M, Şimşek N, Deniz KZ. A test adaptation of the modified readiness for Inter professional Learning Scale in Turkish. Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research 2017;51(2):207-215.

20. Fook J, D'Avray L, Norrie C, Psoinos M, Lamb B, Ross F. Taking the long view: Exploring the development of interprofessional education. J Interprof Care 2013;27(4):286-291.

21. Jacobs JL, Samarasekera DD, Chui WK, Chan SY, Wong LL, Liaw SY, et al. Building a successful platform for interprofessional education for health professions in an Asian university. Med Teach 2013;35(5):343-347.

22. Shakhman LM, Omari OA, Arulappan J, Wynaden D. Interprofessional education and collaboration: Strategies for implementation. Oman Medical Journal 2020;35(3):e160.

23. Salfi J, Solomon P, Allen D, Mohaupt J, Patterson C. Overcoming all obstacles: A framework for embedding interprofessional education into a large, multisite Bachelor of Science Nursing program. J Nurs Educ 2012;51(2):106-110.

24. Nisbet G, Lincoln M, Dunn S. Informal interprofessional learning: An untapped opportunity for learning and change within the workplace. J Interprof Care 2013;27(6):469-475.

25. Aase I, Hansen BS, Aase K. Norwegian nursing and medical students' perception of interprofessional teamwork: a qualitative study. BMC Med Educ 2014;14(1):170.

26. Kitto S, Goldman J, Schmitt MH, Olson CA. Examining the intersections between continuing education, interprofessional education and workplace learning. J Interprof Care 2014;28(3):183-185.

27. Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: Three best practice models of ınterprofessional education. Medical Education Online 2011;16: 6035.

28. WHO Patient Safety Curriculum, Multiprofessional Edition World Health Organization, 2011.

29. Foronda C, MacWilliams B,McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. Nurse Education in Practice 2016;19:36-40.

30. Meleis AI. Interprofessional education: A summary of reports and barriers to recommendations. Journal of Nursing Scholarship 2016;48:106-112.

31. Pfaff K, Baxter P, Jack S, Ploeg J. An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. Journal of Advanced Nursing 2014;70:4-20.

32. Incorporating Interprofessional Education and Practice into Nursing. Thirteenth Report to the Secretary of the Department of Health and Human Services and the United States Congress. National Advisory Council on Nurse Education and Practice (NACNEP) Based on the 130th and 131st Meetings of the NACNEP 2015.

33. Sullivan M, Kiovsky RD, Mason DJ, Hill CD, Dukes C. Interprofessional collaboration and education: Working together to ensure excellence in health care. American Journal of Nursing 2015;115(3):47-53.

34. Registered Nurses' Association of Ontario Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.2013. https://rnao.ca/bpg

35. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Koppel I, Hammick M. The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. Journal of Interprofessional Care 2010; 24: 230-241.

36. Berghout T. How are nurse educators prepared to teach interprofessional practice? Nurse Education Today 2021;98:104745.

37. Cunningham S, Foote L, Sowder M, Cunningham C. Interprofessional education and collaboration: A simulation-based learning experience focused on common and complementary skills in an acute care environment. J Interprof Care 2018; 32(3):395-398.

38. Labraguea LJ, McEnroe-Petitteb DM, Frondaa DC, Obeidat AA. Interprofessional simulation in undergraduate nursing program: An integrative review. Nurse Education Today 2018;67:46-55.

39. Liaw SY, Siau C, Zhou WT, Lau TC. Interprofessional simulation-based education program: A promising approach for changing stereotypes and improving attitudes toward nurse–physician collaboration. Applied Nursing Research 2014;27:258-260.

40. Qiao J, Xu J, Li L, Ouyang YQ. The integration of immersive virtual reality simulation in interprofessional education: A scoping review. Nurse Education Today 2021;98: 104773.

41. Liaw SY, Choo T, Wu LT, Lim WS, Choo H, Lim SM, Ringsted C, Wong LF, Ooi SL, Lau TC. Wow, woo, win"-Healthcare students' and facilitators' experiences of interprofessional simulation in three-dimensional virtual world: A qualitative evaluation study. Nurse Education Today 2021;105:105018

42. Masters K, Lutter SL, Barton D, Bohrn M, Grim R, Becker D, Patterson D. Adapting the Communication and Teamwork Skills Assessment to Assess Pre-licensure Health Care Student Team Performance in Simulation-Enhanced Interprofessional Education. Health and Interprofessional Practice 2018;3(3). Available at: https://doi.org/10.7710/2159-1253.1159

43. Lobchuk M, Bell A, Hoplock L, Lemoine J. Interprofessional discharge team communication and empathy in discharge planning activities: A narrative review. Journal of Interprofessional Education & Practice 2021;23:100393

44. Tervaj¨arvi L, Hutri-K¨ah¨onen N, Rautiola A-M. Student-LED interprofessional sequential simulation improves communication and teamwork. Nurse Education in Practice 2021;51:102983

45. Buchman S, Henderson D. Qualitative study of interprofessional communication through immersive Virtual Reality 360 Video among healthcare students. Int J Nurs Health Care Res 2019;3: 076. DOI: 10.29011/IJNHR-076.1000076

46. Musal B, Aluş Tokat M, Ergönül E, Konakçı S, Günay T, Özçakar N, Öztürk Haney M, Akçelik M. Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin birlikte öğrenme deneyimi. Tıp Eğitimi Dünyası 2019;18(56):5-15.

47. Özata K. Sağlık Bilimleri Alanında Okuyan Öğrencilerin Mesleklerarası Öğrenmeye Hazırbulunuşluklarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Programı Yüksek Lisans Tezi. (Tez Danışmanı: Şenay Sarmasoğlu). Ankara, 2018.

48. McMillan M, Rhodes J, Winder P, Strathearn M, Anakin M. Comparing evaluation responses of an interprofessional education initiative with students in undergraduate nursing and medical programmes. Nurse Education Today 2021;105:105023

49. Luca ED, Sena B, Cataldi S, Fusillo F. A Delphi survey of health education system and interprofessional nurse' role. Nurse Education Today 2021;99:104779

50. Hermann CP, Head BA, Black K, Singleton K. Preparing nursing students for interprofessional practice: The interdisciplinary curriculum for oncology palliative care education. J Prof Nurs 2016;32:62-71.

51. Homeyer S, Hoffmann W, Hingst P, Oppermann RF, Dreier-Wolfgramm A. Effects of interprofessional education for medical and nursing students: Enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration – A qualitative study. BMC Nursing 2018;17:13.

52. Mahmood LS, Mohammed CA, Gilbert JHV. Interprofessional simulation education to enhance teamwork and communication skills among medical and nursing undergraduates using the TeamSTEPPS® framework. Medical Journal Armed Forces India 2021;77:42-48.

53. Fukui S, Fujita J, Ikezaki S, Nakatani E, Tsujimura M. Effect of a multidisciplinary end-of-life educational intervention on health and social care professionals: A cluster randomized controlled trial. PLoS ONE 2019;14(8): e0219589.

PANEL - MESLEKLERARASI İLETİŞİM EĞİTİMİ

SOSYOLOJİK AÇIDAN MESLEKLERARASI İLETİŞİM

Prof. Dr. İnci USER
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü

Mesleklerarası iletişim, özünde disiplinlerarası iletişimdir. Günümüzde disiplinlerarası işbirliği büyük önem kazanmıştır ve farklı disiplinlerin mensupları arasındaki iletişimin etkinliği bu işbirliğinin zorunlu bir unsurudur.

Disiplinlerarası çalışmalarda farklı iki yaklaşım vardır: Araçsal yaklaşım, belli bir proje ya da uygulama için farklı disiplinlerin olanaklarının bir araya getirilmesine işaret eder. Eleştirel yaklaşım ise epistemolojik ve metodolojik uyumsuzluklar üzerinde durur, uygulamada ortaya çıkan sorunları vurgular (Behague, Gonçalves ve Victoria, 2008; Brunevičiūtė vd., 2011), disiplin ve kurum yapılarını, bu yapılara içkin olan iktidar ilişkilerini sorgulayarak dönüştürmeyi amaçlar, bilim ve eğitimin amaçlarını ve değerlerini tartışmaya açar (Klein, 2011; Albert, Paradis ve Kuper, 2015). Disiplinler ve mesleklerarası işbirliğinin salt araçsal bir yaklaşımla ele alınması kısa vadeli bazı programlar için kullanışlı olabilir. Ancak, kalıcı ve kültür oluşturan bir işbirliği mutlaka eleştirel bir yaklaşıma dayanmalı, tarafların bu işbirliğine temel olacak değerler üzerinde mutabakat sağladığından, yöntem ve tekniklerini ortaklaştırdıklarından, iktidar mücadeleleri ve sömürücü girişimlerin devrede olmadığından emin olunmalıdır.

Disiplinlerarası iletişim ve işbirliğini kurmak ve sürdürmek kolay değildir. Hatta bu iş için çok kültürlü toplumların ihtiyaç duyduğu kültürlerarası yetkinliklerin gerekli olduğu bile belirtilmiştir (Reich ve Reich, 2006). Farklı alanların mensupları birbirlerine önyargılarla yaklaşabilmekte, kendi bilim dallarının ehemmiyetini öne sürerek diğerleri üzerinde hakimiyet kurmaya ve ortak çalışmanın akışını keyfi bir biçimde yönlendirmeye çalışabilmekte, ortaya çıkan ürünleri sahiplenebilmektedir. Öte yandan, bu hiyerarşik tavrın kendilerini ezdiğini düşünenlerin tepkileri de çalışmanın akışını bozabilmektedir. Aynı anda birkaç ekibe (örneğin bölümlerindeki monodisipliner ekip ve katıldıkları bir projedeki disiplinlerarası ekip) mensup olan kişiler rol karmaşası da yaşayabilmektedir.

Disiplinlerin iş birliğinin başarısı için ortak bir ekip kimliğinin inşasını sağlayacak müzakereler yanında kültür farklarına ve iletişime gösterilecek dikkat ve özen gereklidir. Disiplinlerin farklı öğretim teknikleri, farklı sosyalleşme deneyimlerine ve sonuçta farklı profesyonel kimliklerin oluşmasına yol açar. Bu, iletişim ve işbirliği önündeki önemli bir engeldir (Hugh ve Sa, 2009). Uzman guruplarının kendilerine özgü dilleri vardır ve bazen bir tek sözcük bu dillerin birkaçında birkaç farklı anlama gelebilir. Kültür ve dil farklarından kaynaklanan yanlış anlaşmalar, kimlik siyaseti, iktidar mücadeleleri, diğer ekiplere ilişkin kalıp yargılar ve alan savunması çabaları ortak amaçların ve iş birliği gayretlerinin önüne geçebilir. Dil farkı, kimi zaman iş birliğini talep etmiş tarafların

uygulamada birbirini dinlememesi ve birbirinden öğrenme fırsatını kaçırması sonucunu da verebilir. (Raento, 2020; Lingard vd, 2007; Reich ve Reich, 2006; User, 2005).

Disiplinlerarası çalışmayı zora sokan bir unsur da disiplinlerarası ve çok disiplinlili kavramlarının sıklıkla birbirine karıştırılmasıdır. Çok disiplinli çalışma, farklı disiplinlerin aynı konuya yönelik olarak çalışmaları, her birinin kendi yöntemleriyle yaptıkları katkıların biraraya getirilmesidir. Bu çalışma biçimi genelde hiyerarşik bir ekip yapısı gerektirir ve farklı alanların uzmanlarının yöntemlerini ortaklaştırmaları beklenmez. Disiplinlerarası çalışmada ise ortak yöntemler geliştirilmesi söz konusudur ve ekip içinde eşitlikçi ilişkiler kurulabilmesi ön koşuldur. Uzun yıllara dayanan bir çok disiplinli çalışma geleneği bulunan alanlarda disiplinlerarası bir kültürün yerleştirilmesinde çeşitli güçlükler yaşanması kaçınılmazdır. Sağlık alanı bu durum için tipik bir örnektir (Orchard, Curran ve Kabene, 2005).

Disiplinlerin ve farklı disiplinler içinde yetişmiş profesyonellerin birlikte çalışma gayretleri çeşitli güçlük, yetersizlik ve eleştirilere karşın devam edecektir. Bunun nedeni karmaşık olguların farklı nitelikteki boyutlarını ayrı ayrı ele almanın, bu olguların anlaşılması ve bunlara ilişkin girişimler için yeterli olmamasıdır. Günümüzde gerek araştırmaya gerekse uygulamaya yönelik kuruluş ve ekipler disiplinlerarası çalışma konusunda hükümetlerin ve piyasanın yoğun baskılarıyla karşı karşıyadır.

Sosyal bilimcilerin sağlık alanında eğitim, araştırma ve uygulama ekiplerinde yer alma çabaları disiplinler ve mesleklerarası işbirliği girişimleri ve bu girişimlerin karşılaştığı sorunlar için bir örnek oluşturabilir. Bireylerin ve toplulukların sağlık durumlarının toplumsal koşullarla yakından bağlantılı olduğu uzun süreden beri bilinmektedir. Hastalık ve sağlığın bütüncül bir perspektifle, bireyin fiziksel özelliklerini, kişilik yapısı ve psikolojik durumunu, hangi fiziksel çevre koşullarında ve toplumsal ortamda yaşadığını hesaba katarak inceleme zorunluluğu ve bunun tıp eğitimine nasıl yansıtılacağı ise ancak 1950'li yıllardan itibaren tıp dünyasını meşgul etmeye başlamıştır.

Modern döneme geçerken en büyük sağlık sorunlarını oluşturan enfeksiyon hastalıklarıyla tıbbi mücadelenin büyük ölçüde başarılı olduğu 20.yüzyılda ortalama yaşam beklentisi bir hayli artmış ve tıbbın ilgisi kronik hastalıklara yoğunlaşmıştır. Kronik hastalıkların basit nedensel ilişkilerle açıklanamayan karmaşık yapıları vardır ve hem ortaya çıkışları hem de seyirleri sadece fizyolojik olarak değil, sosyal, ekonomik ve davranışsal olarak da belirlenmektedir. Hastalanan birey açısından kronik hastalık hekimlerin kahramanca müdahaleleri ile kısa sürede sonuca bağlanan ve yaşamın olağan akışında paranteze alınabilen bir deneyim değil, kendine özgü bir yaşam biçimidir. Bu yeni yaşam biçimi bireyin aile ve çalışma düzenini, ekonomik durumunu, sosyal katılımını ve ruhsal süreçlerini ciddi şekilde etkiler. Gerek hastalıkların bu nitelikleri, gerekse bunlara karşı geliştirilen, ortamı, yaşam tarzını ve davranışları değiştirerek sağlığı geliştirme ve koruma yöntemleri, hastalık ve sağlığı bir meslek grubunun alanı olmaktan çıkartmış, sosyal yaşamın merkezine yerleştirmiştir. Bunun sonucunda, sosyal bilimler tıpla, özellikle de halk sağlığı, koruyucu tıp ve psikiyatri alanlarıyla iş birliğine çağırılmaya başlanmıştır. Sosyal bilimciler de sağlık alanının insan davranışları ve örgütlenmesinin çok özel ve ilginç bir örneği olduğunu fark ederek konuya ilgi göstermeye başlamış,

ve sosyal bilimlerin sağlığa odaklanan uygulamalı alt disiplinleri hızla gelişmiştir. Sosyal bilimcilerin sağlık alanına girmesiyle birlikte mesleki tutumlar, alan özgünlükleri, karşılıklı saygı ve anlaşma gibi konular tartışılmaya ve farklı disiplinlerin iletişimi üzerinde durulmaya başlanmıştır.

2000'li yıllardan itibaren pek çok ülkede üniversitelerin tıp fakülteleri sağlığa biyopsikososyal yaklaşım kapsamında müfredatlarına sosyal ve beşeri bilim bilgilerini dahil etmeye başlamışlardır. Sosyal ve beşeri bilimler hakkında fikir sahibi olan tıp öğrencilerinin sağlığa zarar veren davranışları tespit etmek ve uygun müdahalelerle bu davranışları değiştirmek için gerekli donanıma sahip olacakları, tıbbın ilgi alanına giren rahatsızlık, ağrı, engellilik, acı çekme, şifa sunma, terapi ilişkileri gibi bir dizi konuyu sosyal ve beşeri bilimlerin yöntemleriyle daha derinden kavrayacakları düşünülmektedir. Ayrıca, bu donanımın öğrencilerin kendi mesleklerini de daha iyi anlamalarını ve eleştirel düşünüm geliştirmelerini sağlayacağı umulmaktadır. Son olarak, insan davranışı ve topluma dair bilgilerin pek çok kronik hastalığın tedavisinde yarar sağlayacağı ileri sürülmüştür. Öğrencilerin bu bağlamda etkin iletişim becerileriyle de donatılarak hem gelecekteki hastaları hem de sağlık ekibi içindeki diğer profesyonellerle etkileşimde başarılı olmalarını sağlamak bir diğer amaçtır. Ayrıca, hekim adaylarının toplumsal ve kültürel bilgi edinerek, hastalıkların toplumsal bağlamlarını anlamaları ve hastaların kültürel çeşitliliğini gerektiği gibi karşılamalarının mümkün olacağı da düşünülmüştür. (Vanselow ve Cuff, 2004; Shapiro vd., 2009). Hekim adaylarının sahip olacağı kültür ve iletişim duyarlılığının, hastaların da sağlık ekibinde karar alma süreçlerine aktif olarak katılabilmeleri şeklindeki disiplinlerarası ekip çalışması yaklaşımı için zorunlu bir koşul olduğu belirtilebilir.

Sosyal bilimlerin öneminin vurgulanması ve tıp fakültelerinin eğitici kadrolarında bu alanlardan eğiticilere yer açılması çok heyecan verici bir gelişmedir. Eğitimin içeriğinin dönüşmesi, sağlık hizmetlerinde uygulayıcı olarak yer alan psikolog, demograf, sosyal hizmet uzmanı gibi sosyal bilim kökenli profesyonellerin de iş tanımlarına ve çalışmalarının etkinliğine katkıda bulunacaktır. Öte yandan, sosyal bilim katkısı, ancak sosyal bilimcinin tam yetkili ve eşit konumda bir meslektaş olarak kabul edilmesi, alanına müdahale edilmemesi, bilgisi ve emeğinin araçsallaştırılmamasıyla mümkün olacaktır. İşte bu noktada hem disiplinler arası hiyerarşi hem de araştırmacıların alıştıkları şekilde çalışma (özellikle de kendi disiplinlerinin sınırları içinde kalma) eğilimleri devreye girebilmekte, iletişim sorunları yaşanabilmekte ve sonuç istenenden farklı olabilmektedir.

İstenmeyen sonuçları sergileyen bir çok çalışma mevcuttur. Örneğin, bir çalışmada Tıp Eğitimi araştırmalarında yararlanılan kaynakların çok küçük bir bölümünün tıp dışı alanlara ait olduğu (%8 sosyal bilimler ve biyoloji, %3 eğitim bilimleri), dolayısıyla bu alanın gerçek anlamda disiplinlerarası nitelik taşımadığı gösterilmiştir (Albert vd., 2020). Bir diğer çalışma tıp fakültelerinde çalışan sosyal bilimcilerin biyomedikal araştırmacılara dönüştüklerini ve hekim olan çalışma arkadaşlarının istekleri doğrultusunda çalışmalar yaparken kendi alanlarının mükemmeliyet ölçütleriyle çeliştiklerini ortaya koymuştur. Bunun anlamı, disiplinlerarası araştırma ve yayın etkinliklerinin kendilerine özgü kalite standartları oluşmamış ve tıbbın ölçütlerinin sosyal bilimcilere dayatılmış olduğudur (Albert, Paradis ve Kuper, 2015). Bu doğrultuda, disiplinlerarası olarak tarif edilen kimi çalışmaların belli disiplinlerin birikimini sadece sömürdüğü, onların gelişimine katkıda bulunmadığı ileri sürülmektedir (Pilnick,

2013; Holmwood, 2010). Öte yandan, kimi araştırmalar da beşeri ve sosyal bilimlerin bilgileriyle donanarak daha insancıl tutumlar geliştirmeleri beklenen tıp öğrencilerinin söz konusu derslerin kendilerini mesleklerine hazırlamadığını, gereksiz yük oluşturduğunu, seçimlik olmaları ya da kredisiz olarak verilmeleri gerektiğini düşündüklerini saptamaktadır (Shapiro vd., 2009; Petrou vd., 2021). Bu bulgular, öğrencilerin sunulan derslerin amacına ikna edilemediklerini ve muhtemelen hem bu derslerin daha iyi planlanması hem de öncelikle öğrencilerin farklı bilim alanlarına ilişkin önyargılarının ele alınması gerektiğini düşündürmektedir. Sosyal Çalışma ve Hemşirelik alanlarında yapılan çeşitli yayınlar da sağlık ekipleri içindeki çatışmalar ve iktidar mücadelelerini ve hiyerarşik tutumların terk edilmemiş olduğunu belgelemektedir (Abramson ve Mizrahi, 1996; Leipzig vd. 2002).

Sonuç olarak, sağlık alanındaki örneklerin disiplinler ve mesleklerarası işbirliğinin sadece söylem düzeyinde değil, uygulamada da samimiyetle benimsenmesi ve hayata geçirilmesi gerektiğini gösterdikleri belirtilebilir. Böyle samimi bir iradenin oluştuğu yerde, taraflar birbirlerinin kültür ve jargonlarını öğrenmeye istekli olacak ve tahakküm ilişkileri kurmaya gerek görmeyecek, iletişim engelleri de bilinen teknik becerilerin öğrenilmesiyle kolayca aşılacaktır. Bu koşullarda hastaların karar alma süreçlerine aktif biçimde katılımı mümkün olabilir ve ilgili tüm disiplinlerin bilgi birikimleri de anlamlı biçimde gelişebilir.

Kaynakça

1. Abramson, J. S., & Mizrahi, T. (1996). When social workers and physicians collaborate: Positive and negative interdisciplinary experiences. *Social Work*, *41*(3), 270-281.

2. Albert, M., Paradis, E. ve Kuper, A. (2015). Interdisciplinary promises versus practices in medicine: The decoupled experiences of social sciences and humanities scholars. *Social Science & Medicine*, *126*, 17-25.

3. Albert, M., Friesen, F., Rowland, P. ve Laberge, S. (2020). Problematizing assumptions about interdisciplinary research: Implications for health professions education research. *Advances in Health Sciences Education*, *25*(3), 755-767.

4. Béhague, D. P., Gonçalves, H. ve Victora, C. G. (2008). Anthropology and epidemiology: Learning epistemological lessons through a collaborative venture. *Ciencia & saude coletiva*, 13, 1701-1710.

5. Brunevičiūtė, R., Večkienė, N. P., Bogdanova, J. ve Pikčiūnas, A. (2011). Practical preconditions for the development of interdisciplinary collaboration competence in healthcare. *Santalka: filologija, edukologija*, *19*(2), 132-140.

6. Holmwood, J. (2010). Sociology's misfortune: disciplines, interdisciplinarity and the impact of audit culture. *The British Journal Of Sociology,* 61(4), 639-658.

7. Hugh, S. ve Sá, C. M. (2009). *Review of the university and its disciplines: Teaching and learning within and beyond disciplinary boundaries.* C. Kreber (Der.). New York, NY: Routledge.

8. Klein, J. T. (2011). Interdisciplinarity, humanities, and the terministic screens of definition. R. Foshay (Der.), *Valences of Interdisciplinarity: Theory, Practice, Pedagogy* içinde (ss.137-64). Alberta, Canada: AU Press.

9. Leipzig, R. M., Hyer, K., Ek, K., Wallenstein, S., Vezina, M. L., Fairchild, S., ... & Howe, J.

10. L. (2002). Attitudes toward working on interdisciplinary healthcare teams: a comparison by discipline. *Journal of the American Geriatrics Society*, *50*(6), 1141-1148.

11. Lingard, L., Schryer, C. F., Spafford, M. M. ve Campbell, S. L. (2007). Negotiating the politics of identity in an interdisciplinary research team. *Qualitative Research*, *7*(4), 501-519.

12. Orchard, C. A., Curran, V., & Kabene, S. (2005). Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Medical Education Online*, *10*(1), 4387.

13. Petrou, L., Mittelman, E., Osibona, O., Panahi, M., Harvey, J. M., Patrick, Y. A. ve Leedham- Green, K. E. (2021). The role of humanities in the medical curriculum: Medical students' perspectives. *BMC medical education*, 21(1), 1-8.

14. Pilnick, A. (2013). Sociology without frontiers? On the pleasures and perils of interdisciplinary research. *Sociological Research Online*, 18(3), 97-104.

15. Raento, P. (2020). Interdisciplinarity. A. Kobayashi, (Der.), *International Encyclopedia of Human Geography*, 7, 357-363.

16. Reich, S. M. ve Reich, J. A. (2006). Cultural competence in interdisciplinary collaborations: A method for respecting diversity in research partnerships. *American journal of community psychology*, *38*(1), 51-62.

17. Shapiro, J., Coulehan, J., Wear, D. ve Montello, M. (2009). Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications. *Academic Medicine*, *84*(2), 192-198.

18. Straus, R. ve Clausen, J. A. (1963). Health, society, and social science. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, *346*(1), 1-8.

19. User, İ. (2005). Disiplinlerarası çalışmanın sınırları. B. Kümbetoğlu ve H.Birkalan Gedik (Der.). *Gelenekten Geleceğe Antropoloji* içinde (ss.153-193). İstanbul: Epsilon Yay.

20. Vanselow, N. ve Cuff, P. A. (Der.). (2004). Improving medical education: Enhancing the behavioral and social science content of medical school curricula. Washington, DC: National Academies Press.

PANEL - SAĞLIK, RİSK VE KRİZ İLETİŞİMİ

HALK SAĞLIĞI BAKIŞ AÇISIYLA KRİZ VE RİSK İLETİŞİMİ

Dr. Öğr. Üyesi Hakan TÜZÜN
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

"Kriz iletişimi" terimi, bir kuruluşun kontrolünün ötesinde, organizasyonu içeren ve acil müdahale gerektiren beklenmedik bir acil durum hakkında halka gerçekleri sağlama sürecini tanımlamaktadır. Bu tür bir durumun belirsizliği ile karşı karşıya kalındığında, halkı acil durum hakkında bilgilendirmenin ve uyarmanın bir yolunun bulunması gerekecektir.

Kriz iletişimi içinde bulunulan olağanüstü durumun gidişini belirleyici önemde bir faktör olarak işlev görür. Öyle ki kriz iletişiminin içeriği, biçimi ve zamanlaması zararın azaltılmasına ve kontrol altına alınmasına yardımcı olabilir veya durumu daha da kötüleştirebilir

"Risk iletişimi" bir davranış ya da maruz kalınan bir etmen ile ilgili olarak bunların tipleri (olumlu ya da olumsuz olabilir) ya da büyüklükleri (güçlü ya da zayıf olabilir) ile ilgili olarak topluma bilgi verilmesini kapsar. Tipik olarak risk iletişiminin meydana gelen olayların mevcut ya da muhtemel olumsuz sonuçlarına yönelik kapsamı içerdiği belirtilmektedir. Risk iletişimi, bireyin sigara içmek, aşı olmak veya tıbbi tedavi görmek gibi bir sağlık davranışı hakkında seçim yapmasına yardımcı olmaya yönelik olabilir. Risk iletişimi bireylerin "tıbbi tedavi almalı mıyım?", "içme suyunu arıtmalı mıyım?" ,"çocuğumu okula göndermemeli miyim?" gibi sorular karşısında karar vermelerine yardımcı olabilir.

Bir bütün olarak "kriz ve risk iletişimi", acil kriz iletişimini, karar verme sürecini güçlendirmeyi, uzmanlar ile toplum arasında iletişim kurmayı kapsayan bir çerçeveye karşılık gelmektedir. Olağanüstü durumlarda sağlıkla ilişkili riskli durumlar ve sağlık davranışları hakkında verilen kararlar kısa bir zaman diliminde alınmak durumunda olabilir, kararlar geri dönüşümsüz sonuçlar içerebilir, kararların olası sonuçları belirsiz olabilir.

Olağanüstü durumlarda sağlık hizmetlerinin yönetiminde kriz ve risk iletişimi

İnsan ve çevre sağlığı için olumsuz sonuçlara yol açan, insanlarda yaralanma, hastalanma, can ve mal kaybına yol açabilen, toplumda büyük yıkımlara neden olarak ulusal ve uluslararası etkilenimi olabilen ve ani gelişen olaylar olağan dışı durumlar olarak tanımlanabilir. Biyolojik etkenlerin oluşturduğu, epidemi ve pandemiler de bu tanım kapsamına girmektedir.

Tarih boyunca birçok büyük pandemi meydana gelmiş ve sağlık, ekonomi gibi pek çok alanda büyük olumsuz etkiler yaratmıştır. İnsan biyolojisi, sosyal çevre ve yaşam biçimleri, pandemilerin yayılma oranını, seviyesini ve sonuçlarını etkileyen değişkenlerdir. Salgın hastalıklarla ilgili farkındalığın ve pandeminin yayılmasına karşı kişisel ve toplumsal önlemler almanın hastalığın olumsuz etkilerini en aza indirmede önemli ve etkili olduğu bildirilmiştir.

Dünyanın herhangi bir yerinde tanımlanan bir hastalık, bu hastalığa veya hastalığın durumuna ilişkin alınan önlemler, sesli, yazılı veya görsel iletişim kanallarıyla dünyanın her köşesine ulaşabilir. Tedbirler ve bilgi açısından değerlendirildiğinde medyanın olumlu bir etkiye sahip olduğu kuşkusuzdur. Ancak, gerçekte ne olduğunu abartılı veya kışkırtıcı bir şekilde sunmak toplumda bir korku ortamı yaratır.

Salgın dönemlerinde iletişim her zamankinden daha da önemli hale gelmektedir. Ortaya çıkan karmaşanın etkisini azaltmak ve sonrasında ise toplumun daha kolay ve hızlı toparlanmasına imkan sağlayabilmek açısından iletişim kritik bir öneme sahiptir. Bu süreçteki iletişim kriz iletişimini gerektirmektedir.

Yeni risk durumlarında ya da ortaya çıkan yeni bir bulaşıcı hastalık durumunda, belirsizlik yüksektir. Öyle ki tıbbın kendisi, bir konudaki bilimsel bilgi artışları ve iyileştirilmiş sağlık sonuçları ile ilişkili olmakla birlikte, artan belirsizlikle de ilişkili olabilmektedir. Ortaya çıkan yeni bir bulaşıcı hastalık sırasında, hastalığın kendisi, yeni aşılar, tedavi ajanları, bulaş yolları, korunma önlemleri gibi pek çok belirsizlikler ile karşılaşılır. Belirsiz durumlarda, insanların genellikle kendi içgüdülerine, geçmiş deneyimlerine dayandıkları ifade edilmektedir.

COVID-19 pandemisi sürecinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen iletişim materyallerinde yer verilen konu başlıkları, bu dönemde mücadele edilmesi gereken bilgi kirliliğinin yaygınlığı ve kapsamı hakkında fikir verici niteliktedir: "Antibiyotikler COVID-19 dan korunmada ve tedavide etkili midir?", "Gençler de COVID-19 için duyarlı mıdır?", "Sarımsak yemek COVID-19'dan korunmak için yardımcı olur mu?", "Burnunu tuzlu suyla yıkamak COVID-19'dan korunmak için yardımcı olur mu?" , "Pnömokok aşıları COVID-19'dan korunmak için yardımcı olur mu?", "Sıcak suyla banyo yapmak COVID-19'dan korumaz".

Sınırlı sağlık okuryazarlığı yaygınlığında kriz ve risk iletişimi

Sağlık Okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarıyla ilgili uygun kararlar alabilmeleri için, sağlıkla ve sağlık hizmetleriyle ilgili bilgiye ulaşmaları, bu bilgiyi anlamaları, değerlendirmeleri ve uygulayabilmeleri ile ilgili yeterlikleri olarak tanımlamaktadır.

Sağlık okuryazarlığı, hayatımızın her anında olduğu kadar, salgın gibi olağanüstü durumlarda da kriz iletişimi için büyük önem arz etmektedir. COVİD 19 pandemisinin dünya genelinde kısıtlı sağlık okuryazarlığının düzeyinin ve sonuçlarının yeterince tanımlanmadığı bir ortamda etkisini sürmekte oluşuna dikkat çekilmektedir. Avrupa Birliği üyesi sekiz ülkeyi kapsayan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışmasında %12,4 yetersiz, %35,2 sorunlu, %36 yeterli ve %16,5 mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanmıştır. ABD'de ulusal erişkin okuryazarlığı çalışmasına göre ise %12 yeterli, %53 orta düzeyde, %22 temel düzeyde, %14 temel düzeyde sağlık okuryazarlığı saptanmıştır. Türkiye' de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen bir çalışmada TSOY-32 ölçeği ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakıldığında, % 30,9'unun yetersiz, %38,0'ının sorunlu-sınırlı, % 23,4'ünün yeterli, %7,7'sinin ise mükemmel düzeyde olduğu görülmektedir. Aynı çalışmada sağlıkla ilgili bilgi kaynakları da değerlendirilmiştir. İncelenenler tarafından belirtilmiş olan iletişim araçları içinde ilk sırada

internet yer almakta (%48,6) bunu televizyon (%33,0), gazete (%8,9), cep telefonu ve akıllı telefon uygulamaları (%6,5) izlemektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı bilgi kaynağı olarak internet kullandığını belirtenlerde %11,9 iken; belirtmeyenlerde %44,8; televizyonu belirtenlerde %22, belirtmeyenlerde %35,3; cep telefonu ya da akıllı telefon uygulaması kullandıklarını belirtenlerde %9,9 belirtmeyenlerde ise %32,5'dir. Bu sonuçlar internet ve cep telefonu gibi yeni medya araçlarını barındıran medya kaynaklarının sağlık bilgi kaynağı olarak öne çıktıklarını ve sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemede etkili faktörler olarak rol oynadıklarını göstermektedir. Kriz iletişiminde kullanılacak medya araçlarının seçiminde bu durumun dikkate alınması kitle iletişim çalışmalarının amaçlarına ulaşmalarına katkı sağlayacaktır.

Kaynakça

1. Tüzün, H., Demirköse, H., Özkan, S., Dikmen, A. U., & İLHAN, M. N. (2020). COVID-19 Pandemisi ve Risk İletişimi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1-8.
2. Özkan, S., Tüzün, H., Dikmen, A. U., & İlhan, M. N. (2020). Salgınlarda Toplum Davranışı ve Sağlık Okuryazarlığı. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, *4*, 105-110.
3. Centrers for Disease Control and Prevention. Crisis Emergency Risk Communication: İntroduction 2018. https://emergency.cdc.gov/cerc/ppt/CERC_Introduction.pdf.
4. Sezgin D, Karaaslan YS, Ersoy İ. The Pandemic Infodemic: The Role of Risk Communication and Media in a Pandemic. Gazi Medical Journal. 2020;31:325-7.
5. Qiu W RS, Mao A, Chu C. The Pandemic and its Impacts. Health, Culture and Society. 2017:1-11.
6. Herring DA, Sattenspiel L. Social contexts, syndemics, and infectious disease in northern Aboriginal populations. American journal of human biology: the official journal of the Human Biology Council. 2007;19(2):190-202.
7. Caley P, Philp DJ, McCracken K. Quantifying social distancing arising from pandemic influenza. Journal of the Royal Society Interface. 2008;5(23):631-9.
8. Balta E. Kara Vebadan Koronavirüse Küreselleşme, Panorama, Uluslararası İlişkiler Konseyi. 2020.
9. Bulduklu Y, Karaçor S. Sağlık hizmetlerinde kriz iletişimi ve yeni medya. Atatürk İletişim Dergisi. (14):279-96.
10. Darı AB. Sosyal Medya ve Sağlık. 21 Yüzyılda Eğitim Ve Toplum Eğitim Bilimleri Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi.6(18):731-58.
11. Alaszewski A, Brown P. Risk, uncertainty and knowledge. Taylor & Francis; 2007.
12. Leslie M. Fear and coughing in Toronto: SARS and the uses of risk. Canadian Journal of Communication. 2006;31(2).
13. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international. 2000;15(3):259-67.
14. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Mythbusters. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters

PANEL - SAĞLIK, RİSK VE KRİZ İLETİŞİMİ

YEREL MEDYADA KRİZ İLETİŞİMİ

Prof. Dr. Yasemin AÇIK
Sağlığı Geliştirme ve Sigara ile Mücadele Derneği Başkanı

Sayın Başkan, Değerli katılımcılar; hepinizi sevgi ve saygıyla selamlıyorum. "Yerel Medyada Kriz İletişimi" konusunda değerlendirmelerime geçmeden önce bu önemli etkinliğin düzenlenmesinde emeği geçen herkese teşekkür ediyor; kongre kapsamında bildiri sunacak olan tüm akademisyenlere başarılar diliyorum.

Sağlık ve İletişim alanlarının aynı kongre kapsamında bir arada ele alınmasının çok anlamlı olduğunu ifade etmek isterim. Zaten sağlık ile iletişim birbirinden ayrılmaz iki önemli disiplindir. Sağlık iletişimini biz halk sağlıkçılar çok önemseriz ve iş yapış modellerinin içerisinde çok kullanırız. Özellikle içinde bulunduğumuz pandemi krizi ile birlikte değerlendirdiğimizde kongrenin temel alanları çerçevesinde ele alınacak konuların bundan sonraki çalışmalara önemli bir kaynak teşkil edeceğini düşünüyorum.

Hepimizin bildiği gibi kriz; aniden ortaya çıkabilen ve doğru yönetilmediği takdirde toplumların düzenini bozabilen hatta hayatı tehlikeye sokabilen yıpratıcı ve yıkıcı özellik taşıyan olaylardır.

Krizle başa çıkmada kullanılan kriz yönetimi; krizin teknik anlamda yönetimine yoğunlaşırken, kriz iletişimi; yaşanmakta olan kriz gerçeği ve alınan önlemlerin "algılanmasına" yönelik stratejilerin geliştirilmesi ve uygulanmasına yoğunlaşır.

Bu nedenle de kriz iletişimde medya kuruluşlarının önemi büyüktür. Krizlere karşı hazırlıklı olmak ya da krizi yönetme konusunda ulusal medya kuruluşları kadar hatta bazen daha fazla olmak üzere yerel medya kuruluşları etkili olmaktadır.

İçinde bulunduğumuz yüzyılda bilişim ve İletişim teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte küçük bir yerleşim yerinde yani yerelde çıkan bir kriz anında tüm dünyaya yayılabilmektedir. Özellikle internetin ve sosyal medyanın çok yaygın kullanıldığı günümüzde sosyal medyada ve web sayfalarında kriz yönetimi ve kriz iletişimi faaliyetleri ile kullanıcılara ulaşma ve krizin yarattığı olumsuz imajı ortadan kaldırma konusunda da faaliyetler yürütmek gerekebilir. Kriz anlarında, krizin doğru yönetilmesi ve toplumun etkilenme düzeyini en aza indirmek için biraz önce de bahsettiğim üzere yerel medyaya çok önemli görevler düşmektedir. Biraz sonra bu konuların detaylarına gireceğim ama öncelikle kriz iletişimi yönetimi için yapılması gerekenleri inceleyelim.

Değerli Katılımcılar;

Kriz iletişimini yönetmek için yapılacaklar üç başlık altında toplanabilir:

Kriz öncesi dönemde yapılacaklar

Kriz esnasında yapılacaklar

Kriz sonrası yapılacaklar

Kriz öncesi dönemde yapılacaklar

1-Kriz öncesi iletişim planının hazırlanması; ekibin kurulması, görevlendirilmesi, ekipten beklentilerin belirlenmesi, gerekli eğitimlerin tespiti ve verilmesi, çalışma ortamının hazırlanması ve sözcünün belirlenmesi

2-Kriz iletişim yönetiminde ihtiyaç duyulacak analiz ve değerlendirmelerin yapılması. Yani toplumsal yapının, kriz sinyallerinin ve kapasitenin analizi, analizlerin periyodik olarak güncellenmesi, geçmiş krizlerin değerlendirilerek bunlardan gerekli derslerin çıkarılması

3-Kriz iletişim; hedef toplum ve iletişim ve hedef kamuoyuna ilişkin uygun stratejilerin belirlenmesi. Bu hedeflere yönelik mesaj setlerinin (yerel medya, sosyal medya ve iletişim ağları) oluşturulması ve yapılandırılması

Kriz anında yapılması gerekenler

1-Kriz anı çalışmalarında; en fazla 7–8 kişiden oluşan kriz yönetim ekibi oluşturulmalıdır. Aksi taktirde çok fikir, çok ses çıkacak ve fikir karmaşası yaşanacaktır. Kriz yönetim planı hazırlanmalı, plan sık sık gözden geçirilerek güncellenmelidir. Üst kademede olan bir kişi kriz sözcüsü olarak belirlenmelidir. Kriz sözcüsü; iletişim ve teknik bilgiye sahip, medya eğitimi almış, bilgilerini sürekli güncelleyen, muhakeme etme gücü bulunan, pratik ve güven veren bir kişi olmalıdır. Oluşturulan plan sık sık güncellenmeli ve üzerinde pratikler yapılmalıdır.

2-Krizin seviyesinin tespiti, doğru bilginin toplanması ve yayılması, krizin tanımlanması, kriz iletişim ekibinin koordinasyonunun sağlanması, sözcü, söylem birliği, iletişim akış planı gibi medya iletişim stratejilerinin belirlenmesi

Kriz döneminde konuşacak sözcüye gerekli desteği sağlanmalı, telefon, e-mail vb. ile gelecek sorulara yanıtlar hazırlanmalı, sosyal paylaşım ağları kontrol altında tutulmalı ve web sitesi kriz durumuna uygun hale getirilmeli.

3-Kriz anı iletişiminin detaylı değerlendirilmesi; mevcut iletişim sürecinin analizinin yapılması, iletişim planının gözden geçirilmesi ve duruma göre güncellenmesi, normalleşme sürecinin başlatılması

4-Kriz iletişiminde dikkat edilmesi gereken bazı önemli konular:

Yanlış söylentinin engellenmesi ve doğrusu ile değiştirilesi. Hedef kamuoyuna doğru ve güvenilir bilgilerin (olayın büyüklüğü, barınma ve toplanma yerlerinin duyurulması v.s.) hızla ulaştırılması.

Kriz gerçekleştiğinde artan heyecana tepki vermek için sınırlı zaman vardır. Bu nedenle de kriz iletişiminde başarılı olmak, büyük oranda krize hazırlıklı olup olmamakla ilgilidir.

Kriz sonrası yapılması gerekenler

Kriz sonrası normal yaşamın oluşması ile birlikte iletişim yönteminin ve yönetiminin değerlendirilmesi, iletişim stratejisinin başarısının değerlendirilmesi, iletişimde yaşanan aksaklıkların belirlenerek giderme yöntemlerinin oluşturulması, kamuoyu algısının ve hafızasının gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda dikkat edilmesi gereken kurallar şunlardır:

1-Kamuoyunun bilgi arayışında olduğu kriz dönemlerinde hızlı ve doğru bilgi vermenin önemi büyüktür. Hızlı ve doğru bilginin kamuoyuna sunulmasının yolu ise hazırlıklı olmaktan geçmektedir.

2-Kriz anında kimin ne yapacağını bilmemesi, ekibin hazırlıksız yakalanması zaman kaybettirecek, farklı odakların da olumsuz yönde müdahalesi ile sosyal medyanın gündem belirleme gücü krizi büyütecektir. Öncü bilginin algıyı şekillendirdiği unutulmadan ivedi bir şekilde kriz masası kurulmalı ve ilgili tüm paydaşlarla bağlantıya geçilmelidir.

3-Kamuoyuna yapılan açıklamalarda adli süreci etkileyecek ifadelerden kaçınılmalıdır. Yapılan açıklamaların masumiyet karinesine zarar vermeyecek şekilde tasarlanmasına özen gösterilmelidir.

4-İletişim çalışmalarının toplumun algısını doğrudan şekillendirebilecek algı yönetimi, toplum mühendisliği ya da propagandist çalışmalar olarak değerlendirilmemesi önem taşımaktadır.

5-Kamuoyunun bilgi edinme hakkına saygı gösterilmelidir. Konunun hassasiyetine göre gizli kalması gereken bilgi ve durumlar olabilmektedir. Ancak böyle durumlarda dahi kamuoyu ile paylaşılabilecek düzeyde bilgi üretilmeli ve paylaşılmalıdır.

6-Kriz durumunda yapılan açıklamaların her zaman beklenen karşılığı bulamayabileceği dikkatlerden kaçmamalı, mesajların doğru anlaşılıp anlaşılmadığına ilişkin takip çalışmaları yapılmalı ve hedef kitleye ulaşabilmenin çeşitli yolları aranmalıdır.

7.Kurumların mevcut iletişim birimlerinin kriz iletişimi odaklı bir şekilde yeniden yapılandırılması, kriz yönetimine yönelik işlevlerinin gözden geçirilmesi ve birimlerin çalışma süreçlerinin planlanması tavsiye edilmektedir.

8-Basın, kamuoyu ve kurumlar arası koordinasyonun etkinliğini arttırmak ve kriz durumlarında zaman kazanmak amacıyla Valilik Basın ve Halkla İlişkiler Birimlerinde il genelinde bağlantı noktalarının yetki, sorumluluk ve iletişim bilgilerini içeren güncel listelere ulaşımı ve duyurusu sağlanmalıdır.

9-Kriz durumlarında kamu görevlileri kadar akademisyenleri, konuya bağlı olarak alanın uzmanları, kanaat önderleri, sivil toplum kuruluş temsilcileri gibi kişilerin sürece dahil edilmesi, onların bilgi ve deneyimlerinden yararlanılması önerilmektedir

Saygıdeğer panelistler, kıymetli konuklar;

Yaşadığımız dünya aslında bir yönüyle krizler dünyasıdır. Geçmişte kriz denildiğinde genel olarak akıllara ekonomik krizler gelse de günümüzde çok sayıda farklı kriz ile karşı karşıya kalmaktayız. İklim değişikliği

kaynaklı doğal afetler ki bu yıl ülkemizde de orman yangınları ve sel felaketleri nedeniyle çok fazla canımızı kaybettik, doğa büyük ölçüde tahrip oldu. İki yıldır dünyanın gündeminde olan Covid-19 ve mutasyona uğrayan virüsler de artık hayatımızın bir parçası.

Bununla birlikte kaynakların hızla tüketilmesi, gelir eşitsizliğindeki artış, teknolojinin gelişmesiyle birlikte artan siber saldırılar gibi nedenler de günümüzde büyük çaplı krizlere yol açmaktadır. Bu örnekleri çoğaltmak mümkün. Ancak krizin sebebi ne olursa olsun belirsizlik boyutlarının giderek daha fazla arttığını ve çok daha kompleks bir aldıklarını söyleyebiliriz.

Yaşadığımız krizler zaman zaman küresel boyutta zaman zaman ulusal boyutta zaman zaman bölgesel veya daha lokal boyutta karşımıza çıkabilmektedir. Elbette sektörel, kurumsal krizler de söz konusudur ancak ben bugünkü konuşmamda işletmelerden bağımsız olarak, hepimizin hayatına etki eden krizlerden bahsetmek isterim.

Konuşmamın başında da bahsettiğim gibi iletişim ve dijitalleşme çağında krizlerin en önemli özelliklerinden biri de mekânsal, zamansal ve toplumsal kısıtlılıklarının neredeyse tamamen ortadan kalkmasıdır.

Buna en çarpıcı örnek Çin'in Wuhan kentinde başlayan bir salgının kısa bir süre içerisinde pandemiye yani küresel bir salgına dönüşmüş olmasıdır.

Bir örnek daha vermek isterim. 2008 yılında ABD'de yaşanan mortgage krizi başlangıçta bir konut krizi olarak değerlendirilmiş ancak kısa sürede Amerika geneline, sonra da Avrupa'ya sıçramış ve günümüzde hala etkileri devam edecek şekilde tüm dünyayı sarsmıştır. Öyle ki bu kriz 1929 yılındaki Büyük Buhran ile kıyaslanır hale gelmiştir.

İşte kriz iletişimi yönetimi gerektiren bu önemli durumlarda sürecin en önemli parçalarından biri de medyadır. Kriz dönemlerinde medya; krizin niteliğinin, boyutunun, nedenlerinin ve sonuçlarının kamuoyuna iletilmesinde, krizle ilgili bir kanaat oluşumunda etkin bir role sahiptir.

Medya bu sürecin bir parçası haline gelmediği zaman krizin sansasyonel nitelik taşıyan yönleri gündeme gelebilir ve bu durum krizi içinden çıkılması son derece zor bir hale getirebilir. Medyanın sürecin bir parçası olduğu durumlarda ise yanlış bilgi ve söylentinin yayılmasını önleme başarısı o kadar artar.

Bu konuşmada ele aldığım yerel medya, kanunda tek bir yerleşim biriminde yayımlanan süreli yayın olarak ifade edilmektedir.

Daha genel bir tanım yaptığımızda ise yerel medya, bir yerleşim biriminde yayımlanan, ağırlıklı olarak o bölgeye ilişkin haberlerin ve yorumların yayımlandığı yayın organlarıdır.

Yerel medya denilirken sadece gazeteler değil, televizyonlar ve internet medyası da bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Bireylerin yaşadıkları yöreyle ilgili daha fazla bilgi almak istemeleri ve bilgiyi sunan kaynakları yoğun bir şekilde takip etmeleri yerel medyayı alternatif bir medya haline getirmiştir.

Uydu yayıncılığının başlamasıyla birlikte içerik olarak yerel ya da bölgesel düzeyde yayın yapan televizyonlar yayın ağı olarak uluslararası bir yapıya kavuşmuştur.

Yeni iletişim teknolojilerinin gelişmesiyle de yerel internet haber sitelerinin yayın ağı yereli aşarak uluslararası bir boyuta ulaşmıştır.

Yaşanan gelişmeler sayesinde dünyanın herhangi bir yerinde yaşayan bir kişi kendi şehrindeki ya da bölgesindeki gelişmeleri takip edebilmektedir.

Bu yönleriyle yerel medya, kriz iletişim yönetimi çerçevesinde de çeşitli işlevler görmektedir.

Bu işlevlerin başında yerel medyanın belirli bir bölgede yaşayan hedef kitlelere verilmek istenen mesajların doğrudan ve etkili bir şekilde ulaşmasını sağlaması gelmektedir.

Yerel medya, kriz süreçlerinde kamu bilincinin artırılmasına katkı sağlayabilir. Yapılacak bilgilendirici nitelikte yayınlar ile toplumsal duyarlılık ve farkındalık oluşturularak, toplumun bilinç düzeyi artırılabilir.

Yerel medya, özellikle yerel konular ağırlıklı yayın içeriği dolayısıyla daha spesifik bir bilgi akışına imkan vermektedir. Kriz iletişim yönetiminde özellikle belirli bir yöreye özgü bilgilendirme veya uyarı yapılması gerektiği durumlarda bu mesajların verilebileceği en uygun iletişim kanalı yerel medyadır. Ulusal medyanın gündem akışında çok önemli yer almayan bir bilgi ya da uyarı yerel medyanın ana gündemi olabilmektedir.

Yerel medya ulusal medyaya göre toplumsal güven oluşturmada daha etkin bir role sahip olabilmektedir. Kriz iletişim yönetiminde yerel medya, kurum ve kuruluşların toplumsal güven düzeyini artıracak bir mecra olarak değerlendirilmektedir.

Yerel medya özellikle kriz durumlarında gönüllülerin sürece katılımının sağlanmasında da önemli bir işleve sahiptir. Gönüllerin katılımı aynı zamanda toplumsal fayda da içerdiğinden yerel medya bir anlamda toplumsal fayda sağlayan çalışmalara katılımda ve bu yöndeki çalışmaların desteklenmesinde öncü olabilmektedir.

Yerel medya, kamu ya da özel sektör kuruluşları vatandaş bağlarının güçlendirilmesinde de önemli bir aracı işlevi görmektedir. Özellikle kriz süreçlerinde yerel medya yaptığı yayınlar ve haberler ile vatandaşların bilgilendirilmesini sağlamakta bu durum da vatandaş algısının yönetilmesinde önemli rol oynamaktadır.

Burada ifade ettiğim işlevleri daha da artırmak mümkün. Özellikle krizlerin çeşitleri ve etkileri değiştikçe medyanın bu süreçteki işlevi de farklılık gösterebilmektedir.

Saygıdeğer dinleyiciler,

Az önce yerel medyanın işlevlerinden bahsederken toplumsal fayda sağlama yönüne değindim. Bu konuda, ülkemizin en önemli gerçeklerinden biri olan deprem üzerinden bir örnek vermek isterim.

24 Ocak 2020'de 6,8 büyüklüğünde yaşanan depremin etkilerinin hala hissedildiği Elazığ, benim memleketim. Doğduğum, eğitim aldığım, akademik kariyerimi yaptığım ve halihazırda hem iş hayatımın hem de sivil toplum çalışmalarımın önemli bir kısmını sürdürdüğüm şehir.

Dolayısıyla o sürecin içerisinden yer aldığım için bu deprem felaketi üzerinden yerel medyanın etkisini anlatmanın daha uygun olacağını düşünüyorum.

Ancak Elazığ depremine geçmeden önce sizleri 82 yıl öncesine götürmek istiyorum. 27 Aralık 1939'da Erzincan'da Cumhuriyet tarihinin en büyük depremi yaşandı. 7,8 büyüklüğündeki bu depremde 32 bin 962 kişi hayatını kaybetti, 100 bin civarında vatandaş yaralandı. Dönemin ulaşım şartları sınırlıydı. Bununla birlikte çetin kış şartları kurtarma çalışmalarından bölgeye gıda sağlanmasına kadar pek çok konuda ciddi güçlüklerin yaşanmasına neden oldu. İşte bu dönemde gazeteler bu büyük felaketin yaralarının sarılmasını milli bir vazife olarak görmüş, felaketzedelere yardım için çeşitli kampanyalar düzenlemişlerdir. Erzincan'da o dönem itibarıyla yerel bir gazete olmadığından İstanbul ve Ankara'dan gazeteciler, muhabirler deprem bölgesine gitmiş, depremin yol açtığı tahribata ve geride kalanların hikayelerine yer vererek kamuoyunun harekete geçmesini sağlamışlardır.

Yakın tarihimizin en büyük felaketlerinden biri olan 1999 Marmara Depremi'ni konu alan bir akademik çalışma ise haberlerin duygusallık üzerinden kurgulandığını, korku ve panik duygularının yeniden üretildiğini, depremde oluşan zararın aktörlerinin eleştirildiğini, toplumsal alanda dayanışmanın örgütlendiğini ve kurtarıcı olarak devlet söyleminin öne çıktığını ortaya koymaktadır.

Bu deprem felaketlerinden ilkinin ayrıntılarını arşivlerden biliyoruz. İkinci felakete ise pek çoğumuz şahit olduk, bu acı olay hafızalarımızda hala çok taze. Bugün ülkemizde, özellikle kayıplara yol açan bir deprem yaşandığında 1999 Marmara Depremi'nden de bahsedildiğine hepimiz şahit oluyoruz.

2020 yılında Elazığ'da yaşanan deprem felaketini basın açısından ele aldığımızda ise en önemli farkın gelişen iletişim teknolojileri ve yerel basının artan etkisi olduğunu söyleyebiliriz. Saat 20.55 sularında meydana gelen deprem hem yerel ve ulusal televizyon kanallarında hem de internet sitelerinde anında yer bulmuş hatta kısa sürede dünya basınına da yansımıştır. Bazı gazeteler baskı saatlerinden dolayı bir sonraki günkü baskılarında bu habere yer verememiş olsalar da felaket yazılı basında da geniş bir şekilde yer almıştır.

Marmara Depremi'nden farklı olarak günümüzde etkisi giderek artan sosyal medya da depremle ilgili haberlerin hızla yayılmasına yol açmıştır. Ancak dezenformasyona son derece açık olan sosyal medyada, beğeni ve takipçi sayısını artırmak için doğru olmayan haberleri, geçmiş depremlerden görüntüleri kullanan kesim nedeniyle ciddi bir bilgi kirliliği de oluşmuştur.

Elazığ ve çevre illerdeki yerel basına baktığımızda ise o dönemde son derece duyarlı bir şekilde hareket edildiği görülmektedir. Tıpkı 1939 Erzincan Depremi'nde olduğu gibi basın kuruluşları öncelikle enkaz altında kalan kişilerin kurtarılmasına, barınma, erzak yardımlarının ulaşmasına odaklanmıştır. Hızlı bir şekilde haber akışı sağlayarak yerel yönetimle vatandaşlar ve sivil toplum kuruluşları arasında bir köprü vazifesi görmüştür.

Elazığ basını depremin hemen sonrasında iyi bir sınav vermiştir. Ancak burada konuşmamız gereken konulardan biri de şudur: Basın bu konuyu yalnızca deprem olduğu zaman mı gündeme taşıyacaktır? Deprem öncesinde ve ilk yaralar sarıldıktan sonra basının işlevi ne olmalıdır?

Değerli konuklar,

Ülkemiz topraklarının yüzde 92'si deprem kuşağındadır. Elazığ da deprem kuşağında olan illerden biridir. Ancak maalesef tıpkı 1999 Marmara Depremi ve 2011 Van Depremi'nde olduğu gibi 2020 Elazığ Depremi'nde de deprem yaşandıktan sonra bölgede ve basında deprem gerçeği konuşulmaya, tartışılmaya başlanmıştır. Halbuki Elazığ'da geçmiş yıllarda da büyük depremler yaşanmıştır. Dolayısıyla deprem gerçeğinin unutulmaması, bu konuda kamuoyunun farkındalığının artması ve yerel yönetimlerin konuya ilişkin projeler üretmesi, çalışmalar gerçekleştirmesi noktasında yerel basına önemli görevler düşmektedir.

Deprem sonrasına baktığımızda ise depremin ilk zamanlarında ihtiyaçlara yönelik hareket edilmesini, yapıcı ve destekleyici bir tutum alınmasını doğru buluyorum. Henüz enkaz altında insanlar ve diğer canlılar varken, erzak ulaştırılamayan yerler söz konusuyken eleştirel olmak yerine bunların saptanmasına destek olmak çok daha faydalı olacaktır. Ancak bu durum sonraki aşamada basının durum tespiti yapmasının ve gerekli eleştirilerde bulunmasının önüne de geçmemelidir. Yıkılan binaların durumundan erzak dağıtımında yaşanan eksikliklere, yerel yönetimlerin deprem anındaki tutumundan o zamana kadar depreme yönelik yaptıkları çalışmalara kadar konu tüm yönleriyle titizlikle ele alınmalı, kamuoyunun doğru bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

Öte yandan yerel medyanın ulusal medya ile iletişim halinde olması da bu süreçte son derece önemlidir. Çünkü az önce de bahsettiğim üzere günümüz dünyasında yerel ölçekte yaşanan bir durum küresel çapta bir haberin veya bir krizin konusu olabilmektedir. Bu nedenle daha geniş kitlelere ulaşarak onları doğru bilgilendirmek, yanlış, hatalı veya maksatlı söylemlerin önüne geçilmesi ya da düzeltilmesi bakımından son derece önemlidir.

Öte yandan kriz durumlarında bireylerin krize ilişkin algılamaları, krize yönelik yapılan çalışmaların kendisinden daha önemli hale gelebilmektedir.

Bu nedenle kriz iletişim yönetiminde yerel medyanın kullanımı mikro hedefleme bağlamında verilmek istenen mesajların etkin bir şekilde ulaşmasını sağlamada önemlidir.

Özellikle yereldeki hedef kitlelere ve paydaşlara daha etkin ulaşabilmek için böylesi bir planlama daha sağlıklı sonuçlar verebilmektedir.

Ancak kriz yönetim süreçlerinde yerel medyanın bu özelliği çoğu zaman önemsenmemekte ya da iletişim planlama süreçlerinde dikkate alınmamaktadır.

Burada örnek bir olaydan bahsetmek isterim.

"Konut fiyatlarında yaşanan yükselişin ardından İnşaat Müteahhitleri Konfederasyonu, bu yılın (2021)

Eylül ayında yaptığı açıklamada, "konutlarda yaşanan fahiş fiyatların çimento fiyatlarının yüksek oluşundan kaynaklandığı beyanında bulunarak, çimento üreticilerini adeta hedef gösterdi.

Bu durum karşısında da benim de yönetim kurulunda bulunduğum Türkiye Çimento Müstahsilleri Birliği hemen olayın tüm boyutlarını ortaya koyan bir açıklama ile kamuoyunu bilgilendirdi.

Türkiye Çimento Müstahsilleri Birliği tarafından yapılan açıklama ulusal medya ile birlikte yerel medya kuruluşlarına da gönderilerek, toplumun her kesiminin her bölgede yaşayan insanımızın bu konuda gerçekleri öğrenmesi sağlandı."

Bu örnekte de olduğu gibi ulusal medya ile birlikte yerel medyanın da olası kriz durumlarında etkin bir şekilde kullanılmasıyla kamuoyuna ve hedef kitlelere mesajların daha etkin bir şekilde ulaştırılması mümkün olabilmektedir**.**

Sonuç olarak özellikle ifade etmek isterim ki kriz iletişim yönetiminde yerel medya dâhil olmak üzere tüm iletişim kanallarının etkin bir şekilde kullanımı süreç yönetiminin etkinliğini ve başarısını artıracaktır.

Sözlerimi burada tamamlarken beni dinlediğiniz için hepinize çok teşekkür ediyorum.

Bu organizasyonun gerçekleşmesinde emeği geçen herkese ve tüm katılımcılara da ayrıca teşekkürlerimi sunuyorum.

VARLIĞIN ÖZGÜN SUNULUŞUNUN ETKİLEŞİMDEKİ ÖNEMİ

Doç. Dr. İlkay BOZ
Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Her şey gider, her şey geri gelir, sonrasızca döner varlık çarkı. Her şey ölür, her şey yine çiçeklenir; sonrasızca sürer varlık yılı." – ***Böyle Buyurdu Zerdüşt***

Nietzsche

Varoluş özden önce gelir...

Ouroboros sembolü, insanın kendini yaratmasını, öz düşünümlülüğü, yeniden doğuşu tasvir eden kuyruğunu ısıran/yiyen yılan üzerinedir.

Sisifos Paradoksu-Absürt-Saçma

Tanrıların, yeniden aşağıya yuvarlanacak olan taşı tepeye çıkarmakla cezalandırdıkları Sisifos, cezasını bilinçli olarak kabullenmiştir. Tekrar yuvarlanacağını bildiği halde taşı bütün gücüyle yukarı taşır. Boşuna olduğunu bildiği halde direnen insan…Yaşamın anlamı ancak dünyanın saçmalığını ve yenilginin daima tekrarlanacağını bile bile kötülüğe direnmektir.

Otantik (Özgün)

Yunancadan türetilmiştir ve "**kendi üzerinde tam güce sahip olmak**" anlamına gelir.

Duyarlılık, öz farkındalık, gerçeklik, doğruluk, içtenlik ve samimiyet otantik kavramının ilişkili kavramlarıdır.

Otantiklik (Özgünlük)

Bireyin kendini bilmesi, kendinin farkında olması, seçimlerinin ve davranışlarının sorumluluğunu üstlenebilmesi, kendi değer, inanç, tercih, istek, yetenek ve gereksinimleri doğrultusunda davranmasıdır.

Otantik olma = Kendi olma = Doğal olma = Özgün olma

Üç tip davranış örüntüsü tanımlanmaktadır:

(1) Otantik, kendine özgü inançlarla tutarlı bir şekilde davranan,

(2) Sahte, gerçekten hissettiği/inandığı şeylerle çelişen bir benlik imgesini bilinçli bir biçimde sunan,

(3) Kaçamak, otantik veya aldatıcı olmaktan kaçınacak şekilde duruma bağlı olarak davranan.

Sartre, modern toplumun otantiklik üzerinde engel olabildiğini, bireyi belli kalıplarla kendini aldatmaya yönelttiğini belirtmiştir. Normal olanın dışına çıkan «anormal», «öteki» ve «ayrışmış» olmaktadır. Riskli bir alandır. Otantik olma arzusu hoş karşılanmaz.

Güç ve imtiyaz dünyasında yaşayanlara göre daha zayıf, incinebilir bireylerden daha düşük düzeyde otantik davranış beklenebilir. Örn: Ataerkil toplumlarda kadınlarda otantikliğin düşük olduğu varsayılabilir (Kulakaç, 2017).

Otantiklik çoğunlukla bireyin kendi olmasını destekleyerek iyilikle, bazı durumlarda da çatışma, izolasyon, yabancılaşma ve yalnızlıkla sonuçlanabilmektedir. Otantiklik, bireyin diğer bireylerle bağ ve bağlantı kurma yolunu etkilemektedir.

Otantik Bakım İlişkisi: Varlığın Özgün Sunuluşu

Otantik bakım ilişkisi hazır olmak, varlığını sunmak, otantik dinlemek, bir anda başka biri için var olmaktır… Hemşireliğin mesleki var oluşunun kaynağı insandır. Hemşirenin bireysel ve mesleki varlığını anlamlandırması gerekir. Otantik ilişkiyi geliştirmek ve sürdürmek hem profesyonel hem de bireysel bir yolculuktur.

Otantik bakım ilişkisi hazır olmak, varlığını sunmak, otantik dinlemek, bir anda başka biri için var olmaktır…Hemşireliğin mesleki var oluşunun kaynağı insandır.

Otantik Bakım İlişkisi: Bireysel Varoluşsal Farkındalık

İlk adımda hemşirenin kendi derin benliğinin farkında olması gerekir, ardından ikinci adım benliğiyle bütün olması ve böylece son adım otantik bakım ilişkisine ulaşması söz konusudur. Öncelikli olan kişinin kendisiyle (Özgün Benlik) ilişkisidir. Varoluşsal alan olarak da tanımlanan kişinin: eylemleri, davranışları, deneyimleri, değerleri, inançları, beklentileri ve umutları önemli kazanmaktadır. Araçsallaştırmadan yüksek değerlerle insan olmak anlayışı gerekiyor.

Otantik Bakım İlişkisi: Mesleki Varoluşsal Farkındalık

Hemşirelerin uygulama alanı insanların sağlık ve iyileşme deneyimleridir ve bakıma odaklanma söz konusudur. Hekimlerin uygulama alanı ise hastalığın etiyolojisi, patolojisi, teşhisi ve / veya tedavisidir, tedaviye odaklanma söz konusudur. Ortak alan her iki mesleğin varoluş kaynağı olan otantik insandır.

Varlığını sunmak, hemşirenin bakım verdiği bireyle, bağ kurması, bir olması, sevgiyi iyileştirme amaçlı yansıtmasıdır. Varlığını sunmak otantik bakım ilişkisinin temeli, aynı zamanda bakım davranışlarından biridir.

Yaşadığımız evreni doğru bir şekilde yorumlayarak, Varoluşsal anlamda özgür tercihler yaparak, disharmonimizle, aradalığımızla, eylemli olmalıyız…

Otantik Bakım İlişkisi

Duyarlılık, uyumluluk, doğruluk, güvenirlik, sevgi, saygı, değer verme, insan onurunun korunması, empati, içtenlik, ahlaki ve etik sorumluluğu içerir. Her karşılaşma tekil bir durumdur. Her bakım anı tekildir. Bu karşılaşmaların etkisi olacaktır. İnsan aradadır, karşılaştığı durum ile kendi içindeki durum arasındadır. Anlamlar dünyasındadır. Watson (2018) birey ve hemşire arasındaki ilişkinin otantik bir ilişkiye dayanması gerektiğini vurgulamaktadır. **Hasta için yapmak yerine Birey ile Birlikte Olmak** gerekir. Otantik bir bakım ilişkisi bireyin öznel dünyasını onurlandırır ve güven duygusunun gelişmesine yardım eder, bireyi cesaretlendirir.

Çoğumuz, hastalarla anlamlı düzeylerde daha güçlü bağlantı kurmayı arzularız. Kendimizden daha büyük bir şeye dokunmak isteriz. Bu bağlantı ve bireylerle paylaştığımız özel anlar/bakım anları bizi, insanlığımızı/ insanlığı büyütür (Aşkınlık). İyileşmek ve iyileştirmek için gerekli içsel güce ulaşırız.

Etkileşimde, bağlanma, aşkınlık, duyarlılık ve umursamanın şefkat yorgunluğu ve tükenmişliğe neden olduğuna dair yanlış inanışlar, bu yönlerimizin gelişmesine engel olmaktadır. Oysa şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik çok fazla umursadığımız için değil, kendimizi sevgiden, Otantik Bakım İlişkisinden uzak tuttuğumuz için meydana gelmektedir. İlişkiden kaçınabileceğini düşünmek büyük bir yanılgıdır. İnsan, insani bir ilişkiye muhtaçtır.

Bakım ilişkisinde otantikliği inceleyen bir çalışmada dört tema elde edilmiştir:

Hastayı bir birey olarak tanımak: Bilmek ve anlamak için otantik olmak gerekir. Kişisel bağlar bakımı artırır. Hemşireler, ilgilendikleri kişiyle bağ kurduklarında bakımdan daha fazla memnuniyet duyarlar.

İlişki kurmanın karmaşıklığı: Güven, karşılıklı bağ ve saygıya dayalı ilişkiler kurmak zaman ve bağlılık gerektirir. İlk izlenimler önemlidir. İlişki içinde olmanın aşamaları vardır.

Hemşire özellikleri ve davranışları: Yakınlık kurarak ve güven vererek, dürüstlük ve açıklık göstererek, hazır bulunarak, duymak ve anlamak için iletişim kurarak, rahatlık, güvenlik ve bakım duygusunu geliştirin.

İyileştirici-Gerçek Okuryazarlık

Sağlık bakım sisteminde tüm disiplinler, otantik bakımın ne olduğu, bakım bilimi, otantik bakım ilişkisi, otantik bakım ilişkisinin insanlık ve yaşam üzerindeki etkileri hakkında bilinçli bir farkındalığa sahip olmalıdır. Hemşirelik, bakımın sesidir ve lideridir. Günümüzün sağlık sisteminde her türlü bakımın eşit olduğuna dair yanlış bir inanış/mit vardır. Her hemşire aynı bakımı veremez, bir hemşire her bakım anında aynı bakımı veremez. Hemşire-Birey İlişkisinde Bakım Düzeyleri:

Biyosidik düzey (yaşamı tehdit edebilen), hemşirenin hasta için sıkıntıya neden olduğu yerdir.

Biyostatik mod (hayatı kısıtlayan) duyarsız veya kayıtsız bir kişi tarafından oluşturulur.

Biyopasif seviye (hayattan bağımsız) "Bu sadece bir iş" davranışlarını yansıtır.

Biyoaktif seviye (yaşamı sürdürme), nazik, ilgili, güven verici ve bireylerin ihtiyaçlarına cevap veren ilgili bir hemşire tarafından verilir.

Biyojenik düzey, bakım ilişkilerinin en üst düzeyi, otantik bakım ve kişilerarası bakım ilişkisinin gerçekleştiği düzey olarak tanımlanır.

Otantik Bakım Ilişkisi Içinde Olmak

Gün ışığındaki toz zerreleri benim...

Güneş benim...

Sabah sisi ve akşam yeli benim...

Korunun tepesinde esen rüzgâr benim...

Kıyıya çarpan dalga benim...

Bayrak direğiyim, dümenim, omurgayım, dümenciyim...

Geminin oturduğu mercan resifi de benim...

Dallarına eğitilmiş bir papağanın konduğu ağaçbenim...

"Sessizliğim, düşünceyim, sesim...
Varın siz söyleyin kim olduğumu,
Benim siz olduğumu..".
Mevlana

Kaynakça

1. Halldorsdottir S. Five basic modes of being with another. In: Gaut DA, Leininger MM, eds. *Caring: The Compassionate Healer.* New York, NY: National League for Nursing Press; 1991.
2. Hill M, Watson J, Cara C. Creating a Caring Science Curriculum, An Emancipatory Pedagogy for Nursing, Springer Publishing Company , 2021.
3. Kulakaç Ö (2017). Kadının Ruhsal Sağlığı ve Otantiklik, Turkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics. 2017;3(3):204-15
4. McClendon Authentic caring: Rediscover the essence of nursing. Nurs Manage 2017 Oct;48(10):36-41.
5. Okumuş H, Boz İ. 2020. Postmodern Hemşirelik: İnsan Bakım Kuramı. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
6. Pratt et al. The influence of engaging authentically on nurse–patient relationships: A scoping review. *Nursing Inquiry.* 2021, e12388.
7. Watson J. Caring Science and Caritas Processes. Presentation in online class: Caring Science, Mindful Practice. *Can- vas Network*. Jan 2016.

SAĞLIKTA ETKİLEŞİMDE "SEMPATİ" KORKUSU

Prof. Dr. Gülsüm ANÇEL
Ankara Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi

Sağlık alanında çalışan tüm meslek üyelerinin sahip olması gereken en temel beceri yardım etme becerisidir. Prososyal bir davranış olarak yardım etme, yardım alanın durumunu geliştirme ve yardım edenin mesleki zorunluluğunu yerine getirme doğrultusunda bireyi doğru olarak anlamayı gerektirmektedir. Bu noktada empati ve sempati kavramları yardım etme, sürecinin önemli bileşenlerindendir.

Empati Kavramı, Aristo'dan bu yana bilinen ancak halen net olarak tanımlanamamış bir kavramdır. Yunan dilinde içinde, "empathia", içeride anlamına gelen "em" ön eki ve hissetme anlamına gelen "pathia" eklerinden oluşmaktadır. Türkçe'de eşduyum karşılığı kullanılan empatinin, danışma kuramcısı Carl Rogers(1957) tarafından yapılan ve yaygın kullanılan tanımına göre empati, danışmanın kendisini «sanki danışanmış gibi» ve sanki duygusunu kaybetmeden anlamasıdır. Rogers'a göre (1975), empati yapabilmek için danışmanın kendini diğerinin yerine koyması, onun duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve anladığını bireye iletmesi gerekmektedir.

Empati kavramı ile aynı kökten gelen sempati kavramı," sym/syn", ile, birlikte anlamına gelmekte ve birlikte duygulanım/duygudaşlık olarak tanımlanmaktadır. Sempati, belli bir nedene dayanmadan ve karşıdakini iyice tanımadan bir insanın bir başkasına eğilim duyması, ilgi göstermesi ve yaşadığı deneyimlere katılmasıdır. Sempati yapma, sevgi dolu olma, bir başkasının kötü durumuna yönelik bir şefkat veya endişe tepkisi gösterme hatta birlikte acı çekme olarak açıklanmaktadır. Empati kavramı danışma psikolojisi ve terapotik iletişimle ilgili olarak geliştirilmişken, sempati kavramı ahlak felsefesinin konusu olarak ortaya çıkmıştır.

Empati ve sempati kavramlarının yardım etme sürecinde kullanılabilmesi için iki kavramın net olarak tanımlarının yapılması, ortak özellikleri ve ayrışan yönlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Literatürde yardım etme sürecinde her iki kavramın da önemli olduğu ve meslek üyesinin hem empati hem sempati yapması gerektiğini öne süren açıklamalar ve etkileşim modelleri bulunmaktadır. Buna karşın, empati ve sempatiyi birlikte kullanmak bir yana, empatinin bilimsel olmadığı, danışmanın nesnel olmasının mümkün olmadığı ve bu nedenle empati yapma zorunluluğunun olmadığı da ileri sürülmektedir. Bu sunumda sempatinin hem empati için hem de empatik anlayış sonrası yardım etme için önkoşul olmasına yönelik bir model tartışılmıştır.

PANEL - ACİL SERVİSLER VE İLETİŞİM

ACİL SERVİSLERDE DİSİPLİNLERARASI İLETİŞİM SORUNLARINA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Ayhan ÖZHASENEKLER
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Türk Dil Kurumu'na göre disiplinlerarası; en az iki alanı bir araya getirmek ve birbiri içine almak demektir. Multidisipliner, çok alanlı, ortak çalışma kültürü anlamına gelmektedir. Acil tıp alanında hasta bakımı, konsültasyon, acil servis işleyişi gibi konularda gerekse takım çalışması, liderlik, iletişim, bilimsel çalışma ve AR-GE faaliyetlerinde disiplinlerarası birliktelikler olmaktadır. Bu birlikteliklerde karşılıklı doğru iletişim ile her şeyi çözmek mümkündür. Doğru iletişimde, kendini tanıtmak, anlamak için etkin dinlemek, ana hedefi veya soruyu belirlemek, iş birliği içerisinde olmak ve çözüm odaklı yaklaşım sergilemek önemlidir. Farklı disiplinleri temsil eden kişilerin kendi alanlarındaki görüş ve eylemleri ile ortak konu hakkında çözüme yardımcı olacaktır. Disiplinlerarası çalışmada takım çatışması olmadan takım çalışması yaparak başarı sağlanabilir. Sorunlar yaşandığında disiplinler arası çözüm odaklı toplantılar yapılmalıdır. Takım çalışmasında anahtar, saygılar.

PANEL - ACİL SERVİSLER VE İLETİŞİM

ACİL SERVİSLERDE SAĞLIK PERSONELİ ARASINDAKİ İLETİŞİM SORUNLARINA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Ayla GÜRSOY
Antalya Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

İletişim, hasta için en iyi bakım sürecini garanti etmek, hasta ve diğer profesyoneller ile tedavi ve bakımın amaç ve hedeflerini paylaşmak için temel araçtır. Acil servisler 24 saat hizmet verilen, iş yükünün fazla olduğu, planlanmayan olayların gelişebildiği, farklı ekip üyeleriyle çalışmayı gerektiren bölümlerdir. Azınlık, göçmen gibi grupların dil ve kültür farklılıklarının yol açtığı güçlükler acillerde daha da görünür olmaktadır. Bu unsurlara bağlı olarak acillerde stres seviyesi genellikle diğer bölümlerden daha yüksektir.

Sağlık hizmetlerinde iletişim sorunları hekim-hekim arası konsültasyonlarda, hemşire-hekim arası sözel istem alımlarında, hemşire-hemşire arası nöbet teslim süreçlerinde hasta güvenliği açısından risk oluşturmaktadır. Hasta güvenliği ile ilgili olayların kök neden analizleri ile ilgili çalışmalar hataların önemli bir kısmının iletişim hatalarına bağlı geliştiğini göstermektedir. Özellikle sözel iletişim sırasında aksan, gürültü, maske takılması, farklı terminoloji kullanılması, net olmayan konuşma ve yorgunluktur gibi unsurlar iletilmek istenilen mesajın alıcı tarafından tam olarak algılanamamasına dolayısı ile hatalara neden olabilmektedir.

Yapılan araştırmalar hastanelerde tıbbi hata ve istenmeyen olayların gerçekleştiği iki alandan birisinin acil servisler olduğunu göstermektedir. Acil servislerin iletişimi güçleştiren özelliklerini de dikkate aldığımızda hasta güvenliğini sağlayacak yöntemler geliştirmek ve kullanmak önem taşımaktadır. Etkin iletişim; tıbbi hataların önlenmesine, tedavinin sağlanmasına gerekli girişimlerin zamanında uygulanmasına, sorunların çözülmesine ve bakımın sürekliliğine önemli katkı sağlamaktadır. Bu sunum; acil servilerde ekip üyeleri arası iletişim sorunlarının nedenlerini, sonuçlarını ve özelikle; SBAR, I PASS THE BATON gibi sağlık ekibi üyeleri arasındaki bilgi aktarımını sistematik hale getiren, böylece hasta ile ilgili bilgi aktarımı ve hasta teslimini daha güvenli kılan yöntemleri ele alınmaktadır.

PANEL - ACİL SERVİSLER VE İLETİŞİM

ACİL SERVİSLERDE UYGUNSUZ BAŞVURULARIN YÖNETİMİ

Prof. Dr. Süleyman TÜREDİ
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı - TATD Başkanı

Acil Tıp uzmanlığı beklenmedik hastalık veya yaralanma durumlarında hastanın değerlendirilmesi, müdahalesinin yapılması, tedavisinin başlatılması, daha ileri sakatlık, yaralanma ve fonksiyon kaybından korunmasını konu edinen bir bilim dalıdır. Bu bilim dalı, acil servise başvuran hastayı kabul etme ve ayırıcı tanısının koyulması, resusitasyonu, stabilizasyon işlemlerinin yapılması, hastanın değerlendirilmesi, tedavi edilmesi ve gerektiğinde uygun şekilde yönlendirilmesi ile ilgilenmektedir. Acil Tıp uzmanları için uzmanlık alanının en önemli bölümü acil servise başvuran acil bir hastanın ilk bir saat içinde yapılması gereken her türlü tıbbi uygulamanın uzmanlık düzeyinde yapılmasını sağlamaktır.

Acil hastanın ilk bir saatlik bu önemli döneminde en kritik kararlar alınmakta ve en kritik işlemler hızlı ve ustalık düzeyinde yerine getirilmektedir. Acil hastanın yönetiminde en önemli kaynak olan zaman kullanımı bu açısından en değerli olan bu ilk bir saat içinde yapılması gereken kritik uygulamalar arasından hava yolu yönetimi, vasküler işlemler, kardiyopulmoner resusitasyon uygulamaları, şok yönetimi, travmalı hastanın altın saatinin yönetimi, MI yönetimi, strok yönetimi gibi çok hayati uygulamalar olduğu gibi, EKG değerlendirmesi, kan gazı değerlendirmesi, USG kullanımı, MV kullanımı, ileri yara bakım uygulamaları, trombolitik tedavi uygulamaları, BT ve MRI değerlendirmesi gibi çok kompleks ve uzmanlık gerektiren tanısal işlemler ve tedavi uygulamaları yer almaktadır. Tüm bu uygulamaların hızlı, doğru ve ustalık seviyesinde yapılabilmesi için acil servislerin ekip, ekipman, donanım eksikliklerinin olmalıdır.

İlk olarak 16.10.2009 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren ve daha sonra birkaç kez güncellenen ‘’Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’’ ülkemizde acil servislerde hasta kabulü, yönetimi konusunda en kapsamlı düzenlemeleri barındıran bir talimatname hükmündedir. Bu tebliğin 4-b maddesinde Acil servis hizmetleri; kronik bir hastalığın akut atağı, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında, komplikasyon, morbidite, sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastanın, acil serviste görevli sağlık personeli tarafından tıbbi araç ve gereçler desteği ile değerlendirilmesi, tanısının konulması, hayati tehlikesini ortadan kaldıracak tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması, ileri tanı ve tedavisi için diğer hizmetlere devrine kadar yataklı sağlık tesisinde sunulan sağlık hizmetleri şeklinde tanımlanmaktadır. Madde 14’te Kamu veya özel tüm sağlık tesisleri ve kuruluşları kendisine başvuran veya ambulans ve sevkle getirilen tüm acil vakaları sağlık güvencesi ve ödeme gücü olup olmadığına bakılmaksızın kabul etmek, ilk değerlendirme, acil tıbbi müdahalesinin yapılması ve stabilizasyonun sağlanması ile yükümlüdür ibaresi yer almaktadır.

Acil servise uygunsuz şekilde başvuran hasta hakkında literatürde genel kabul gören bir tanım yer almamakla birlikte; kaza, yaralanma veya beklenmedik anda gelişen acil bir durum olmaksızın, özellikle acil sağlık hizmeti ihtiyacı olmaksızın, poliklinik veya birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilebilecek sağlık sorunları için acil servislerin kullanımı tanımı en kabul gören tanımlamadır. Birçok çalışmada acil olmayan başvurular şeklinde yapılan tanımlamalara rastlanmakla birlikte; aciliyetin değerlendirilmesi ile ilgili bir kavram kargaşası olduğu da kesindir. Acil servise başvurduğu halde geçerli bir triaj sistemi kullanılmasına rağmen acil hastaların sağlık tesisinde dahi yüzde yüz doğrulukla tespiti mümkün değildir. Uygunsuz kullanım acil olmayan başvuruları da kapsayan ancak sosyolojik, psikolojik, ekonomik boyutları olan çok etkenli bir sorun olarak acil servis işleyişinin karşısında durmaktadır.

Uygunsuz kullanım hakkında çok çeşitli ve farklı kriterler kullanılarak çok çeşitli ve değişken oranlarda sonuçların yer aldığı çalışmalar nedeniyle gerçek anlamda standart bir uygunsuz kullanım oranından söz etmek zordur. Çalışmalarda en çok kullanılan uygunsuz kullanım ölçütleri, hastanın hiçbir olumsuz sonuç gelişmeksizin tıbbi bakım alıncaya kadar bekleyebileceği süre, hastada var olan ölüm riski, organ hasarı veya fonksiyon kaybı riski, acil tedavi, tetkik ve gözlem gerekliliği, tıbbi bakımda acil servis imkan ve kaynaklarına gerçek bir ihtiyaç olup olmadığı, özel ve ileri tanı yöntemlerinin gerekliliği, başka bir birimde tetkik, tedavi ve bakımın yapılabilirliği, şikayetlerin akut olup olmadığı, sağlık sisteminin başka bir basamağında sorunun çözümünün mümkün olup olmadığı gibi kriterler en kabul gören ve en çok değerlendirilen ölçütlerdir. Ancak tüm çalışmalarda standart olarak bu ölçütler yer almamakta ve dolayısı ile bu durum çalışmalarda elde edilen uygunsuz kullanım oranlarına etki etmektedir. Öyle ki %7 ila %94 oranında çok geniş bir aralıkta uygunsuz kullanım oranları bildirilmiştir. Türkiye'de de %20 ila %70 ler arasında değişen düzeyde uygunsuz kullanıma dair verilere rastlamak mümkündür.

Ülkelerde acil servis başvuruları ile acil servis uygunsuz kullanım oranları birbirine paralel şekilde artmaktadır. ABD'de 2013 yılında toplam nüfus 320 milyon olup 120 milyon acil servis başvurusu ile ve 2015 yılında nüfus 324 milyon olup 130 milyon acil servis başvurusu ile yaklaşık %40'a tekabül edecek bir acil servis başvurusu görülmektedir. İngiltere'de de benzer oran söz konusudur. 2013 yılında İngiltere nüfusu 50 milyon ve acil servis başvurusu 20 milyon, 2015 yılında nüfus 53 milyon ve acil servis başvurusu 23 milyon olup nüfusun %40'ı oranında acil servis başvurusu dikkat çekmektedir. Her iki ülke de acil servis başvurularının yüksek olduğu ve acil sağlık sisteminin bu yükün üstesinden gelmekte zorlandığından bahseden ve özellikle uygunsuz başvuruların azalmasının gerekliliğinden bahsetmektedir. Ülkemizde ki durum ise bu açıdan içler acısıdır ve tüm dünyada kendi nüfusundan daha fazla acil servis başvurusuna sahip tek ülke olarak uluslararası platformlarda açıklanması zor oranlardadır. Öyle ki, 2013 yılında ülke nüfusumuz 76 milyon iken acil servis başvuru sayımız 92 milyon (toplam nüfusun %121'i), 2015 yılında nüfus 79 milyonken acil başvurusu 111 milyon ile toplam nüfusun %141'i olarak gerçekleşmiştir. 2019 yılında ise 84 milyon nüfusa karşılık yaklaşık 150 milyon acil başvurusu ile (toplam nüfusun %178'si) kırılması zor bir dünya rekoruna imza attığımız dikkat çekmektedir.

Ülkemizde gerçekleşen toplam muayene sayılarının yaklaşık %30-40'ı acil servisten gerçekleşmektedir.

Acil muayenelerinin de yaklaşık %60-70'i triaj kategorisine göre yeşil alan hastası veya çeşitli nedenlerle sarı kodu alan ancak gerçekte acil olmayan uygunsuz kullanım hastalarından oluşmaktadır.

İnsanımızın acil bir durumu olmadığı halde acil servise başvurmasının çeşitli nedenleri vardır. Bunlar içinde en önemlisi birinci basamak sağlık hizmetine erişimdeki zorluklar, birinci basamak sağlık hizmet kalitesindeki yetersizlikler ve birinci basamak sağlık hizmetinde sunulan hizmete olan güvensizliktir. Ülkemizde aile hekimliği sistemine geçişte yapılan hatalar, sevk sisteminin ortadan kaldırılması, acil sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulması, zamandan tasarruf, özellikle çalışan kesim için 16-24 saatleri ve hafta sonları sağlık hizmeti alabilecekleri acil servis dışında imkanların hemen hemen hiç olmaması acil servise başvurunun ve dolayısı ile acil servise uygunsuz başvurunun en önemli nedenleridir. 2021 yılında tüm çalışma şartlarının, ekonomik şartların ve yaşam şeklinin değiştiği bir yılda hala çok eski bir sistem üzerinden sağlığı yönetmek mümkün değildir. İnsanlar mesai saatlerinde hastaneye kendileri veya aileleri için başvuramamakta, mesai sonrası 16-24 saatlerini veya hafta sonlarını özellikle Pazar günlerini mecburen tercih etme durumunda kalmaktadırlar. Halbuki devasa sağlık sisteminin en fazla hasta başvurusunun olduğu bu dönemlere yönelik bir planlaması veya hazırlığı yoktur. Bu dönemlerde birinci basamak sağlık hizmetine ulaşmak imkansızdır. Çoğu poliklinik hizmetlerine de bu dönemlerde ulaşmak imkansızdır. Sağlık sistemi planlamasında bu KARA DELİK mutlaka göz önüne alınarak düzenlemeler yapılmalıdır.

Bir diğer önemli neden acil servislere ve ülkemizde sunulan acil sağlık hizmetlerine olan güvendir. Ülkemizde çok gelişmiş bir acil sağlık hizmetleri alt yapısı ve yetişmiş insan gücü söz konusudur. Hızlı, ücretsiz, güvenli ve kaliteli bir sağlık hizmeti tüm olumsuz koşullara rağmen büyük fedakarlıklarla sürdürülmeye devam etmektedir. Hiç kimse güler yüzle karşılanmadığı, lezzetli yemeklerin sunulmadığı, hesaplı faturaların gelmediği, memnun olarak ayrılmadığı bir restorana tekrar gitmek istemez. Sağlık hizmet sunumunda da insanların acil servisi tercih etmelerinin birçok nedeni olduğu gibi burada sunulan hizmete olan güven de çok önemli bir neden olarak görülmektedir. Gerçekten de ülkemizde acil sağlık hizmetleri güven duyulabilecek seviyededir. Hele ki gerçek acil hastalar için bu kaynaklar kullanılabilse ülkemizde acil sağlık hizmetleri açısından çok önemli problemlerden söz edemeyiz. Ancak kapasitesinin çok üstünden bir başvuru sayısını yönetmek durumunda kalan acil servisler ve acil sağlık sistemimiz artık bu yükün altında ezilmektedir.

Acil servislerin uygunsuz kullanımı neticesi, acil servislerin en önemli çalışma prensibi olan en acil hastaya öncelik tanınması ve kaynakların en çok ihtiyacı olan hastaya kullanılması prensibinden uzaklaşılmaktadır. Ortaya çıkan kalabalık hizmet kalitesinin düşmesine, bekleme sürelerinin uzamasına, memnuniyetsizliğe, sağlıkta şiddete, sağlık çalışanlarında yorgunluk ve tükenmişliğe, kaynakların verimli kullanılmaması neticesi büyük bir ekonomik kayba, gereksiz veya eksik muayene ve tetkikler neticesi yanlış tanı ve tedavi uygulamalarına, malpraktise ve adli sorunlara yol açmaktadır.

Acil servislerin uygunsuz kullanımı konusunda suçu sağlık hizmetinden faydalanan ve sağlık sistemindeki eksiklikler veya günün ihtiyaçlarına cevap veremeyen planlamalar neticesi acil olmayan durumlarda acil servise başvuran hasta ve hasta yakınlarına yüklemek kolaycılık olacaktır. Çünkü suistimale ve kötüye kullanıma açık olarak planlanmış, alternatiflerin olmadığı, acil sağlık sisteminin asıl amacına hizmet etmesinin önünde engel teşkil eden sağlık sistemimizin bu açıdan büyük bir

reforma ihtiyacı vardır. Daha önce bahsettiğimiz üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin aktif şekilde hizmet vermemesi, 16-24 ve hafta sonlarında hizmet verecek yeterli sağlık kuruluşunun bulunmaması gibi konular halktan bağımsız şekilde sağlık sistemini planlayıcıların çözmesi gereken önemli sorunlardır. Elbette ki hiçbir gerekçe sağlıkta şiddete varacak şekilde acil sağlık çalışanlarına halk tarafından uygulanan kötü muameleyi haklı çıkaramaz. Halkın da kendisine her türlü sıkıntıya ve zorluğa rağmen sunulmaya çalışılan sağlık hizmetini üretenlere sevgi ve saygı sınırları çerçevesinde hareket etmesi gereklidir.

Yurt dışında özellikle ABD'de benzer sorunlar benzer şekillerde yaşanmış ve acil servislere alternatif, halkın kolay ulaşabileceği ve sağlık sorunlarının derecesine göre halkın yararlanabileceği alternatifler geliştirilmiştir. ''Retail clinic'' küçük butik poliklinikler ülkenin birçok yerinde yer almakta ve bu kliniklerde basit reçeteleri yazabilen yetkilendirilmiş hemşireler görev yapmaktadır. Basit sağlık sorunları bu ünitelerde çözüme kavuşturulmaktadır. Maliyeti çok düşük olan (100 dolar/her hasta) bu hizmet sigorta firmalarınca tamamen kapsanmakta ve halk bu üniteleri sıklıkla tercih etmektedir. Kolay ulaşılabilir şekilde, sayıca fazla, bazen büyük marketlerin içinde dahi bu üniteler bulunmaktadır. Benzer şekilde biraz daha tıbbi açıdan ileri sağlık hizmeti alması gereken ancak acil servis gibi komplike tanı ve tedavi kaynaklarının kullanılmasına gerek olmayan hastalar için ''Urgent Care'' – Acil bakı birimleri kurulmuştur. Bu birimlerde sıklıkla emekli veya rahat çalışmak isteyen hekimler görev yapmakta, belirli aşamada laboratuvar ve görüntüleme hizmeti verilmekte, düşük maliyet ile (200 dolar/her hasta) birçok tıbbi sorun giderilebilmekte ve sigorta şirketleri tarafından buralardaki tüm sağlık hizmetleri kapsanmaktadır. Bu nedenle bu birimler acil servisler üzerindeki yükün büyük bir kısmını almaktadır. Acil servislerin ise daha komplike tanı ve tedavi gerektiren acil hastaların kullanımı için hizmet vermesine çalışılmaktadır. Çünkü acil serviste kısıtlı kaynakların gerçekten ihtiyacı olan hastalara kullandırılması esastır. Acil sağlık hizmetleri en pahalı sağlık hizmetlerindendir (2000-2500 dolar/her hasta). Çoğunlukla sigorta şirketleri gerçekten acil olmadığı halde acil servisten hizmet alan hastaların faturalarını ödememektedirler. Ülkemizde de benzer uygulamaların yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Sağlık sisteminin önemli bir sorunu olan acil servislerin uygunsuz kullanımı ve kalabalığın azaltılmasına yönelik yapılabilecek birçok çözüm önerisi Sağlık Bakanlığı ile uzmanlık dernekleri ve diğer paydaşların birlikte yaptıkları çalıştaylarda ele alınmış ve çok değerli öneriler çalıştay raporlarında yer almaktadır. Türkiye Acil Tıp Derneği tarafından binlerce acil çalışanının katkıları ile oluşturulan şiddeti önleme raporunda da birçok yapılabilecek düzenlemeye dikkat çekilmiş ve sağlık hizmeti planlayıcılarının yararlanması için kamuoyu ile paylaşılmıştır.

Uygunsuz başvuruların acil servis içinde yönetimi ise başlı başına ayrı bir konudur. Uygunsuz başvuruların acil servis işleyişini aksatmaması, acil hastaların alması gereken tıbbi müdahaleleri geciktirmemesi, kaynakların etkili kullanılması açısından en önemli yapılması gereken şey etkin bir triaj uygulamasıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanması önerilen tiraj sistemi ve uygulanma şeklinin bu açıdan tam anlamı ile yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. Üstelik kurum şartları birbirinden farklı, sosyokültürel yapı ve hasta profili birbirinden farklılıklar arz etmektedir. Bu nedenle her kurum uluslararası örneklerinden de yararlanarak Sağlık Bakanlığının önerdiği tiraj sistemi üzerinde adaptif değişiklikler yapabilmeli ve etkin şekilde triaj uygulayabilmelidir. Ancak etkin triaj aynı zamanda bekleme

sürelerinin uzaması anlamına gelir ve bu durum hasta memnuniyetsizliğini arttırır. Sonuç olarak sıra kavgaları, şiddete varan uygulamalar ülkemizde sıklıkla görülmektedir. Halbuki benzer uygulamaların yapıldığı ülkelerde acil olmadığı halde acil servise başvuran bir hasta bir hekim veya sağlık çalışanı tarafından görülmek için saatlerce beklemek durumunda kalmasına rağmen sorun oluşturmamaktadır. Ülkemizde gerek idari baskı gerek güvenlik önlemlerinin yetersizliği gerekse de yasal düzenlemelerin caydırıcılığının olmaması etkin tiraj yapılmasının önünde büyük bir engel olarak görülmektedir. Ancak her durumda etkin triaj uygulanması en temel çözüm noktalarından biridir.

Acil hekimi veya çalışanı tüm yoğunluğa rağmen, uygunsuz başvuran yüzlerce hasta içinde acil hastayı yakalayabilmeli ve öncelik tanıyabilmelidir. Acil tıp uzmanlık eğitiminin en önemli bölümü hangi hastanın veya hastalığın bekleyebileceği, hangi hastanın veya hastalığın ise mümkün olan en kısa süre içinde değerlendirilmesi gerektiğine karar verme becerisinin kazandırılmasıdır. Çünkü acil servislerde AMI, aort diseksiyonu, pulmoner embolizm gibi çok büyük hayati tanılar konulmalı ve tedavi edilmelidir. Bu tanılar zamanında konulmaz ve müdahale edilmezse ölümle sonuçlanacak kötü sonuçlar kaçınılmazdır. Dolayısı ile acil hekimi bu konuda bir uzmandır. Kalabalığı, kaotik ortamı yönetebilecek sakinlikte olmalı, töleransı yüksek olmalıdır. Kendini olayın akışına kaptırmamalı, doğru kararları zamanında alabilmelidir. Kararlılık acil hekimin en karakteristik özelliklerinden biridir. Dikkatle düşünmeli, uygularken kararlı olmalıdır. Tüm kararlarının verirken kar-zarar, risk-fayda hesabını çok iyi yapmalı, gereksiz risk almamalı ancak risk almaktan da kaçınmamalıdır. Bu tam bir uzmanlık işidir ve zamanla kazanılan tecrübelerin sonucunda, iyi ve kötü tecrübelerin sonucunda elde edilen çok önemli bir kabiliyettir. Dolayısı ile sağlık sistemindeki önemli bir soruna daha burada dikkat çekmek gerekir. Ülkemizde yeni mezun hekimlerin görevlendirileceği en son yer olması gereken acil servisler maalesef bu meslektaşlarımızın ilk görev yerleri olmakta ve yüzme bilmediği halde yüzme öğrenmesi için açık denizde denize atılan ve yüzmeyi çok travmatik şekilde öğrenen birisi gibi meslek hayatına başlamaktadırlar. Acil servisler en kritik kararların verildiği, en komplike işlemlerin eş zamanlı ve ustaca yapılması gereken özellikli birimlerdir. Bu bakış açısı ile personel planlaması yapılmalı ve acil servisler deneyimli personel için çekici hale getirilmelidir.

Her sorunun çözümünde olduğu gibi acil servise uygunsuz şekilde başvuran hastanın yönetiminde de iletişim çok önemlidir. Uygun şekilde kurulmayan iletişim sonucu süreci yönetmek çok zorlaşmaktadır. Acil serviste ortaya çıkan kalabalık, hastaya yeterince vakit ayıramama, empati zorluğuna ve iletişimin bozulmasına yol açmakta ve sonuçta olumsuz tablo ortaya çıkmaktadır. Ancak acil hekiminin bir diğer önemli özelliği iletişim becerisidir. Her acil hekimi kendisini bu yönde geliştirmeli, zorluklarla başa çıkabilme, kaosu yönetme ve iletişim konusunda tecrübesini arttırmalı ve profesyonel eğitim ve destek almalıdır.

Son söz olarak acil servislerin ve acil hekimlerinin en önemli özelliği her zaman hasta yararını gözetmesidir. Bu vicdani yaklaşım, hiçbir başka kaygı olmaksızın acil hastaya öncelik sağlamak, ihtiyacı olan hastaya öncelik sağlamak, kırıcı değil yapıcı olmak, birçok meslektaşımızın veya sağlık kurumunun yeterince ilgi göstermediği engelli, yaşlı, bağımlı, bakım gerektiren hastalar gibi kimsesiz sayılabilecek hasta grubunun son umut kapısı olduğumuz unutulmamalıdır.

Kongre düzenleme heyetine teşekkür eder saygılar sunarım. 09.12.2021

PANEL - ACİL SERVİSLER VE İLETİŞİM

ACİL SERVİSLERDE HASTA VE HASTA YAKININI ANLAMAK

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Ali ALTUNCI
Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Sağlık çalışanları olarak hepimiz iş hayatımızda birçok insanla karşılaşıyoruz. Bazen kendimizi onlara anlatmakta, bazen de onları anlamakta güçlük yaşıyoruz. Bu sunumda iletişim becerilerinin temelleri kullanarak anlama ve anlatma noktalarında sizlere yol göstermeye çalışacağım.

Sağlıkta şiddet

Tüm sağlık çalışanlarının başında en büyük dert olan şiddet konusunda yapılmış çalışmalar şiddetin nedenlerini şu başlıklar altında toplamışlardır. Mental ve davranış bozukluğu, eğitim düzeyi düşüklüğü ve kurallara uymama, çok sayıda muayene ve test yapılması, stresli hasta yakınları ve kalabalık gürültülü ortamlar, hasta ve hasta yakınlarının aşırı istekte bulunması, uzun bekleme süreleri, sağlık çalışanının sayıca yetersizliği, yanlış anlamalar, iletişim problemleri ve kişisel sorunlar.

Sağlık alanında sürekli yeniliklerin yaşanmasına rağmen sağlık çalışanı ile hasta iletişimi her zaman önemlidir. Yaşanan sorunlar sağlık çalışanından, hasta/hasta yakınından ya da kurumun kendisinden kaynaklanıyor olabilir.

Sağlık çalışanlarının hasta/hasta yakınıyla bir sorun yaşadığında, aklına ilk gelen düşünce karşı tarafta kişilik bozukluğu olduğudur. Oysaki çoğu zaman anlayamama ya da anlatamama kaynaklı sorunlar yaşanmaktadır. Unutulmamalıdır ki hasta-hekim ilişkisinde profesyonel olan taraf hekimdir. Sorunu çözmesi gereken kişi de hekim ya da sağlık çalışanının bizzat kendisidir.

Stres Kaynaklı Saldırganlık

Saldırganlıkta maalesef önyargılar ağırlığını korumaktadır. Sağlık çalışanı ile vatandaş arasındaki iletişimdeki kopukluklar önyargıyı körüklemektedir. Hasta veya yakınlarının en basitinden tuvalet, yeme içme gibi temel ihtiyaçların giderilememesi gerginliği besler. Eli kolu bağlı iyi haber umudundaki yaşanan çaresizlik, güvenlik ya da kapalı kapılar kaynaklı engellenme, soğuk bekleme salonları gibi konfor alanı değişimi ile hastası hakkında bilgi eksikliğinin giderilememesi saldırganlığa yol açmaktadır.

Bilgi, inanç ve tutumlar, hekimin ve hastanın ruhsal yapıları ve ilişkiden beklentileri ile tarafların iletişim becerileri iletişimi etkiler. Hekimle hasta arasındaki parasal ilişki, hekim-hasta ilişkisinin gerçekleştiği fiziksel mekan, hekim başına düşen hasta sayısı, toplumun hekim-hasta ilişkisine bakışı iletişimin ve karşılıklı birbirini anlayabilmenin en önemli etmenlerdir.

Karşı Tarafı Anlamak

Karşı tarafı anlamak için iletişim konusunda iyi hazırlanmış olmak gerekir. Açık ve anlaşılabilir konuşmalıdır. Konuşurken hedef dinleyicinin kim olduğu bilinmelidir. Onları dinlemek ve onların söylediklerileyle ilgilenmek şarttır. Samimiyet ve dürüstlük, karşılıklı saygı, hasta gizliliğine dikkat ve tabi ki içtenlik varsa karşılıklı anlama çok daha kolay olacaktır. İçten ve önyargısız yaklaşım kapıları açacaktır.

Acil Servis ve İletişim Süreci

İletişim bir bireyin bir diğerinin varlığının farkına vardığı an başlar. Acil serviste iletişim, sözlü, okuma ve yazma dahil olmak üzere çeşitli yöntemlerle sağlanır. Temel acil servis süreçlerinde merkezi bir rol oynar. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasındaki iletişim, hasta merkezli bakım ve olumlu bir hasta deneyimi için önemlidir. Zayıf iletişim, hastanın sağlığı ve refahı üzerinde ciddi olumsuz etkiye neden olabilir.

Acil serviste yapılmış çalışmalar, hekimlerin yüksek iletişim yükleri ile karşı karşıya olduğunu göstermiştir. Bireylerin aynı anda birden fazla görevi gerçekleştirdiği durumlarda, kesintiler, hekimin çalışma belleğini olumsuz yönde etkiler. Hatalara yol açabilir. Bu da endişe kaynağı olarak görülür.

Acil servislerdeki iletişimsel zorluklar ve riskler, doğrudan acil servis ortamının önemli ve artan bağlamsal karmaşıklığından kaynaklanmaktadır. Bu karmaşıklık, bir dizi faktörden dolayıdır:

- 24 saat bakım, artan talep
- Acil bakımın kısa süreli ve epizodik doğası
- Hekim-hasta ilişkileri
- Multidisipliner yaklaşım
- Hem hekim hem de hastaların dilsel ve kültürel çeşitliliği

Bu yüksek stresli ortamlarda, hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini sağlamak için etkili iletişim üzerine daha da büyük bir yük binmiştir. Ayrıca, etkisiz iletişim, acil servislerde kritik tıbbi kazaların ana nedenidir ve önemli sayıda hasta şikayetine neden olur.

Sözel ve Sözel Olmayan İletişim

"Ne söylediğin değil nasıl söylediğin önemlidir" sözü sanırım bu başlığı en iyi özetleyebilecek cümledir. Sözlü veya sözsüz, her iki iletişim biçimi de mesaj iletiminde kullanılır. Sözlü iletişim, günlük hayatta kullandığımız birincil iletişim biçimidir. Sözsüz iletişim ise tamamlayıcı bir ikincil iletişim biçimidir.

Sözlü iletişimde kullanılan bir dil vardır bir de dilin dışında ses tonu, sesin hızı, şiddeti, vurgu, duraklamalar gibi noktalar etkilidir. "Nasıl söylediğimiz" derken kast edilen budur. Algılamayı kolaylaştıran, dilden ayrı bahsedilen, bu noktalardır. Verilen mesajın doğru iletilmesi, seçilen kelimelere bağlıdır; ancak algılanması önemli ölçüde az önce sıralanan unsurlara göre olur.

Dilden ayrı bu unsurlar, yöreye, kültüre göre değişiklik gösterebilir. Sözlü iletişimin anlaşılma derecesi denetlenebilir, soru sorulabilir, anlaşılamayan konuya açıklık getirilebilir. Geri bildirim alınabilir. Sözlü iletişimde kaynağın ses tonu, yüksekliği, hızı, vurgusu, telaffuzu, dili kullanma becerisi iletişimin yürütülmesi için önemlidir.

Sözsüz iletişim sözlü iletişimden daha etkilidir. Duygular daha ön plandadır. Beden dili bu noktada devreye girer. Gözler, mimikler, ağız hareketleri sözlü iletişimi destekler. Kişinin duruşu, kelimelerden daha fazlasını söyler. Beden dili anlatılana destektir. Sözsüz iletişim, kelimelerin olmadığı tüm iletişim unsurlarını kapsar. Beden duruşu ve hareketleri gibi faktörleri vardır. Sözlü iletişimin etkinliğini arttırır. Günlük hayattaki iletişimimizin yarıdan fazlasını sözsüz iletişim oluşturur.

Kişiler, bakışma ya da göz kaçırma, giyim, duruş veya oturuş biçimi, fiziksel mesafe gibi görsel simgelerle, birbirleri hakkında sezgisel bilgi edinebilirler yani bunlar sayesinde sözcüklere başvurmadan iletişim kurabilirler. İyi bir iletişim doğru kombine edilmiş sözlü ve sözsüz mesaj aktarımı ile mümkündür.

İletişimi Kolaylaştıran Etkenler

Sözlü mesajlar, karşımızdakinin anlayabileceği ve algılayabileceği şekilde verilmelidir. Gönderilen mesajlar sadece sözlü olmak zorunda değildir. Çizerek, yazarak, semboller kullanarak da olabilir. Alıcınızın ilgisini ne çekecek ise ona göre biçimlendirilebilir. Mesaj, alıcıyı etkileyecek türden bir kanalla gönderilmelidir. Ortam iletişime uygun durumda olmalıdır. Mesajın anlaşılıp anlaşılmadığı geri bildirimle kontrol edilmelidir. Ben dili, etkin dinleme ve empati iletişimi kolaylaştıran etkenlerdir.

Ben dili

Ben Dili; o anda karşılaştığınız davranışa karşı, öfke ile değil duygu ve düşüncelerinizle samimi ve sakin ifade etme şeklidir. Özne "ben"dir. Karşınızdaki kişi savunmaya geçme ihtiyacı hissetmez. Mesaj doğru bir şekilde iletilmiş olur. Ben dili karşı tarafa suçluluk hissettirmez. Tarif edilen duygunun kendisidir.

Sen Dili; duygulardan ziyade emir verme, suçlama, yargılama vb engeller barındırır. Kişiliği hedef alır. Karşı taraf otomatikman savunmaya geçer.

Örneğin "Devamlı sözümü kesiyorsun" "sen dili"ne örnektir karşı tarafı suçlar. Ancak aynı duygu, suçlama olmadan "ben dili" ile şu şekilde söylenebilir; "Sözümü kestiğiniz zaman anlatacaklarım yarım kalıyor ve bu beni sinirlendiriyor."

Sorun tanımlandı neye neden olduğu ve hangi duygunuzu ortaya çıkardığı net bir şekilde ortaya kondu. Sen dili kişiliği; ben dili davranışı hedef alır. Sen dili, karşı tarafı sindirerek sorunu çözmeye çalışır. Ben dili ise kişiliği değil soruna odaklanarak çözüm üretir. Sen dili suçlar; ben dili empati sağlar.

Etkin dinleme

İletişim sadece mesaj ileterek olmaz. Dinleme iletilenleri doğru bir şekilde algılama becerisidir.

Dinlemek, en önemli iletişim davranışıdır. Karşınızdakini anlayan, değer veren bir güven ortamı sağlar. Etkin dinlemede karşı tarafın akılını okumaya çalışma ya da kendi söyleyeceklerimizle meşgul olma söz konusu değildir. Anlatılanları süzgeçten geçirmeye çalışılmaz. Yargılama, öğüt verme, haklı çıkmaya çalışma yoktur.

Göz kontağı kurulmalıdır. El kol hareketleri, beden dili ile dinlenildiği hissettirilmelidir. Arada kafa sallama, "Evet" deme gibi onaylayıcılar kullanılır. Konuyu daha iyi anlamak için kısa sorular sorulur. En sonda da anlatılanları kısa özetleyerek karşı tarafa iletilir. Böylece etkin dinlenildiği belli olur, mesajı doğru algılayıp algılamadığınız netleşir. Etkin dinleme, dürüst iletişim sağlar. Olumsuz duyguları rahatça tartışma fırsatı verir. En önemlisi de karşı tarafta anlaşıldım duygusu yaşatır. Bu sayede karşınızdaki kişi de sizi dinlemeye hazır hale gelir.

Empati

Doğan Cüceloğlu empatik iletişimi şöyle tarif eder: "Bir kişiyi anlayabilmek için dünyayı o kişinin gözüyle görüp, kulaklarıyla duyabilecek hale gelmektir" der.

Empati kişinin kendisini duygu ve düşüncelerinden soyutlayarak başkasının inançlarını, arzularının ve özellikle duygularının farkına varabilme ve anlayabilme yeteneğidir. Kişi karşısındakini o kadar iyi anlar ki onun gibi hissetmeye başlar, kendini onunla özdeşleştirir. Ancak bu anlama sürecinde onaylamak şart değildir. Onaylamak ya da belli bir duyguya girmek ise sempatidir. Sempati, anlayış göstermedir. Bir tür olumlu yönde yargılama, pozitif bir değerlendirmedir.

Empati karşınızdakini anlama esasına dayanır. Duygudaşlıktır. Yargılama, destekleme veya yerme gibi duygulardan bağımsızdır. Hemfikir olup olmama söz konusu bile değildir. Sadece anlamadır. Empati kurduğunuz kişiye yakınlık duymanız gerekmez. Dünyayı karşınızdakinin gözüyle görmektir.

Empati kurma düşüncesiyle yapılan bazı hatalar vardır. Bunlardan biri problem karşısında başkalarının ne düşündüğünün ifadesidir. Genelde atasözleri ile göndermeler yapılır. Sorunlar karşısında başkaları ne düşünür odaklı öğütler verilir. Bir diğer hata ise sorun karşısında benim ne düşündüğümdür. Akıl verilir. Eleştirilir. Aynısı bende de var denilerek empati yapıldığı zannedilir. Gerçek empatide soruna eğilme, sorunu doğru tanımlama ve duyguları anlama vardır.

Empatik kişi, karşı tarafın dünyasına girdikçe, otomatikman kendi dünyasını da karşıya açar. Bu sayede kendi ile de yüzleşir. Yüzleşmek istemediği, hoşlanmadığı, bilmediği, korktuğu yönleri varsa, yapmak istemez. Psikolojik bakımdan son derece iyileştirici etkisi vardır. Empati kurmak sosyal ilişkilerde size yardımcı olur. Karşınızdaki insanı anladığınızı ve önemsediğinizi gösterir. Böylece iletişiminiz kolaylaşır. Yanlış anlaşılmalar azalır, samimiyet ve güven ortamı gelişir, sorunlar ve problemler daha kolay ortaya konur. Daha çabuk ve kolay çözümler üretilir. Daha yakın, anlamlı arkadaşlıklarınız oluşur.

Bu sunumda anlama ve anlatma zorluklarının üstesinden gelebilmeniz için bazı anahtar noktaları özetlemeye çalıştım. Unutmayın ki iletişim becerileriniz geliştikçe hayat sizin için çok daha kolay bir hal alacaktır.

PANEL - DİSİPLİNLERARASI İLETİŞİM

SAĞLIK KURUMLARINDA YİYECEK-İÇECEK HİZMETİNDE GÖREVLİ PERSONELE YÖNELİK ETKİN İLETİŞİMDE PRENSİPLER

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

İnsanın yaşamını sürdürmesi ve sağlığını koruması amacıyla uygulaması gereken beslenme şekli, evde ve ev dışındaki beslenmesi ile yakından ilişkilidir. İnsanların ev dışında, başkaları tarafından planlanan ve gerçekleştirilen yiyeceklerle beslenmesi demek olan "Toplu Beslenme" (TB)/yiyecek-içecek hizmetleri günümüzde önemli bir hizmet alanı haline gelmiştir. Bunda, hizmetten yararlananların sayısının artmasının yanı sıra, hizmet basamağındaki herhangi bir noktada oluşabilecek aksaklığın yol açacağı olumsuz sonuçlar (besin zehirlenmeleri, ölümler, ekonomik kayıplar vb.) önemli rol oynamaktadır.

Toplu Beslenme hizmeti/yiyecek içecek hizmeti verilen birçok kuruluş bulunmakta; bu kuruluşların başında da sağlık kuruluşları gelmektedir. Sağlık kuruluşlarında hastaların bir yandan aldıkları tıbbi tedavi ile iyileştirilmesi amaçlanırken, aynı zamanda tıbbi beslenme tedavisi gereksinimi duyan hastaların, aldığı tıbbi tedaviyi güçlendirecek, destekleyecek kaliteli bir yiyecek-içecek hizmeti de alması gerekmektedir.

Kaliteli bir TB hizmeti TB süreç döngüsünde yer alan tüm faaliyetlerin (menü yönetimi, yiyecek tedarik edilmesi ve teslim alınması, depolama, üretim, artık ve atık yönetimi, besin güvenliği yönetimi vb.) başarıyla yerine getirilmesi ancak yönetici diyetisyen ve TB ekibinin güçlü bir iş birliği ve güçlü bir iletişimi ile gerçekleşebilir. Bu hizmetlerdeki başarı ise ancak yönetici diyetisyen ve üst yönetimin liderliği, desteği ve kalite ölçüleri içerisinde bir yönetim modeli izlemesi ile mümkündür. Toplu beslenme hizmetlerinin bu alanda eğitimli, bilinçli ve konunun uzmanı olanlarca organize edilmesi ve yönetilmesi bu hizmetlerin kalitesini kuşkusuz son derece farklı kılacaktır.

PSİKİYATRİK SAĞLIK SORUNLARI VE MEDYA İLETİŞİMİ

Doç. Dr. Demet SAĞLAM AYKUT
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Toplumlarda genellikle ruhsal bozukluğu olan bireyler garip, korkutucu ve daha tehlikeli olarak algılanmaktadırlar (1). Psikiyatrik hastalıklar ile daha önceden doğrudan karşılaşmamış kişiler için medya, özellikle de televizyon ruhsal hastalık kavramları ve imgeleri için temel kaynaktır ve toplum medyada gördüklerine, okuduklarına inanmaya meyillidir (2, 3). Ruh sağlığını ve hastalıklarını ilgilendiren tüm gazete ve televizyon yayınlarının tarandığı birçok çalışmada tüm yayınların üçte ikisine yakın bir kısmının ruhsal hastalığı olan kişilerin işlediği suç, şiddet davranışlarını içerdiği ve medyanın ruhsal hastalık ile suç ve şiddet arasında bir bağlantı kurulmasına sebep olduğu bildirilmiştir (4, 5). Tüm bunlar medyanın ruh sağlığı ile ilişkili konularda suç ve şiddete odaklandığı sonucunu göstermektedir (4). Medyanın ruhsal hastalıklar hakkındaki yanlış bilgilendirmesi toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin tutumunu olumsuz yönde etkilemekte, ruhsal hastalıkların damgalanmasını artırmaktadır.

Ruhsal bozukluğa sahip olan bireyin damgalama olmayan ve ayrımsız bir toplumda yaşaması için, o toplumun ruhsal bozukluklara yönelik bilgi ve anlayışının arttırılarak olumlu tutumların geliştirilmesi önemlidir. Halkın eğitimi, ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı azaltmaya yardım edecektir (6, 7). Medyanın toplumun ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olan bireylere bakışını yönlendirmedeki etkisi oldukça fazladır. Herkesin evine ulaşabilen medyanın toplumun farkındalığının artması için nasıl kullanılabileceği yönünde çalışılması gerekmektedir.

İntihar; İntihar bir halk sağlığı sorunudur. En etkili tedavisi önlemektir. İntihar bazı durumlarda bulaşıcı olabilmekte, hatta bir salgın halini alabilmektedir. Medyada intiharın sunumu özendirici olabilmekte ve bu da benzer intiharların artmasına yol açabilmektedir. İntihar haberlerine yönelik medyanın özendirmeden, normalleştirmeden kaçınması gerekir.

Kaynakça

1. De Mendonça Lima CA: The reduction of stigma and discrimination against older people with mental disorders: A challenge for the future. Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl 9:109-120, 2004.
2. Bryne P. Psychiatric stigma: Past, passing and to come. J R Soc Med 1997; 90: 618-621
3. Wahl OF. Mass media images of mental illness: A review of literature. J Community Psychol 1992; 20: 351.
4. Cutcliff e J R, Hannigan B. Mass media, “monsters” and mental health clients: Th e need for increased lobbying. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2001; 8(4), 315–321.
5. Walsh E, Gilvarry C, Samele C ve ark. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. Schizophrenia Research, 2004; 67:247–252.
6. Johnson BS. Introduction to psychiatric mental health nursing. In: Johnson BS, editor. Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia: Lipponcott- Raven Publishers; 1997. p. 4-6.
7. Üçok A. Damgalama karşıtı kampanyalar ve etkileri. Stigma, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. Taşkın EO, editör. İzmir: Meta Yayınları; 2007. s. 233-41.

DİYABET VE MEDYA İLETİŞİMİ

Prof. Dr. İnan ANAFOROĞLU
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi
Maslak Acıbadem Hastanesi

Diyabet tüm dünyada oldukça yaygın bir hastalık olarak görülmektedir; Dünya çapında 537 milyon diyabetli bireyin yaşadığı düşünülmektedir, buna göre her 10 kişiden birinin diyabetik olduğunu varsayabiliriz. Türkiye'de ise yaklaşık 9 milyon diyabetli birey bulunmakta. Türkiye, Dünya'da diyabetin hesaplanan ortalama hıza göre en hızlı arttığı ülkelerin başında gelmekte, dolayısı ile bu sayıların önümüzdeki yıllarda çok daha yüksek olacağını varsayabiliriz; Dünya'daki toplam sayının 2030 yılına kadar 643 milyona, Türkiye'de ise 13.4 milyon kişiye çıkacağı varsayılmaktadır. Diyabet tedavi maliyetleri yanında asıl olarak sebep olduğu komplikasyonlar açısından son derece önemli bir hastalıktır; 2021 yılında COVID-19 ile ilişkili ölüm riskleri hariç tutulduğunda, 6.7 milyon yetişkinin diyabet veya komplikasyonları nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Bu oranın ise diğer tüm nedenlere bağlı ölümlerin onda birinden fazla olduğu ortadadır.

Günümüzde bilgi akışı internet ortamı sayesinde çok hızlı olmaktadır. Bilgilerin başkalarına aktarılması olarak da tanımlayabileceğimiz "iletişim" için kullandığımız "medya" ise bilgilerin yayılması konusunda oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Diyabet hastalığının medyada rol alması farklı açılardan olmaktadır; diyabet alanında hizmet veren sağlık çalışanları ve kurumlarla, medya araçlarının bizzat diyabetli bireyler tarafından kullanılması. Bu kullanım çeşitli medya ortamlarında sağlık profesyonellerine yönelik tıbbi bilgilendirme yapan bilgi siteleri veya telefon-tablet uygulamaları şeklinde olabilirken, bazen de bizzat sağlık profesyonelleri tarafından hastalara yönelik bilgilendirme amacıyla da olabilmektedir. Ayrıca diyabetli bireyler tecrübelerini paylaşıp, diğer hastalarla iletişim kurup, zaman zaman hastalıkları ile ilgili ihtiyaçlarını duyurabildikleri medya ortamlarında da iletişim gerçekleşebilmektedir. Örneğin sağlık profesyonelleri güncel çalışmaları, hastalık ve tedavisi ile ilgili yeni gelişmeleri ve dünyanın geri kalanında işlerin nasıl yürüdüğünü internet ortamında öğrenebilirken tedavisini yeni düzenledikleri bir hastanın kan şekeri ölçümlerini telefon/e-mail/whatsapp gibi klasik iletişim yöntemleri ile hastanın bildirmesinin yanında hastanın kan şekeri ölçüm cihazına doğrudan internet ortamında ulaşarak da izleyebilmektedir. Ya da bir diyetisyen hastasının günlük yediklerini not alıp kendisine iletmesini isteyerek hastasının diyetini düzenleyebilmektedir, ayrıca kalori sayımı-karbohidrat sayımı yapan bazı uygulamalar da özellikle insülin kullanan hastalar için son derece faydalı olabilmektedir. Bunun yanında örneğin tip 1 diyabetli çocukların sürekli glukoz ölçüm sensörlerine ücretsiz ulaşmalarını sağlamak için "Twitter" ortamında düzenlenen bir kampanya ile bazı illerimizde valilikler bu cihazları karşılamaya gönüllü olabilmektedir. Ya da tüm Dünya'da 'Dünya Diyabet Günü' olarak kutlanan 14 Kasım'da sosyal medyanın her kanalında

(televizyon, gazateler, Twitter, Instagram, Facebook gibi) diyabetle ilgili bilgilendirme yazıları yer alabilmektedir. Bazen de hastaların kendi aralarında oluşturdukları gruplarda hastalar tecrübelerini paylaşabilmektedir. Yine bir takım profesyonellerce kurulmuş olan sitelere girip randevu alacakları doktorun özgeçmişi hakkında ve daha önce o doktorlara muayene olan hastaların tecrübelerine göre doktor seçimi yapabilmeleri mümkün olmaktadır.

Sosyal medyanın bu gibi faydalarının yanında kontrolsüz olması ve bilgilerin çok hızlı yayılabilmesi ve yayımlanan bilgilerin geri alınmasının neredeyse imkansız olması sebebiyle bazı sakıncaları da olabilmektedir. Mesleğini kötüye kullanma pahasına diyabeti kalıcı olarak tedavi ettiğini ileri sürerek kendi hazırladığı "bitkisel" ilacının reklamını yapanlar, endikasyonları biraz da "geniş" tutarak tüm diyabetli hastaları metabolik cerrahi ile iyileştirebileceğini ileri sürenler, diyetin aslında en önemli kısmını oluşturan karbohidratları tamamen yasaklayıp hastalarına ketojenik diyet önerip böylece hastanın insülinini kesebileceğini iddia edenler de özellikle reklam amaçlı kullandıkları sosyal medyada çok geniş oranda kendilerine yer bulabilmektedir maalesef.

Burada bu tür davranışların yaptırımının çok çok sınırlı olması, bu gibi yanlış uygulamaların kontrolünün ve engellenmesinin zorluğu, etik kuralların gözden kaçırılmasını ya da görmezden gelinmesini kolaylaştırmaktadır.

Meslek odaları tarafından hekimlik icrası sınırları belirlenmiş olmasına rağmen her geçen gün bu tip örneklerin çoğaldığını görmekteyiz.

Medya iletişiminin Hastalıkları Kontrol Merkezi (CDC)'ne göre faydaları şu şekilde özetlenebilir; Sosyal medya ile sağlık ve korunmayla ilgili bilgiler daha hızlı yayılarak hedef kitle ile iletişim güçlendirilebilir. Böylece sağlıklı bilgilerin ulaştığı kişi sayısı artırılabilir. Hedef kitleye uygun mesajlarla motive edici etki artırılabilir.

Sonuç olarak medyanın hastaların karar verme süreçlerini doğrudan etkileyen bir iletişim yolu olduğunun unutulmaması, kontrolsüz ve bilinçsiz kullanıldığı takdirde birçok olumsuzluğa sebep olabileceği hatırlanmalıdır.

PANEL - ÖZEL GRUPLARDA İLETİŞİM

KRONİK SAĞLIK SORUNU OLAN ÇOCUKLA İLETİŞİM YOLLARI

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ÖZASLAN
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı

Çocuklar ve aileleri biyolojik, psikolojik ve sosyal sistemlerin içerisinde yer almaktadır. Bir çocuk kronik bir hastalıkla karşı karşıya kaldığında bu sistemler farklı şekillerde etkilenmektedir. Çocuğun biyopsikososyal iyilik haline kronik hastalıkların etkisi, yaş, cinsiyet, bireysel özellikler ve sosyal destek mekanizmaları gibi birçok değişkene bağlı farklılık göstermektedir. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda çocuk ve tedavi ekibi arasında kurulan terapötik ilişkinin de çocuğun iyilik haline katkı sağladığı gösterilmiştir. Etkili iletişim, hekim ve hasta arasında güçlü bir terapötik ilişkinin oluşmasında kritik bir öneme sahiptir. Yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da etkili iletişim, ağrı yönetimi ve daha iyi psikolojik uyumla ilişkilendirilmiştir. Çocuklar ve gençlerle etkili iletişim kurarken kullanılan yöntemler yaş dilimlerine göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin kronik hastalığı olan bir ergen, hekimi ya da yardımcı sağlık personelini özgürlüklerine müdahale eden kısıtlayıcı bir otorite figürü olarak görebilirken, okul çağında bir çocuk rol model olarak değerlendirebilmektedir. Bu durumda kaliteli bir iletişim kurabilmek için hastanın gelişimsel dönem özelliklerini dikkate almak oldukça önemlidir. Okul öncesi dönemdeki çocukların sağlık sorunlarıyla ilgili çocuklara ayrıntılı bilgi vermek onların kaygılarını artırabilir. Bu nedenle hastalık ve tedaviyle ilgili süreçlerde ebeveynlerle daha yoğun işbirliği önerilir. Ancak hastalığıyla ilgili çeşitli kaynaklardan bilgi edinmiş ergenlere hastalık ve tedavi süreciyle ilgili yüzeysel bilgi vermek, ebeveynlere ayrıntılı açıklama yapmak ergenin hekime olan güvenini zedeleyebilir, etkili bir iletişim kurmasına engel olabilir. Özellikle ergenler, kendi tedavi protokolleri üzerinde karar verme sürecine dâhil olabilmek için de sağlık çalışanlarının ebeveynleriyle olduğu gibi kendileriyle de etkili iletişim kurmalarını beklemektedir. Bazı kronik sağlık sorunları sık ya da uzun süreli hastane yatışı gerektirebilmektedir. Oyun çağındaki bir çocuğa hastaneye yatış bilgisinin 1-2 gün önce verilmesi uygunken; okul çağındaki çocuklara yaklaşık bir hafta önceden söylenmesi daha yerinde bir yaklaşımdır. Ergenler ise genellikle tedavi planlamasına dâhil olduklarında en iyi şekilde tepki verirler. Yataklı serviste çocukla ilgilenen sağlık ekibi, aile ve çocuk arasındaki iletişimin kalitesi oldukça önemlidir. Yapılan araştırmalarda sağlık ekibi, aile ve çocuk arasındaki iletişimsel kopuklukların hastanede yatış süresini uzattığını göstermektedir. Ayrıca sağlıklı olmayan iletişimin sağlık personelinde tükenmişliği artırdığı gösterilmiştir. Kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerle sağlıklı etkili iletişim için dönem özelliklerini dikkate alan stratejiler geliştirilebilir. Örneğin oyun çağındaki bir çocukla doktorculuk, hemşirelik gibi sağlık alanıyla ilişkili oyunlar kurulması, çocukların uygulanması planlanan işlemler hakkında bilgi edinmesini kolaylaştırabilir ve sağlıklı bir iletişim kurulmasında rol oynayabilir. Benzer şekilde bandaj yapmak, kan şekerine bakmak gibi tıbbi prosedürlerin uygulanmasında verilecek basit görevlerle ergenlerin tedavi sürecine dâhil edilmesi etkili iletişim için uygulanabilir yöntemlerdir. Bu panelde sağlık çalışanlarıyla kronik sağlık sorunları olan çocuk ve ergenler arasındaki ilişkide etkili iletişimin rolünden bahsedilecektir.

PANEL - ÖZEL GRUPLARDA İLETİŞİM

ENGELLİ HASTAYLA İLETİŞİM

Doç. Dr. Arzu ERDEN
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Tanım: Engelli, doğuştan veya sonradan meydana gelen hastalıklar veya kaza sonucu oluşan sakatlıklar (vücudun görsel / işlevsel/ zihinsel/ ruhsal farklılıkları) öne sürülerek, toplumsal/ yönetsel tutum ve tercihler sonucu yaşamın birçok alanında kısıtlanan, engellerle karşılaşan kişi demektir.

Uluslararası İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Sınıflandırılması (ICF):

Sağlık ve özrü bireysel ve toplumsal düzeyde değerlendiren bir kavramsal çerçevedir. 2001 yılında DSÖ'ye 191 üye devletin katılımı ile gerçekleştirilen toplantıda resmi olarak yapılandırılmıştır. ICF bozukluğu nedeni her ne olursa olsun önemsemeden bireylerin toplumdaki fonksiyonelliğini ölçmek için önemli bir araç olarak geliştirilmiştir.

ICF modellerin bütünleşmesine dayanır. İşlevselliğin çeşitli boyutlarının birleştirilmesi için 'biyo-psiko-sosyal' yaklaşım kullanılmıştır.

- Hedef Kitle:
- Bedensel
- Görme
- İşitme
- Konuşma ve dil
- Psikiyatrik/ psikolojik sorunlar
- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite
- Öğrenme güçlükleri
- Nörolojik bozukluklar
- Otizm, asperger sendromu ve diğer engel grupları ise süreğen rahatsızlıklardır.

Bununla birlikte alt gruplar da değerlendirilmektedir. Bunlar:

- Yaşlılar
- Sporcular
- Çocuklar
- Kadınlar

- Yoğun bakım
- Görme yetersizliği olanlar
- İşitme yetersizliği olanlar
- Nörolojik
- Ortopedik gruplardır.

İletişim iki unsura sahiptir: Sözlü ve sözsüz iletişim. Sözsüz iletişim sözcüklerle değil, hareket ve davranışlarla gerçekleşen bir iletişim türüdür. Sözlü eğitimi pekiştirmek amacıyla kullanılmakta ve böylece kişilerarası iletişimde duygu ve tavırları düzenleyerek sözlü iletişimi desteklemektedir.

Sözsüz İletişimi Sözlü İletişimden Ayıran Yönler

Sözsüz iletişim devamlıdır. Sözcük kullanımı olmadığından hiçbir zaman yanlış anlaşılma durumu ortaya çıkmaz. Sözsüz iletişim, duygunun başlıca ifade edicisidir.

Sözlü iletişim, Sürekli değildir. Kişilerin kullandıkları cümleler karşılıklı yanlış anlaşılmalara yol açabildiği için doğru kelime seçilmediğinde tartışma ortamı oluşması olağandır. Bilginin temel ileticisidir.

Sözsüz-Sözlü İletişimin Nörolojik Ayırımı

Sözlü iletişim

-konuşma,

-dil

-analitik düşünceyi içerir.

Sözsüz iletişim

-kişileri ve yüz ifadelerini algılama,

-zaman, melodileri algılama,

-ağırlık algılama,

-duyguyu algılama

-kendini fark etme

-beden farkındalığı alt boyutlarını içerir.

Engelli Bireyle Sözsüz İletişim Yolları

Ses tonu

Dokunma ve Yakınlık

Yüz ifadesi

Göz teması

Hareketler

Duruş

Giyim kozmetik

Dinleme

Sessizliğin kullanımıdır.

İlk 40 saniyede gözlenen sözsüz iletişim tipleri: Göz hareketleri, baş sallama, gülümseme, yakın durma, dokunmadır.

Dokunma ve Yakınlık: Tedavi sürecinde gerek müdahale esnasında gerekse güven duygusunu pekiştirmek amacıyla dokunma duyusunu önemlidir.

Dokunma Lokalizasyonu:

Bir çocuğun başını okşaması gibi bir yaşlı hastanın elini samimi bir şekilde tutması hasta ile olan yakınlığın tedavi başarısı üzerindeki etkisini ortaya koyabilmektedir. Bazen olumsuz etkiler de oluşturabilir. Hastasının omzuna elini koymak destek vermek anlamına gelebileceği gibi bir üstünlük belirtisi olarak da algılanabilir ve güven kaybına sebep olur. Distal bölgeden temas etmek sunulması istenen güven duygusunu kazandırmada daha etkin bir dokunma biçimidir. Özellikle hastayla ilk görüşmede mümkün olduğunca tedavi gerekliliği dışında el teması kurmamak hastada oluşabilecek olumsuz düşünceleri en aza indirgemek açısından önemli bir ayrıntıdır.

Benlik Saygısı:

Örnek Durum 1:

Bir hastanın eşyalarına dokunmak hastadan algılanan: ona bir kurtarıcı olduğumuz hissini de verebilir;

Örnek Durum 2:

Elbiselerini bir yere dikkatsizce atmak veya ayakkabılarını bir ayağıyla dışarı doğru itmek hususunda hastadan algılanan karşı tarafın dikkatsiz olduğu ve önemsenmeme hissidir. Bu durumlar anksiyete, güven kaybı ve tedaviyi rette sebep olabilir.

İlgili bakış, Gülümseme, Bakışları kaçırma, Somurtma sonuçları:

Sonuç 1: Hasta uyum sağlar ve talimatlara ve tavsiyelere uyma konusunda motive olur.

Sonuç 2: Hasta demotive olur. Tedaviyi reddedebilir.

Göz teması

İlgi ve Hastaya saygı

İleri eğilip, kafayı başın önüne doğru sallayan, dikkatle dinleyen ve göz temasını sürdüren bir sağlık personeli Hastadan uzakta duran, belli belirsiz göz teması kuran bir sağlık personeli arasındaki fark oldukça farklı geri dönüt sağlar.

Hareketler ve Duruş

Bu iletişim tekniği iki sözsüz mesaj arasındaki uyuşmazlık olarak tanımlanabilir.

Örnek Durum: Sağlık Profesyonelinin yüz ifadesi güven uyandırabilir; ancak parmakların dokunuşu sinirli bir temas hissettirebilir.

Postür gerginlik veya rahatlığı ifade eder (Strongman 1979).

Örnek Durum: Hasta, sağlık profesyoneli ile

Yan yana oturma >Yüz yüze

Altta yatan neden: Yüz yüze duruş rekabet ya da tartışmayı çağrıştırdığı gibi yanyana duruş hastada işbirliğini çağrıştırmaktadır (Strongman 1979).

Ancak bazı tedavi yöntemleri böyle bir pozisyona ihtiyaç duyar.

Baş hareketleri: Cesaretlendirici, Destekleyici

Zamanlama

Örnek durum: Sağlık Profesyonelinin hastasının sözü bitmeden başını yukarıya doğru kaldırması:

Mesaj: Hastanın motivasyonunu düşürebilir. Söylemek istediğinden farklı şeyler söylemesine ya da tedaviden çekilmesine neden olabilir.

Öneri: Sağlık profesyoneli katılmasa bile hastasını dinleyebilmeli, çok uzayan hasta ifadelerini sıklıkla söz keser gibi değil konudan uzaklaşmamak adına yapılan özetleme olarak nazikçe ifade etmelidir.

Giyim kuşam, makyaj

Kötü görünüm: Azalan motivasyon, Depresyon veya bunların bir kombinasyonu.

Jones-Barlock, elbisenin kişinin nasıl hissettiğinin önemli bir göstergesi olduğunu buldu.

İnsanlar genellikle ilk izlenimi onuncu saniyede edinirler (O'Conner- McDermott).

Etkili dinleme şekli

Gözlerin başka yöne bakması

Öne doğru hafifçe eğilme:

Mesaj: "Sizin için buradayım."

Etki: Bu davranış hastaların rahatlamasını sağlar.

Hikaye almada beden dili

Sağlık profesyoneli hastasının rahat olduğundan emin olmalı ve tedavi seansına hazır olmalıdır. Hastayı anlamanın en iyi yolu onu rahatlatmaktan geçer. (Talley- O'conners s.2 ve 32). Uyumlu olmak sağlık profesyonelinin istekli olduğunu gösterir. Uyum insanlarla uzlaşma, anlayış ve karşılıklı güvene dayalı bir ilişki kurma faaliyetidir. İnsanlar kendilerine benzeyen insanlardan hoşlanırlar ve onların yanında rahat ederler. Kendini rahat hisseden de dış dünyaya olumlu izlenim bırakır. Bu nedenle sağlık profesyoneli hastasıyla aynı tarafta olduğunu hissettirmelidir.

Soru Sorarken Kullanılmaması Gereken İfadeler

'NEDEN'' ile başlayan sorularla başlanmamalıdır. Soru içinde soru sorulmamalıdır.

Cevabı almadan diğer soruya geçilmemelidir.

Örnek:

"Neden artık yürüyemiyorsunuz? bunun yerine; Yürüyüşünüzü zorlaştıran nedir?" sorusu sorulmalıdır. "Neden artık araba kullanamıyorsunuz? bunun yerine; Araba kullanmanızı engelleyen nedir?" sorusu sorulmalıdır.

Sözlü iletişim Bariyerleri

Teknik sözcüklerle dolu bir dil kullanmak,

Kendi kendine konuşmak,

Mırıldanmak,

Hastanın sözünü kesmek,

Emir vermek, gözdağı vermek,

Ahlak dersi vermek, yargılamak, suçlamak,

Düşünceye saygısızlık etmek,

Aşırı övmek / fazla güven vermek, sözünü kesmek,

Konuyu saptırmak,

Alay etmek,

Sık sık öğüt vermek hastanın konuşmasını engelleyen ya da sınırlayan davranışlardır.

Emir verme örneği:

Hasta: Bu egzersizleri yapmaktan nefret ediyorum. Bana iyi geldiğine de inanmıyorum.

Fizyoterapist: Ben size dur diyene kadar devam edin. Bırakın buna ben karar vereyim.

Gözdağı verme örneği:

Hasta: Acaba bel ağrım geçecek mi?

Fizyoterapist: Umudunu yitirirsen hiç iyileşemezsin. Hasta: Hiç mi? Fizyoterapist: Hem de felç olursun!

Ahlak dersi verme örneği:

Hasta: Elektrik Stimülasyonu yaptırmak istemiyorum. Canım yanıyor!

Fizyoterapist: Kocanın hatırı için razı olmalısın!

Sözlü iletişim Bariyerleri

Yargılamak/suçlamak örneği:

Hasta: Son zamanlarda biraz kilo aldım.

Fizyoterapist: Bunun için hiç kimseyi suçlayamasın.

Hasta: Elimden bir şey gelmiyor?

Fizyoterapist: Ben ye dedim mi? Ha!

Düşünceye saygısızlık örneği:

Hasta: Baston kullanmak istemiyorum. Herkes benim sakat olduğumu düşünecek.

Fizyoterapist: Saçmalama! Boş yere kaygılanıyorsun.

Söz kesme örneği:

Hasta: Yaşamım boyunca kendi kendime baktım. Şimdi başkalarına muhtaç olmak beni çok üzüyor. Fizyoterapist: Tamam Harun Bey, hadi şimdi ayakta durmaya çalışalım, yürüyün.

Beden dilinde eller: Beynin ağzı ellerdir, ellerin düzeni vücuda bağlıdır.

Öneri: Sağlık profesyoneli hastasıyla iletişim halinde iken ellerini açık konumda tutarak huzurlu olduğunu göstermelidir. El sağlık profesyonelinin bedensel olarak var olma aracıdır. Düşüncesini elleri aracılığı ile ifade eder. Bazen hastaların iç dünyalarına elleriyle dokunur. Parmakların pozisyonu da ruh haliyle ilgili bilgiler içerir. Örneğin başparmağın yukarı kaldırılması her şeyin yolunda olduğunu gösterir.

Sağlık profesyoneli, bazı durumlarda (örneğin, kötü kişisel hijyene, morbid obez bir hastaya tepki vermeye veya alışılmadık bir kişisel görünüme tepki verme) hastayla ilgili kendi önyargılarının beden dili ile yüz ifadesi yoluyla hastalara yüksek sesle söylenmesi gibi yansıyabileceğinin farkında olmalıdır. Hastalardan aldığı sözsüz ipuçlarını kullanmalıdır. Ağrı düzeyleri hakkında genellikle kendilerini sıkmaları gibi, basınç veya hareketle ortaya çıkan sözlü olmayan bilgiler verirler. Sağlık profesyoneli, birçok yönden, özellikle de dil ve sözlü iletişim engelleri olan hastalar için değerlendirme ve tedavi sırasında bu ipuçlarını kullanmalıdır.

Hasta ile İletişimde Zor Anlar

Potansiyel tartışma nedenleri	- Sağlık profesyonelinin hedef ve beklentilerinden farklı olan hasta hedefleri ve beklentileri. - Profesyonel ve kişisel ilişkilerde sınır koyamama - Farklı kişilikler, stiller ve değer yargıları
Tartışma ortamı oluşmaması için	-Sağlık profesyoneli hedefleri ve beklentileri açıkça ortaya koymalı -Hastayı dikkatli dinlemeli ve saygılı olmalı -Hastanın potansiyelini belirleyebilmeli
Tartışmayı yönetebilme	-Öfke, korku ya da savunmadaki duyguların hastayla konuşmaya başlamadan önce ortadan kaldırılmasına izin verecek uygun bir zaman ve yer bulmak - Sorunu nasıl çözeceğine ilişkin saygılı bir tartışmaya girmek için hasta veya durum hakkındaki önyargıları bir kenara koymak. -İletişim durumu uygun olduğunda, üzerinde anlaşmaya varılan belge, çözümleri ve / veya planlarını yeniden müzakere etmek. - Bir çözüme ulaşılamadığında, hastanın devam eden güvenli ve etkili tedaviye duyulan gereksinimden ödün verilmemesini sağlayan durumdan yumuşak bir geçiş yapmayı planlamak.
Dökümantasyon	Hastanın tedavisinin herhangi bir şekilde etkilendiği durumlarda, açık ve eksiksiz belgeleme gereklidir: Durumun gerçekleri, sorunu çözmek için alınan önlemler ve çözümler veya ikili anlaşmalar.

İletişim kusurları sebebiyle oluşan olumsuzluklar, yanlış ve eksik bilgilenme, hatalı tanı, hekim tercihinin hasta beklenti ve istekleriyle örtüşmemesidir.

Literatürde Tanımlanan Başlıca Bariyerler

-Büyük puntolu veya Braille materyalleri ve işaret dili tercümanları gibi alternatif iletişim yöntemlerinin eksikliği,

-Konuşma veya işitme engelli birçok kişinin, hekimlere telefonla ulaşmada güçlük,

-Eğitilmiş personel azlığı hekimlerin bu grup hastalarla yazılı iletişim kurma girişimlerinden kaynaklanan anlayış boşlukları,

-Hastaların anlamadığı tıbbi terminoloji kullanımı olarak tanımlanmış.

Hastanın bir sağlık çalışanından diğerine devredilmesinde kullanılan iletişim teknikleri arasında SBAR, I PASS the BATON, 5 P's, HANDOFFS öne çıkmaktadır.

2011 Dünya Engellilik Raporuna göre engelli bireyle iletişimde etkili iletişim kaliteli sağlık hizmeti için önemli bir gereklilik olarak vurgulamıştır. 8.4% oranındaki engelli bireylerin klinisyenlerle engeli olmayan bireylerden daha fazla iletişim problemi yaşamaktadırlar. Bireylerin en büyük sorunları, doktorların hastaların tercihlerini dinlememesi veya onları karar verme sürecine yeterince dahil etmemesi olduğunu belirtmişlerdir.

Diğer bir çalışmaya göre engellilerin etkisiz hasta-hekim iletişimini yaşamasının başlıca sonuçları: mevcut sağlık durumundan ödün verme, ikincil sağlık koşullarına başvurmadır.

Öneri olarak hekim eğitimi, sağlık tesisi çevre değerlendirmesi, telesağlık ve e-sağlık gibi teknolojilerin kullanımı gibi "engelli okuryazarlığı" mekanizmalarının dahil edilmesi gösterilmiştir.

Engelli Okuryazarlığı

Genel olarak sağlık okuryazarlığı için kullanılan yöntemlerin dahil edilmesiyle uygulanabilir. Rudd ve Anderson tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı çevresel değerlendirmesi, engelli kişilerden alınan geri bildirimler kullanılarak engelli kişiler için uyarlanabilir. Bu değerlendirme, sağlık tesislerinin sağlık okuryazarlığını değerlendirir ve navigasyon, basılı iletişim, sözlü bilgi alışverişi, teknoloji ve politika ve prosedürlerin alt bölümlerini içerir. Bu değerlendirme, TTY'nin kullanılabilirliğini, büyük harflerle veya Braille alfabesiyle yazılmış tabelaları, işitme engelli bireylerin tercümanlarının ve/veya eğitim almış personelin mevcudiyetini, tıbbi formları ve alternatif formatlardaki eğitim materyallerini, engelli erişimine uygun bilgisayarları ve tıbbi ve engelli kültürel konularda destek personeli. Sade bir dil kullanımında profesyonel eğitim ve destek personeli gibi yerleşik sağlık okuryazarlığı tekniklerinin de bu tür iletişimlere dahil edilmesi gerekecektir. Son olarak, internet koçluğu, telesağlık ve telerehabilitasyon gibi teknolojilerin alt yazı ve işitme lisanı gibi alternatif iletişim biçimleriyle kullanımı, ulaşım veya coğrafi kısıtlamalar nedeniyle sağlık profesyoneline erişemeyen engelli kişilere erişim sağlamak için kullanılabilir.

Engellilik ve Kültür

Engellilik kültürü: paylaşılan, uzun süredir devam eden sosyal baskıyı içeren bir kültür. Sanat, mizah, tarih, gelişen dil ve semboller, birleşik dünya görüşü, inançlar ve değerler, hayatta kalmak ve gelişmek için stratejileri içermektedir.

Temel kültürel değerler:

(1) İnsan farklılıklarını kabul etmeyi,

(2) Yardıma yönelik gerçekçi bir yönelimi,

(3) Çözümsüzlüğe karşı hoşgörüyü,

(4) Sakatlık mizahını,

(5) Gelişmiş bir gelecek yönelimini içerir.

Sakatlık kültürü, teşhislerin ötesine geçer ve sırf kusurlu, geçersiz (geçersiz) veya bir şekilde merhamete muhtaç olarak görüldüğü için toplum tarafından marjinalleştirilen tüm kişileri kapsar. Sağlık hizmeti sunucuları için kültürel yeterlilik konusundaki bilgi ve eğitim, çoğunlukla ırk ve etnik kökenle ilgili konulara odaklanmış, engelli topluluğuyla ilgili sorunları dışarıda bırakmıştır. Bununla birlikte, tüm kültürlerde olduğu gibi, etkin hasta iletişiminin olmaması, bilgi eksikliği ve engellilik kültürünün varlığının tanınmaması, sağlık hizmeti sunucularının bu toplum için ilgili ve önemli olan sağlık bakım konularını düşünmesini engelleyebilir.

Sonuç olarak hastaların her zaman konuşarak kendilerini rahat ya da güvenli hissettikleri düşünülmemelidir! Sağlık profesyoneli hastaların sözsüz ipuçlarına da tepki göstermeli ve onları düzenli olarak kontrol etmeyi unutmamalıdır!

SAĞLIK KURUMLARINA MÜRACAAT EDEN YETİŞKİN HASTALARA YÖNELİK ETKİN SAĞLIK İLETİŞİMİ İÇİN PRENSİPLER

Doç. Dr. Pınar SÖKÜLMEZ KAYA
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

İletişim hastalarımızla yaptığımız çalışmaların en önemli bileşenidir. İnsanlarla etkileşimimizin temel taşıdır. İnsanlar arasında iyi ve etkili bir alışveriş, diğer kişinin ne düşündüğünü ve nasıl hissettiğini görmelerine yardımcı olur. İnsanların birbirlerini daha iyi anlamalarına yardımcı olur ve sonuç olarak onları birbirine daha da yakınlaştırır.

Hasta merkezli iletişimin tanımları değişse de ortak temel bileşenler vardır. Epstein ve Street, Hasta merkezli iletişim: (1) hastanın bakış açılarını (endişeler, fikirler, beklentiler, ihtiyaçlar, duygular ve işlevsellik) ortaya çıkarmak ve anlamak, (2) hastayı kendine özgü psikososyal ve kültürel bağlamları içinde anlamak ve (3) bir Hasta sorunlarına ve hasta değerleriyle uyumlu tedavilere ilişkin ortak anlayış olarak tanımlamıştır. Hasta memnuniyetine odaklanan birkaç çalışma, memnuniyetle ilişkili belirli davranışları özetleyebildi ve bunları 2 kategoride gruplandırabildi: göreve yönelik davranışlar (örn. empatik olarak yanıt verme, ilgi gösterme ve hastanın temel endişelerini ele alma gibi değiş tokuşlar). Stewart ve Roter ile Roter ve arkadaşlarının etkileşim analizi içeren çalışmaları, görev davranışlarının hasta memnuniyetine daha önemli katkılar sağladığını, ancak etkili olması için bu davranışların aşırı yönlendirici olmamak da dahil olmak üzere hastanın bilgi almasına özen gösterirken, hasta merkezli terimlerle ifade edilmesi gerektiğini göstermiştir. Hasta anladı mı? Bilgiler hastanın inançları ve koşullarıyla uyumlu muydu?. Duygusal davranışlar da memnuniyetle ilişkilendirildi, ancak ilişki daha az güçlüydü. Göz teması ve dikkatle dinleme gibi sözel olmayan iletişim davranışları da hasta memnuniyeti artışı ile ilişkili idi.

Bir doktorun işinin sadece doğru teşhis koymak, sadece belirtiye odaklanıp doğru ilacı vererek onu ortadan kaldırmaya çalışmak olduğuna inanılırdı. Hastanın fikrini bile sormadan tedaviye kendisi karar vermek zorunda kaldı çünkü doktor "en iyisini bilirdi"; "uzman" idi. Genelde yapması gereken, vücudun acı çeken kısmını düzeltmekti. Hastayla iletişim kurmak, ona nasıl hissettiğini veya tüm prosedür hakkında ne düşündüğünü sormak zorunda değildi. Ancak işlerin o kadar basit olmadığını artık biliniyor. Hasta sadece tamir edilmesi gereken bir makine değildir.

Her hasta kendine özgü ihtiyaçları olan bir bireydir; bir kişi için önemli olan başka biri için önemsiz olabilir. Örneğin Bazı hastalar ağrıdan değil anestezi sürecinden korkabilir, bazıları ise sadece iğneye bakarak ya da kan nakli düşünerek paniğe kapılabilir; bazıları operasyondan kaynaklanan acı korkusu, bazı hastaların en büyük korkusu ise hastanenin kendisidir.

İyi iletişim çok önemlidir ve sağlık profesyonellerinin hastaların bireysel ihtiyaçları belirlemesine yardımcı olur. Neyse ki modern bakış açısı, doktorun (ve genellikle tüm sağlık profesyonellerinin) ve hastanın bir ekip olarak birlikte çalışması gerektiğini vurgulamaktadır. Tanıdan tedaviye, hatta yaşamın sonuna kadar tüm tedavi prosedürü aslında bir ekip çalışmasının sonucudur. Doktor bir teşhis koyacak ve aynı zamanda hastaya hastalık, tedavi seçenekleri, mevcut kaynaklar vb. hakkında bilgi verecektir. Hastaya herhangi bir sorusu, ihtiyacı veya herhangi bir açıklaması olup olmadığını soracaktır. Hastanın inançlarını, değerlerini, beklentilerini, kültürünü ve kişilik özelliklerini dikkate alacaktır.

Farklı hastaların hastalık hakkında farklı bakış açıları olabilir. Bazı hastaların kültürel veya dini inançları nedeniyle farklı tedavi seçenekleri kullanmasına izin verilmeyebilir ve doktorun buna saygı göstermesi gerekir. Diğer hastalar mevcut tedavinin yan etkileriyle baş edemeyecekleri için spesifik tedaviyi kullanmamaya karar verebilirler. Hastanın her zaman bir seçeneği olmasına izin vermek ve onun fikrini veya kararını dikkate almak çok önemlidir.

Hastaların aldıkları sağlık hizmetinin kalitesine ilişkin algıları, sağlık hizmeti veren klinisyenler ve ekibiyle olan etkileşimlerinin kalitesine büyük ölçüde bağlıdır. Hastalar ve sağlık ekipleri için etkili iletişim ve sağlık sonuçlarının faydalarını destekleyen çok sayıda araştırma verisi bulunmaktadır. Bir hastanın klinisyeni ile hissettiği bağ, sonuçta, onların bakımına katılım, tedaviye bağlılık ve hastanın kendi kendini yönetmesi aracılığıyla sağlıklarını iyileştirebilir.

Ancak, kronik hastalığı olan yetişkinlerin üçte birinin maliyet endişeleri nedeniyle reçeteli ilaçlarını yetersiz kullandığı tahmin edilmektedir; yine de bu bilgiyi doktorlarına iletemezler.

Örneğin, bir Sağlık Kalite Araştırması Amerikalıların: **%39'u** klinisyenin yapmak istediklerine katılmadığını (önerilen tedavi açısından), **%27'si** maliyet konusunda endişeli olduğunu, **%25'i** talimatları takip etmeyi çok zor bulduğunu, **%20'si** kişisel inançlarına aykırı olduğunu, **% 7** uygulama için anlamadığını bildirmiştir. Hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki ilişkinin kalitesi hasta için tedavi edici olabilir. Tüm tedavinin sonucunda iyileştirici ve önemli bir rol oynar.

Güven bu ilişkinin en önemli bileşenidir. Güven, satın aldığımız veya başkalarından talep ettiğimiz bir şey değil, kazandığımız bir şeydir. Başkalarının bize güvenmesini istiyorsak, önce onlara saygı duymalıyız. İyi bir iletişimci olan bir sağlık çalışanı, hastasına saygı duyar. Karşısında fikirleri, bakış açıları, duyguları olan bir insan olduğunu anlar; hasta aynı zamanda farklı bir kültürden gelen ve farklı bir geçmişe sahip bir kişi de olabilir.

İyi bir iletişim becerisi olan personel hastasını dinler. Onun sözünü kesmez ama aktif, vurgulu bir şekilde onun neden bahsettiğini anlamaya çalışır. Açık uçlu sorular sorar ve sadece hastalık hakkında değil, birey olarak hasta hakkında da bir şeyler öğrenmeye çalışır. Kendisiyle aynı fikirde olmasa bile hastanın bakış açısını anlamaya çalışır ve hastayı asla eleştirmez. Hastaya emir vermez, uyarmaz, yargılamaz veya ne yapması gerektiğini söylemez.

Pek çok iletişim becerisi vardır, bazıları diğerlerinden daha karmaşıktır ve hemen hemen hepsi

öğrenilebilir. Konuşma şeklimiz, hastaya bakış şeklimiz ve beden dilimizin nasıl olması gerektiği vs. hakkında bilgi edinebiliriz. Doktor doktordur ama onun da bir insan olduğunu her zaman hatırlaması gerekir. Hekim, hemşire, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı veya fizyoterapist olsun bir sağlık profesyonelinin mesleki becerilerini insani becerileriyle birleştirebilmesi çok önemlidir.

Bana göre şeffaflık sağlık profesyonellerinde bulunması gereken çok iyi bir silahtır. İyi bir sağlık uzmanı, hastaların onun içini görmesine izin verir; duygu ve düşüncelerini de ifade eder. Umursamıyorken umursuyormuş gibi davranmak iyi bir şey değildir ve hastalar tarafından kolayca fark edilebilir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin paylaştığı bilgiler hastanın anlayabileceği şekilde olmalıdır. Hastanın kafasını daha da karıştırabileceği için tıbbi jargondan kaçınması gerekiyor. Sağlık profesyonellerinin iyi bir iletişimi için kendini hastanın yerine koyması ve dünyayı hastanın gözünden görebilmesi gerekir ki hasta onun nasıl bir şey olduğunu anlayabilsin.

Bir hasta, doktorunun kendisine odaklandığını ve onun nasıl hissettiğini gerçekten önemsediğini fark ederse, doktoruna daha fazla güvenebilir; doktora daha fazla güvenirse, görüşünü dinleme ve tavsiyesini kabul etme olasılığı daha yüksek olacaktır.

Ayrıca tedavi planı konusunda hastanın görüş ve bakış açısını ciddiye almak hasta için oldukça terapötik bir şeydir. Tedavisine dahil olduğu hissine kapılır. Tedavisinde kendi rolü vardır. Tedaviye kendini adadığı için tedaviyi daha iyi takip edebilecektir. Neler olduğunu bildiği için tedaviyle daha iyi başa çıkabilecektir. İlaçların yan etkilerini, tedavinin olası engellerini, tedavinin ne kadar süreceğini, hangi seçeneklerin olduğunu, kaygısının, korkusunun ve belirsizliğinin azalacağını, doyumunu, özgüvenini ve duygusunu bildiği için kontrolü artacaktır.

Ayrıca hasta ve doktor arasındaki iyi bir ilişki ve iletişim, doktorun hayatını da olumlu yönde etkileyebilir. Aralarındaki etkileşimin dürüstlüğü ve gerçekliği, doktorun hastasına söylemesi gerekebilecek şeyler konusunda çok endişeli olmamasına yardımcı olur ve daha sonra, hatta yaşamın sonunda bile zor konular hakkında konuşmasını kolaylaştırır. Temel olarak, doktorun kaygısı ve gerilimi azalır ve tükenmişlik şansı azalır.

Hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim her zaman kolay değildir. Çoğu zaman sağlık profesyonelleri, hastalarla etkileşimlerinde farklı ve çelişkili duygulara neden olabilecek farklı ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Hastayı bilgilendirerek ve doğruyu söyleyerek üzülebilir ki bu pek arzu edilen bir şey değildir. Diğer yandan, hastanın gerçekte nasıl olduğunu söylememek gerçeği anlatmamış olur, bu da iyi bir şey değildir. Peki yapılacak doğru şey nedir? Hastayı bilgilendirmek mi yoksa korumak mı?

Yine, tüm insanların aynı olmadığını aklımızda tutmalıyız. Hastalıkları hakkında her şeyi bilmek isteyen ve talep eden bazı hastalar var. Öte yandan hiçbir şey bilmek istemeyen hastalar da var. “Bunun hakkında hiçbir şey bilmek istemiyorum. Ne söyleyeceksen çocuklarıma söyle” derler. Ayrıca büyük bir inkar içinde olan ve gerçeği bilseler bile kabullenemeyecekleri ya da olup biteni anlayamayacakları hastalar vardır.

"Biz" kelimesi çok güçlü bir silahtır... "Biz"e karşı "Ben" ifadesi. "Biz"i kullanarak hastanıza onun yanında olduğunuzu ve yalnız olmadığını göstermiş olursunuz. Hastalıkla birlikte bir ekip olarak savaşacağınızı ona gösteriyorsunuz.

Ayrıca, sessizlikle rahat olmayı öğrenmeliyiz. Sürekli konuşmak zorunda değiliz. Biri bize sorununu söylediğinde, biz sağlık uzmanları ona bir çözüm sunmak veya onu neşelendirecek bir şey söylemek isteriz çünkü onun acısını izlemekten rahatsız oluruz. Bu her zaman yapılacak doğru şey değildir. Hiçbir şey söylememeyi ve sadece diğer kişiyi dinlemeyi öğrenmemiz gereken zamanlar vardır. Sessizlik kelimelerin çok ötesine geçer.

Sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişim, çalışma ilişkilerinin kalitesini, iş memnuniyetini etkiler ve hasta güvenliğini derinden etkiler. Görevler ve sorumluluklar hakkında iletişim iyi yapıldığında, araştırma kanıtları hemşire devir hızında önemli bir azalma olduğunu, ve karşılıklı destek kültürünü kolaylaştırdığı için iş memnuniyetinin arttığını göstermiştir.

Yanlış Uygulama Riski: Huntington ve Kuhn'a göre, malpraktis iddialarının "kök nedeni" hekim ve hasta arasındaki iletişimin kopmasıdır. Davacı ifadelerini inceleyen önceki araştırmada, malpraktis iddialarının %71'inin bir doktor-hasta ilişkisi sorununun sonucu olarak başlatıldığını tespit etti. Yakından bakıldığında çoğu kavgalı hastalar hekimi umursamaz olarak algıladığı bulundu. Aynı araştırmacılar malpraktis olgularında dört kişiden birine davacıların %13 hekimin kötü dinlemediği, tıbbi bilgilerin kötü olduğunu gerekçe göstermiştir.

Son olarak, biz sağlık çalışanlarının da insan olduğunu ve er ya da geç hepimizin ölüm ve bilinmeyenden korkma gibi varoluşsal sorunlarla uğraşmak zorunda kalacağımızı anlamamız gerekiyor. Hastamızdan farklı bir şey olmadığımızı aklımızda tutmalıyız.

Özet

Araştırma kanıtları, bir sağlık ekibi üyesinin iletişim becerileri ile hastanın tıbbi tavsiyeleri takip etme, kronik bir tıbbi durumu kendi kendine yönetme ve koruyucu sağlık davranışlarını benimseme kapasitesi arasında güçlü pozitif ilişkiler olduğunu göstermektedir. Araştırmalar, klinisyenin açıklama, dinleme ve empati kurma becerisinin biyolojik ve fonksiyonel sağlık sonuçları ile hasta memnuniyeti ve bakım deneyimi üzerinde derin bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Ayrıca, sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişim, çalışma ilişkilerinin kalitesini, iş memnuniyetini etkiler ve hasta güvenliği üzerinde derin bir etkiye sahiptir.

Klinisyenler ve sağlık ekibinin diğer üyeleri, kariyerleri boyunca binlerce hasta etkileşimi yürütür. Diğer sağlık prosedürlerine benzer şekilde, iletişim becerileri öğrenilebilir ve geliştirilebilir. İletişim becerilerinin geliştirilmesi, bağlılık ve pratik gerektirir.

Etkili olmayan klinisyen-hasta iletişimini artan malpraktis riski, uyumsuzluk, hasta ve klinisyen memnuniyetsizliği ve kötü hasta sağlık sonuçları ile ilişkilendiren kanıtların zenginliği göz önüne alındığında, iletişim becerisi eksikliklerinin ele alınması gerekliliği son derece önemlidir.

Özetlemek gerekirse, sağlık profesyonellerinin -ister doktorlar, ister hemşireler, isterse diyetisyenler, isterse psikologlar- odaklanması ve gerekirse hastalarla olan iletişimlerini iyileştirmesi gerekir; temel olarak, bakımın insancıl yanını teknik yanıyla nasıl birleştireceğinizi, hümanist kimliklerini kaybetmeden nasıl profesyonel olunuru öğrenmeliyiz.

Kaynakça

1. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196:129–136
2. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 1995;152:1423–1433
3. Platt FW, Platt CM. Empathy: a miracle or nothing at all? J Clin Outcome Manage. 1998;5:30–33
4. Simpson M, Buckman R, Stewart M, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ. 1991;303:1385–1387
5. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5:302–311
6. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51(7):1087–1110.
7. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med.* 2005;61(7):1516–1528.
8. Epstein RM, Street RL., Jr . *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering.* Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2007. National Institutes of Health Publication 07-6225.
9. Tallman K, Janisse T, Frankel RM, Sung SH, Krupat E, Hsu JT. Communication practices of physicians with high patient-satisfaction ratings. *Perm J.* 2007;11(1):19–29.
10. Rowland-Morin PA, Carroll JG. Verbal communication skills and patient satisfaction: a study of doctor-patient interviews. *Eval Health Prof.* 1990;13(2):168–185.
11. Stewart ME, Roter DE, editors. *Communicating With Medical Patients.* Newbury Park, CA: Sage Publications; 1989.
12. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med Care.* 1987;25(5):437–451.
13. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits: mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med.* 2006;21(1):28–34.
14. Huntington B, Kuhn N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. BUMC Proceedings. 2003;16:157-61.
15. Beckman, H.B., Markakis, K.M., Suchman, A.L. and Frankel, R.M. (1994) The Doctor-Patient Relationship and Malpractice: Lessons from Plaintiff Depositions. Archives of Internal Medicine, 154, 1365-1370.

PANEL - SAĞLIK HİZMETLERİNDE TELETIP UYGULAMALARI

TÜBERKÜLOZ HASTALARINA YÖNELİK TELETIP UYGULAMALARI: SAMSUN ÖRNEĞİ

Dr. Derya ÖZTOMURCUK
Samsun Verem Savaş Dispanseri

Tüberküloz (TB) dünyada hala ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Hastalığın tedavisinin en az 6 ay sürmesi, hastaların günlük ortalama 10 ilaç içmesi, tedaviye başladıktan kısa süre sonra klinik şikâyetlerin gerilemesi, hastaların çalışamaması ve çevresi tarafından hastalığının duyulması ve dışlanma endişesi gibi nedenler yüzünden tedavide aksaklıklar yaşanmaktadır.

Ülkemizde 2006 yılından itibaren tüm TB hastaları için Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) uygulaması zorunludur. Günümüzde; tedaviye uyumu artırarak iş gücü ve zamandan kazanılmasını sağlayacak, Electronic Directly Observed Treatment (e-DOT), Tele DGT, Video DGT olarak adlandırılan dijital teknolojiler önerilmektedir. CDC'nin ve DSÖ'nün 2015 yılından itibaren önerdiği bu uygulama yeni bir hasta merkezli yaklaşım olarak adlandırılmıştır[1,2]. E-DOT; TB hastalarına ait gerçek zamanlı veya kaydedilmiş ilaç içme görüntülerine uzaktan erişim için elektronik teknolojilerin kullanılmasıdır. Samsun'da da 2018 yılından itibaren Video DGT, giderek artan sayıda hastaya uygulanmaktadır.

Bu uygulama sayesinde kazanımlarımız:

Sağlık çalışanının hastayla yakın ilişki kurması sonucunda her gün hastaya ne hissettiğini sormasına, ilaçları almadan önce kontrol etmesine ve de yan etkileri erkenden fark etmesine olanak tanır.

- İş gücü ve zamandan tasarruf sağlanır.
- Hastanın sosyal endişeleri giderilir.
- Hasta, istediği yerde ve istediği zamanda ilaç içme olanağı bulur (çalışanlar istediği saatte, öğrenciler okuldan sonra, işçiler öğlen tatilinde vb)
- İl dışına okumaya/çalışmaya gidenlerde kesintisiz DGT sağlanmış olur
- Yol parası vs sorunu yaşamaz
- Daha az stigma/dışlanma riski olur
- Hastanın şartlı nakdi yardımı alabilmesine katkı sağlanır.
- Tedaviye uyumu artırır.

1 Emerging Infectious Diseases, 2016

2 Emerging Infectious Diseases, TB tedavisinde VGT ve digital teknolojilerin etkisi hakkında sistematik review-2018*

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE TELETIP UYGULAMA ÖRNEKLERİ

Doç. Dr. Özlem TERZİ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Teletıp, "hasta bakımı konusunda tavsiye aramak veya vermek için gerektiğinde uzaktan tıbbi uzmanlığı kullanmak ve bunlara erişmek" olarak özetlenebilir. Tıp alanında telekomünikasyon teknolojileri, uzak bölgelerde yaşayan hastalara sağlık hizmeti sunumunu kolaylaştırmak ve sağlık uzmanları arasında bilgi alışverişini sağlamak amacıyla yola çıkmıştır. Ancak COVID-19 pandemisiyle birlikte bir sağlık kuruluşuna gitmeden bireyin sağlık hizmeti alma gerekliliği olan her durum için uygulama alanı bulmaya başladığını görmekteyiz.

Sağlıkla ilgili hizmetlerin ve bilgilerin telekomünikasyon teknolojileri aracılığıyla sunulmasını ifade eden telesağlık, daha geniş bir kapsama sahiptir. Telesağlık hizmeti, iki sağlık uzmanının bir vakayı telefonda tartışması kadar basit veya iki ayrı ülkedeki sağlık bakım sağlayıcıları arasında video konferans kullanmak kadar sofistike, hatta robotik teknolojiyle ameliyat kadar karmaşık olabilir. Teletıp sayısız teknoloji çözümünü tanımlamak için kullanılmaktadır. Örneğin, doktorların hastalarla iletişim kurmak, ilaç reçetesi sipariş etmek ve diğer sağlık hizmetlerini sağlamak için e-posta kullanması gibi.

"Neden teletıp?" sorusunun cevabı sağlık hizmetine erişebilir olmaktan geçmektedir. Dünyanın dört bir yanında, ekonomik ya da erişim güçlüğü gibi nedenlerle sağlık kurumlarına ulaşamayan kişiler iletişim teknolojilerini kullanarak sağlık arayışına girmeye başlamıştır. **Çevrimiçi sağlık bilgisi arayan yetişkinlerin oranı 2008 ile 2017 arasında iki katından fazla artmıştır.** Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)'nün "eHealth" hakkında yayınladığı üç raporda ortaya çıkan tabloya göre, en çok teletıp kullanılan bölgelerin **Amerika, Avrupa ve Batı Pasifik** olduğu saptanmıştır.

Teletıp ve telebakım, standart telefon ekipmanından, karmaşık tarayıcılara ve iletişim uydularına kadar değişen derecelerde teknoloji kullanan çok çeşitli uygulamaları kapsamaktadır. Bazı uygulamalar video konferansı veya sadece bir telefon kullanarak "canlı" veya "etkileşimli" iletişimi kullanırken, diğerleri "sakla ve ilet" özelliğini kullanır.

Teletıp seviyeleri ve türleri

Dört teletıp seviyesi şunlardır:

Seviye 1 - Tıbbi verileri telefon hatları üzerinden aktarmak için e-posta veya faks kullanma;

Seviye 2 - Elektrokardiyogram şeritleri, patoloji slaytları ve/veya X-ışınları gibi hareketsiz görüntülerin iletilmesi veya "sakla ve ilet";

Seviye 3 - Eşzamanlı, etkileşimli, görsel-işitsel iletişimlerin iletilmesi. Bunun için uydu, telefon ve mikrodalga veya internet teknolojisi gereklidir;

Seviye 4 - Uzaktan palpasyon ve rehberli robotik cerrahi

Uygulama kapsamı

Teletıp, uzman tavsiyesine erişmek için kullanılabilir ve şu alanlarda halihazırda kullanılmaktadır: kardiyoloji, dermatoloji, endoskopi, ev izleme, hastalar ve bakıcılar için bilgiler, klinisyenler için sürekli eğitim, toplum hemşireliği, oftalmoloji, patoloji, radyoloji ve görüntüleme ve psikiyatri. En yaygın kullanılan alan ise telepsikiyatri olmuştur.

Teletıp uygulamalarının kategorileri ve örnekleri

Kategori	Örnekler
Hasta bakımı	Radyoloji konsültasyonları; ameliyat sonrası izleme; acil hasta triyajı
Profesyonel eğitim	Sürekli tıp eğitimi programları; çevrimiçi bilgi ve eğitim kaynakları; bireysel rehberlik ve öğretim
Hasta eğitimi	Uzun süreli rahatsızlıkları olan hastalar için çevrimiçi yardım hizmeti
Araştırma	Birden çok siteden verilerin toplanması; birden fazla sitede araştırma yürütmek ve koordine etmek
Halk Sağlığı	Dezavantajlı gruplar için bakıma erişim; zehir kontrol merkezleri; raporlama
Sağlık yönetimi	Entegre sağlık sistemlerinin yöneticileri için video konferanslar; kalite izleme

Teletıp avantajları

Kronik hasta, hamile, yaşlı veya bağışıklığı baskılanmış kişiler gibi seyahat kısıtlılığı çekenler için erişim kolaylığı,

Taşıt ve otopark bulma, muayene sırası bekleme sorunlarının ortadan kalkması,

COVID-19, grip ve benzeri hastalık etkenlerine maruz kalma riskini azaltması,

Yüz yüze erişim veya klinik faaliyetlerden daha ucuz olması,

Taburcu olduktan sonra video-bağlantı teknolojisi aracılığıyla düzenli uzman danışmanlığı almanın, katılımcıların yaşam kalitesine fayda sağlaması,

Takip aralıklarının azaltılması,

Evde bakım işbirliğinde ya da basamaklar arası bakım profesyonelleri arasındaki iletişimde önemli bir rol oynama,

Spinal cord hasarı gibi ağır fiziksel engellilerde psikososyal alanda destek sağlama,

Sağlık profesyonelleri için eğitim fırsatları,

Teletıp dezavantajları

Kötü altyapı ve telekomünikasyonun yetersiz düzenlenmesi.

İletişim hizmetlerinin maliyetleri,

Teletıp kullanımını düzenleyen politikalar/protokoller,

Teletıp uygulamak için lisans düzenlemeleri,

Bakım kalitesini koruyamamak,

Mesleki düzenleme faaliyetleri ve sağlık politikalarının uygulanması,

Devletler içinde ve arasında teletıbbın yasal statüsüne ilişkin belirsizlikler nedeniyle olası tıbbi uygulama hatası sorumluluğu,

Hasta kayıtlarına yetkisiz erişim nedeniyle gizlilik ihlali,

Hasta/sağlık profesyoneli ilişkisinde bozulma. (İletişim arızası, kişilerarası becerilerin zayıf olmasının yanı sıra teletıp teknolojisine hakim olamamaktan da kaynaklanabilir.)

Fiziksel ve zihinsel faktörler nedeniyle "duyarsızlaşma" (Yeni ve farklı konsültasyon süreçleri, teknik zorluklar nedeniyle tüm konsültasyonun yapılamaması ve hastaların sağlık profesyonellerine olan güveninin azalması gibi nedenlerle olabilir),

Yüksek vasıflı sağlık profesyonellerinin, özerkliklerinin teletıp tarafından tehdit edildiğini düşünebilecekleri,

Teletıp kullanımıyla ilgili temel engeller

Teletıp uygulamalarının maliyet etkinliği ve verimliliği hakkında kanıt eksikliği,

Sağlık çalışanlarının rolüne ve statüsüne yönelik potansiyel/algılanan tehdit,

Muhtemelen artan iş yükü,

Teletıpın "kullanıcı odaklı" olmaktan ziyade "piyasa odaklı" olmasından korkma,

Teletıp teknolojisine ilişkin bilgi ve beceri eksikliği,

Sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki kültürel ve dilsel farklılıklar,

Teletıp kullanımı konusunda üzerinde anlaşmaya varılmış standartların olmaması,

Teletıpın tanısal veya terapötik müdahale için güvenilirliğine dair çok az kanıt olması.

Bazı Ülkelerde Teletıp Uygulama Örnekleri

Tayland gibi hekim sıkıntısı olan ancak internet ve cep telefonu kullanımının yüksek olduğu ülkelerde teletıp uygulama olasılığının yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte yüksek gayri safi yurtiçi hasılaya (GSYİH) rağmen, Hindistan ve Çin gibi ülkeler, kentsel ve kırsal alanlar arasında teletıp kullanımı açısından önemli farklılıklarla karşı karşıya kalmaktadır. Ülke çapında teletıptan etkin bir şekilde yararlanmak için kırsal-kentsel boşlukların azaltılması gerekmektedir.

Singapur

Singapur, teletıbbı benimseme ve sağlık sistemi verimliliği açısından Asya'da en öncü ülkelerdendir. Ülkede ilk olarak 2000 yılında Cheah ve arkadaşları tarafından ABD ile Singapur arasında laparoskopik kolesistektomi yapılmıştır. 2018'de Singapur Sağlık Bakanlığı, inovasyonu kolaylaştırmak ve hükümet ile telesağlık ortakları arasında ilişkiler oluşturmak için bir düzenleyici sanal alan başlatmıştır. Nisan 2019'da Sağlık Bilimi Kurumu, Singapur'da teletıp ve telesağlık ile ilgili hizmetler için düzenleyici yönergeler yayınlarken; COVID-19 bağlamında, Singapur Tabipler Birliği, bulaşıcı bir hastalık salgını sırasında teletıp kullanımına ilişkin özel yönergeler ve tavsiyeler yayınlamıştır. COVID-19 salgını süresince mobil uygulamalar ile kişinin günlük hayat aktivitelerini izleyerek, pozitif temas riski hesaplanmaya çalışılmıştır (TraceTogether). Singapur hükümeti bireylerin izlenebilmesi için 20 Mart 2020'den bu yana 'TraceTogether' adlı bir uygulama kullanmaya devam ediyor. Potansiyel Covid-19 hastalarının başkalarıyla temas halinde olup olmadıklarını belirleyebilmek için cep telefonlarındaki Bluetooth sinyalleri devreye sokuluyor. Nisan 2020'de Sağlık Bakanlığı ayrıca, Toplum Sağlığı Destek Programı ve MediSave'e hak kazanan ve kronik hastalığı olan hastaların artık telekonferans yoluyla normal doktorlarını görmek için sigortalanabileceğini duyurdu. Ancak fizik konsültasyondan geçmemiş yeni hastaların bu uygulamadan yararlanamayacağı belirtti.

Hindistan

2005 yılında Hindistan Sağlık Bakanlığı tarafından "Ulusal Teletıp Görev Gücü" oluşturuldu. 2015 yılında hükümet sağlık hizmetlerinin dijitalleştirilmesine yönelik bir politika eylemi başlattı ve "Dijital Hindistan"ı piyasaya sürdü. Ocak 2020'de birincil, ikincil ve üçüncül bakım zincirleri boyunca özel ve halk sağlığı kuruluşlarındaki sistemleri birbirine bağlamayı önerdi. "Ulusal Tele-danışmanlık Hizmeti" aracılığıyla tüm Hindistan vatandaşları için çevrimiçi danışma hizmetleri başlatıldı. Yine Hindistan Sağlık Bakanlığı'nca CoNTeC Projesi ile ulusal telekonsultasyon sistemi kurularak COVID-19 tedavi sürecinde de uzaktan tıp uygulamalarını aktif bir şekilde kullanması sağlandı. "eSanjeevani" - "Evde Kal" programı ile erişilebilirliği iyileştirmek ve vatandaşların teledanışma yoluyla ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanması amaçlanmaktadır. Ağustos 2020'de, her Hint vatandaşına sağlık sorunları, teşhisleri ve ilgili raporları ile ilgili tüm bilgileri içeren "Dijital Sağlık Kartı" verileceği duyurulmuştur.

Çin

Çin, Uluslararası "MedioNet of China", "Golden Health Network" ve "People's Liberation Army"

Teletıp Ağı gibi büyük telesağlık ağlarının varlığına rağmen, halen düzeltemediği büyük bir kentsel-kırsal sağlık farklılığına sahiptir. Eylül 2018'de telesağlık yeteneklerini genişletmek ve telesağlık endüstrisini geliştirmek için yeni e-sağlık kuralları yayınlanmıştır. Bu kurallar, ticari şirketler ve hastaneler arasındaki işbirliği, hekim-hasta iletişimi, telesağlık teşhisi, hasta onayı ve üçüncü taraf işbirlikleri hakkındadır ancak yine de uygulama ve düzenlemede netlikten yoksundur. Çin de COVID-19 ile mücadelede robotlar kullanılabilmektedir. Salgının kaynağı Wuhan'da doktorlar, telekominikasyoncular, CloudMinds robotik şirketinin mühendis ve teknisyenleri sırf bu iş için kurulan "Akıllı Hastane"de 14 robotla deneysel olarak çalışmaya başlamışlardır. Robotlar hastaların ateşini, nabzını, kanındaki oksijen oranını ölçecek, onlara su ve ilaçlarını getirecek şekilde programlanmıştır. Hastanın bileğine takılı "akıllı bilezikler" robotla ilişkilerini ayarlamaktadır. Doktor ve hemşireler, hastanın yanına kadar gitmeye gerek kalmadan, robotun ilettiği bilgiyi ekrandan izlemekte ve aynı bilezikten takarak robotun sürekli gözlemi altına girmektedirler. Böylece enfeksiyon bulaşma riskinin azaltılması sağlanmaktadır. Bu yöntemle hem hasta bakımı, hem sağlıkçıların sağlığı yapay zekâya bırakılmış olmaktadır.Çin'de "Ping An, İyi Doktor" teletıp uygulamasının 300 milyon abonesi olduğu, COVID-19 salgınından sonra da "internet hastaneleri"nin gündelik yaşamda yer alacağı görülmektedir.

Afrika Ülkeleri

Bu bölge, dünyanın en yüksek hastalık yükü ve sağlık çalışanı açığının yanı sıra devam eden çatışmalar ve savaş, yetersiz bilgi iletişim teknolojisi, bağlantı sorunları, elektronik cihaz sahipliğindeki kısıtlamalar, dil engelleri, yüksek maliyetler ve elektrik erişimi gibi telesağlık uygulamasının önündeki engellere sahiptir. Afrika genelinde akıllı telefon kullanıcı oranının 2025 yılına kadar %66'ya ulaşması beklenmektedir. Güney Afrika, Mısır, Fas ve Cezayir gibi ülkelerde yüksek internet ve mobil erişim oranları teletıp yoluyla büyük doktor eksikliklerini telafi edebilir görülmektedir. Kenya'da ise çoğunlukla birinci basamak ve HIV/AIDS'e odaklanan birkaç e-Sağlık projesi vardır, ancak hizmet sunumunda ülkenin daha merkezi ve uzak bölgeleri arasında büyük eşitsizlikler mevcuttur. Burkina Faso ve Nijerya gibi diğer Afrika ülkelerinde siyasi desteğin olmaması teletıp uygulamalarının yavaş gelişmesine neden olmaktadır.

Latin Amerika Ülkeleri

Latin Amerika, dünya çapında en hızlı büyüyen yaşlı nüfuslarından birine sahiptir ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına erişimde kırsal ve kentsel bölgeler arasında büyük bir ayrım vardır. 2014'ten beri Peru, Kolombiya, Guatemala, Panama, Uruguay, Meksika, Kosta Rika, Şili ve Arjantin dahil olmak üzere bazı ülkelerin ulusal bir telesağlık stratejisi geliştirmektedir. Dominik Cumhuriyeti'nde 2018 yılında Birleşik Teletıp Ağı özel bir ağ olarak kurulmuştur. Panama, Meksika ve Guatemala gibi diğer ülkelerin ulusal bir politikası yoktur. Ayrıca kamu ve özel hastaneler arasında bir dengesizlik mevcuttur ve kamu hastanelerinde tele-sağlığın benimsenmesi %30 daha yüksek orandadır. Özellikle, Şili, bölgedeki en yüksek teletıp yanlısı ülkedir ve uluslararası finansmandan devlet finansmanına başarıyla geçiş yapmıştır. Miyokard enfarktüsü tedavisi için, merkezi bir ağ aracılığıyla Kolombiya, Meksika ve Brezilya'daki hastalar arasındaki bağlantıları kolaylaştıran yenilikçi ülkeler arası programlar

oluşturulmuştur. 2006'da Brezilya'da 124 üniversiteyi ve eğitim hastanelerini birbirine bağlayan bir Teletıp Üniversite Ağı kurulmuş ve bu uygulama dünyanın en büyük teletıp programı halini almıştır. Bu ağ, Brezilya'daki sağlık hizmeti sağlayıcılarının, özellikle Portekizce konuşulan ülkeler olmak üzere dünyanın dört bir yanındaki meslektaşlarıyla bağlantı kurmasına olanak sağlamıştır.

Avustralya

Avustralya, COVID-19 salgınından bu yana telesağlık uygulamasını sağlayıcılar için daha erişilebilir hale getirme sürecindedir. Yeni Medicare Benefits Scheme (MBS) öğeleri, Medicare kartı olan tüm Avustralyalıların telesağlık hizmetlerine erişmesine ve tüm indirim kartı sahipleri için toplu faturalandırmaya olanak tanınmaktadır. Telesağlığın ilgili tıp fakülteleri ve topluluklarının yardımıyla birinci basamak bakımın ötesinde uzman bakımına genişletilmesi şu anda planlanmaktadır.

Yeni Zelanda

Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmeti pratisyenleri için mevcut teledanışma teknolojileri ve hasta mahremiyetine ilişkin en iyi uygulamalar hakkında bir tavsiye yayınlamıştır. Ayrıca Yeni Zelanda Tıp Konseyi, özellikle reçete uygulaması ve herhangi bir senaryo yazmadan önce yüz yüze veya telekonferans yoluyla yüz yüze konsültasyon ihtiyacı hakkında yayınlanmış yönergeleri bulunmaktadır.

Avrupa'daki COVID-19 tehdidi, hastaların kolayca erişebileceği telesağlık platformlarına duyulan ihtiyacı zorunlu kılmıştır. Fransız Doctolib ve Qare, İsveçli LIVI, Birleşik Krallık'tan Push Doctor ve Almanya'dan Compugroup Medical SE gibi telesağlık girişimleri, Avrupa'daki alım sayılarında önemli artışlar görülmüştür. Avrupa'da teletıp hem bir sağlık hizmeti (Direktif 2011/24/EU) hem de bir bilgi servisi (Direktif 95/46/EU, Direktif 2000/31/EC ve Direktif 2002/58/EC) olarak kabul edilir. "Pan-Avrupa" tek tip tıbbi sorumluluk ve tıbbi mevzuat düzenlemelerinin olmaması nedeniyle, Avrupa çapında bir çerçeve gerçekleştirilmekten oldukça uzak görünmektedir.

Birleşik Krallık

Birleşik Krallık'taki BT, Virgin Media ve Sky gibi telekomünikasyon şirketleri, sağlık hizmeti uygulayıcıları için tele-sağlığı yaygınlaştırmada Ulusal Sağlık Hizmetlerini (NHS) desteklemeyi kabul etmiştir. Birincil bakım, klinik denemeler, danışmanlık ve kronik hastalık incelemelerinin tümü hızla telesağlık hizmetine taşınmaktadır. Sağlık Bakanlığı, İngiltere'deki NHS'yi hastalar için merkezi olarak zorunlu tek bir elektronik bakım kaydına taşımak üzere 2002 yılında 6,2 milyar sterlinlik Ulusal Bilgi Teknolojileri Programını geliştirdi. Aile hekimlerini hastanelere bağlayarak yetkili sağlık profesyonelleri için kayıtlara güvenli ve denetlenmiş erişim sağlanmıştır. Ancak hekimlerin de içinde olduğu direniş nedeniyle bu program 2011 yılında kapatılmıştır. COVID-19'dan önce hükümet, ayakta tedavi gören hastaların sayısını azaltmak için merkezi olarak finanse edilen uzun vadeli bir plan açıklamıştı. Ancak COVID-19'la birlikte ayakta tedavi ziyaretlerinin yerini telesağlık hizmetine bırakma ihtiyacı büyük ölçüde arttığından, bu planın beklenenden çok daha hızlı bir şekilde hayata geçirilmesi gerekli hale gelmiştir.

İtalya

İtalya'da tedarik zinciri yetersizliği ve internet arızası gibi birçok nedenle hastanelerin etkili telesağlık platformları için altyapıdan yoksun olduğu bildirilmiştir. Ayrıca Ulusal Sağlık Hizmetleri, içinde hastalar için temel bir öğe olarak teletıbbı içermemektedir. 2012 yılında İtalyan Sağlık Konseyi tarafından telesağlık yaygınlığını artırmayı amaçlayan teletıp yönergelerinin uygulanmasına rağmen bu alanda ilerleme gerçekleşmemiştir. COVID-19 tarafından boğulan ilk ülkelerden biri olan İtalya, artan tıbbi kaynak ve personel ihtiyacına hazırlıksızdı. İtalyan Sağlık Bakanlığı ve DSÖ ile ortaklaşa Teknoloji Yenilik ve Dijitalleşme Bakanlığı tarafından teletıp ve izleme sistemi teknolojileri için açık bir çağrı yapılan 24 Mart'a kadar İtalyan sağlık yetkilileri tarafından teletıp konusunda herhangi bir tavsiye sağlanmamıştı.

Fransa

Fransa'da COVID-19'dan önce geliştirilen teletıp düzenlemeleri, üçüncü basamak ve birinci basamak hekimlerinin planlı yüz yüze konsültasyonları uygun olduğunda telekonsültasyona çevirmesine izin veren ülkelerdendir. Fransa Ulusal Sağlık Sigortası tarafından 9 Mart 2020'de Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanan bir kararname ile COVID-19 veya COVID-19 semptomları olanlar için tüm görüntülü konsültasyonların ve tele-uzmanlıklar için ödeme yapılmasına izin verilmiştir. Bu değişiklik, hizmet sunanlarda ve hastalarda maruziyeti azaltmayı ve ayrıca COVID-19 pozitif olması muhtemel hastaları belirlemeyi amaçlamıştır. Ayrıca 19 Mart 2020'de hemşireler tarafından video veya telefon görüşmeleri yoluyla takip için ek finansman sağlandı. Bu düzenlemeler, 25 Mart 2020'de konuşma terapistleri tarafından teledanışmaları içerecek şekilde genişletilmiştir.

İspanya

İtalya gibi İspanya da mevcut pandemi altında ezilmiş olup, üçüncü basamak hastaneler hızla yeni teletıp stratejilerini benimsemek zorunda kaldı. 2012›de İspanya›nın ulusal sağlık otoritesi bir sağlık bilişimi stratejisi başlattı; ancak doğrudan teletıp ile ilgili bir ulusal politikaya sahip değildi. Bir dereceye kadar, teletıpın benimsenmesi İspanya›da bölgeden bölgeye değişmektedir. Denia Marina Salud gibi referans hastaneler, ayakta tedavi gören hastalar için teletıp sistemine hızlı bir geçiş yapıldığını ve personel konferanslarının iyi sonuç verdiğini bildirmiştir. İlginç bir şekilde, İspanya›nın önde gelen telesağlık uygulaması MediQuo, artık COVID-19 ile ilgili ücretsiz görüşmeler sağlamıştır.

Almanya

Bilindiği gibi inme (strok) hızlı tanı ve trombolitik ajanların hızlı kullanımının gerekli olduğu önemli bir acildir. Özellikle ilk dört saat bu tedavi için kritiktir. Kırsal alandan uzman merkeze sevk ve orada tanı için geçecek sürede kalıcı hasar olabilir. Bunu önlemek için telekonsültasyon ve ilk başvuru merkezinde tedavi başlatılması hayatidir. Bu alanda en önemli örnek, "TeleMedical Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS)" ile Bavyera, Almanya'dır. Burada 2 nörolojik inme merkezi ve 15 bölgesel hastane arasındaki iletişim ile ortalama tedaviye başlama süresi yaklaşık 30 dakika azaltılmıştır. Teletıp, saha doktoru ile inme merkezindeki vasküler nörolog arasında bir telefon görüşmesi, dijital beyin görüntülerinin vasküler nöroloğa iletilmesini sağlamaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri

Teletıp özellikle Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde hızla büyüyen bir sektördür. 2002 yılından bu yana, dijital teknolojilerden yararlanarak doktorlara sanal ortamda muayene imkânı tanıyan en büyük teletıp şirketi Teladoc'un 36.7 milyon abonesi olup, 2019'da 19.3 milyon kişinin abone olmadan, muayene başına ücret ödeyerek hizmet alması sağlanmıştır.

COVID-19 döneminde, ABD'deki Medicare artık uygun tele-sağlık konsültasyonlarını kapsayacak hale gelmiştir. Bireyler ve eyaletler bu tür hizmetler için Medicaid kapsamını uygulamaya teşvik edilmektedir. Birkaç ticari sigorta şirketi de sağlık hizmeti sağlayıcılarına telesağlık hizmetleri için ödeme yapma konusunda davayı takip etmiş veya üyelerine doğrudan telesağlık erişimi sağlamıştır. Yapılan yeni düzenlemeler önceki düzenlemelerin gevşetilmesi, kapsanan telesağlık hizmetlerinin genişletilmesini ve yeni hastaların yalnızca önceden ilişkisi olanlar yerine teletıp yoluyla tedavi edilmesine izin verilmesini de içermektedir. Ek olarak, teletıbbı kolaylaştırmak için, eyalet dışından lisanslı ve iyi durumda olan uygulayıcıların eyalet sınırlarında uygulama yapmalarına izin verilmektedir. Ayrıca, Federal İletişim Komisyonu kısa süre önce 200 milyon dolarlık bir Coronavirüs Telesağlık programı başlatmıştır. Teletıpın benimsenmesindeki zorluklardan biri, farklı eyaletler arasında kabul ve farklı politika çerçevelerindeki farklılıklar olmuştur. Bu varyasyonlar, potansiyel olarak ABD'ne nüfusunu artıracak kapsamlı bir çerçeveyi uyumlu hale getirmek ve hızlandırmak için federal bir teletıp politikası girişimini beklemektedir.

Kanada

Kanada'da telesağlık hizmetinin varlığı eyaletten eyalete değişmektedir. Teletıp teknolojisi geçmişte öncelikle kırsal hizmetlere tahsis edilmiş ancak şimdi şehir merkezleri de bunlara aniden ihtiyaç duymuştur. Hükümet, sağlık tesislerinin tele-sağlık yeteneklerini artırma sözü vererek bunu düzeltmeye çalışmaktadır. Kanada Kraliyet Hekimler ve Cerrahlar Koleji de her ildeki doktorlar için teletıp kullanmanın hangi durumlarda kullanılacağını ve fatura kodlarındaki değişiklikleri özetleyen bir kılavuz hazırlamıştır.

Türkiye'deki Teletıp Uygulama Örneklerinden Bazıları

Ülkemizde Teletıp konusunda en yakın zamanlı yönerge 2015 tarihli "Tele Sağlık Servisi Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" dir ki bu da sağlık yardımı talebinde bulunan seyir halindeki deniz ve hava araçlarını, Türk Arama Kurtarma Bölgesi içerisinde uzaktan tıbbi danışmanlık yapacak sağlık hizmetleri ile ilgili faaliyetleri kapsamaktadır. Ancak açık bir şekilde görülmektedir ki mevcut düzenleme günümüz teletıp uygulamaları ve esaslarının ihtiyaçlarını kapsamamaktadır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, 2006 yılından itibaren teletıp uygulamalarıyla ilgili çalışmalar başlatmıştır. Teletıp çalışmalarının ilk aşaması olarak radyoloji, patoloji ve EKG alanlarında hizmet planlanarak radyolojik raporlama, EKG yorumlama, patoloji dokularının raporlanması ve konsültasyon gibi hizmetler yürütülmüştür. Sağlık Bakanlığı günümüzde, teletıp hizmetlerini, radyoloji alanında değerlendirme, konsültasyon, Kalite Kontrol, e-Nabız entegrasyonu ve Hasta Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) ağırlıklı olarak yürütmektedir ve bu kapsamda 2009 hastane sisteme dahil

edilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan incelemeler ve değerlendirmeler, Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemleri (PACS) sistemi sayesinde, hekimlerin yaklaşık %65'inin ek radyoloji filmi isteminden vazgeçtiğini göstermiştir. Türkiye'de kullanılan teleradyoloji sistemi ile Sağlık Bakanlığı, aşağıda belirtilen temel hedeflere ulaşmayı amaçlamaktadır.

1- Radyolojik raporlama: Hastaneler arasındaki radyolog iş yükü dağıtımı dengelenerek hastalara daha hızlı rapor verilmesini sağlamak amacıyla radyologların rapor yazmasını ve telekonsültasyon yapmasını sağlamaktadır.

2- Telekonsültasyon: Radyologların inceledikleri vakaları üst uzmanlık dallarındaki hekimlere danışarak daha doğru tanıya ulaşabilmesini sağlamaktır.

3- Kalite kontrol: Yurt genelinde çekilen görüntülerin ve radyolojik raporların düzenli olarak denetlenmesi ile radyoloji hizmet kalitesinin sürekli olarak arttırılmasını sağlamaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın gerçekleştirdiği projeler içerisinde çok kısa sürede yaygınlaşan ve tüm vatandaşlara hizmet sunumunu amaçlayan sistemlerden bir diğeri de, "Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)"dir. Avrupa Birliği'nin kabul ettiği 20 temel Kamu hizmetlerinden biri olan hastane randevu hizmetlerinin, Türkiye'deki karşılığı olan MHRS, 2012 yılı itibariyle Türkiye'nin 81 ilini kapsamıştır.

2015 yılında hizmete sokulan e-Nabız uygulaması ise sağlık kuruluşlarından toplanan sağlık bilgilerine, bireylerin ve sağlık profesyonellerinin mobil cihazlar ile erişimesine olanak sağlayan bir uygulamadır. Bu uygulamada kişinin sağlık geçmişi, sağlık profili, sağlık tesisine yaptığı ziyaretleri, reçeteleri, raporları, hastalıkları, tahlilleri, görüntüleri, kemik iliği ve kan bağışları, alerjileri, acil durum notları, dokümanları ve erişim bilgileri yer almaktadır. Muayene, tetkik ve tedavilerin nerede yapıldığına bakılmaksızın, kişi tıbbi özgeçmişine tek bir yerden ulaşabilmekte ve tüm sağlık bilgileri birey tarafından yönetilebilmektedir. Yani Mevcut sağlık kayıtlarını yalnızca kişilerin yetkilendirdiği hekimler veya sürekli ya da geçici izin verdikleri kişiler tarafından görüntülenebilmektedir,

Hasta, hekim, eczane ve otorite arasında ilaç reçetelenmesi konusunda koordinasyonusağlamak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından kullanıma sokulan diğer bir bilişim uygulaması "Reçetem" (e-Reçete) uygulamasıdır. 2018 yılında tüm ilaçların renkli reçete sistemine dahil edilmesiyle son halini almıştır. Bahsi geçen her iki uygulama ile hekimlerin hastasına ait sağlık bilgilerine rahatça ulaşabilmesi ve önereceği ilaç rejimini hastasına uygun şekilde düzenleyebilmesi olanaklı hale gelmiştir.

Sağlık bakanlığının mevcut uygulamaları dışında, bazı özel örneklerde üniversitelerden verilebilir. Bunlardan ilki Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği, Gastroenteroloji, Genel Cerrahi ve Psikiyatri olmak üzere "internet polikliniği" uygulamasıdır. Bir diğeri Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi COVID-19 salgını nedeni ile, kronik hastalığı olan hastaların sağlık hizmetlerinin aksama olmadan sürdürülebilmesi için, hastane polikliniklerine başvuran hastaların tedavilerini "Teletıp Poliklinik Sistemi" uygulamasının üzerinden gerçekleştirmiştir.

Her iki uygulama örneği için, bu hizmetlerin SGK üzerinden faturalandırılması ve bu hizmetin sağlık sistemi tarafından kontrolünün nasıl olacağı hakkında halen net bir uygulama çizelgesi bulunmamaktadır.

NÖROLOJİK HASTALIKLAR VE TELETIP UYGULAMALARI

Prof. Dr. Demet ÖZBABALIK ADAPINAR
Nöroloji Uzmanı

Koronavirüs pandemisi ve sosyal izolasyon, her alanda olduğu gibi, sağlık alanında da uygulanmakta olup, hastalar ve hekimler arasındaki fiziksel teması en aza indirmeyi gerektirmiştir. Bu durum, kronik hastaları olduğu kadar, hastalarını belirli aralıklarla takip etmek isteyen hekimleri de olumsuz etkilemeye başlamıştır. Nöroloji hastaları da bu durumdan en çok etkilenen hastalık grubunu oluşturmaktadır. Böylesi olağanüstü durumlarda sağlık hizmetinin devamlılığını sağlayan yöntemlerden birisi teletıp yöntemidir. Sadece muayene değil, radyoloji, konsültasyon ve eğitim işlemleri de teletıp üzerinden gerçekleşebilir Teletıp iki kişi arasında bilgi aktarımı gibi görünse de bunu sağlayan aracı materyal sayısı oldukça kalabalıktır. Örnek vermek gerekirse, telekomünikasyon ekipmanları, mobil birimler için taşıt, yazılım, donanım ve ara birimler, özel veya var olan aletler için uyum süreçleri, bu sisteme yapılandırılan hastane hizmetleri teletıp çalışmaları için gerekli ara şebekelerdir. Asıl önemlisi ise ülkenin yasal alt yapısı, sistemin işlerliğine izin vermelidir. Teletıp verilerinin güvenli şekilde saklanması ve iletilmesine telegüvenlik adı verilir ve temel amacı verinin gizliliğini, bütünlüğünü ve kullanılabilirliğini sağlamaktır. Yazılım ve işletim sistemindeki eksikler ve hatalar, gerekli güvenlik programlarının kullanılmaması gibi durumlar ise güvenlik açığı yaratabilir. Her iki kullanıcının da buna izin vermemek adına kod/ şifreleme/doğrulama işlemlerini kendi sistemlerinde uygulaması gerekir. Nörolojik hastalıklar ile ilgili Teletıp sistemi, telenöroloji olarak adlandırılır ve bu yöntemin ulusal yaygınlıkta kullanılabilmesi için bir standardizasyona ihtiyaç vardır. Örneğin Amerikan Nöroloji Akademisi, kendi ülkeleri için bu standardizasyonu yaptıklarını web sayfalarında dökümante etmişlerdir. Buna göre telenöroloji için kullanılan program ve veri tabanları, lisanslı ve ruhsatlı olarak devlet güvencesinde olmalı, hastalar yanlış uygulamalara karşı sigortalanmalıdır. Hastaların muayene öncesi durumu (ilk hasta, takipte hasta gibi) belirlenmelidir. Hastaların kendi yerleşkesinden yapılan görüşmeler daha başarılıdır. Ancak, salgın, deprem gibi olağanüstü durumlarda teletıp yeri çok önemli olmamalıdır. Teletıp yöntemi ile yapılacak muayenede dikkat edilmesi gereken konular şunlardır; 1) Hasta ve gerekli durumlarda hasta yakını/bakım veren kişi, aydınlık ve sakin bir ortamda olmalı, telefon, tablet ya da bilgisayarları kendilerine ait olmalı, muayene öncesinde hastanın kimliği doğrulanmalı (T.C. kimlik numaraları, doğum tarihi gibi) ve bu muayeneyi kabul ettiklerine dair bir onam formları olmalıdır. 2) Nörolojik muayene çoğunlukla görüntülü yapılır. Video yöntemi ile hastanın genel görünümü, yüz görünümü, dil muayenesi ve tremor muayenesi yapılır. Vital bulguları ev şartlarındaki ekipmanlar ile belirlenir. 3) Mental durumu değerlendirmek için, kısa mental durum muayene testi ya da Montreal kognitif değerlendirme testi kullanılır ve kaydedilir. Hastanın konuşması ses ile kayıtlanır, bu sırada işitmesi de değerlendirilir. 4) Kraniyal sinirler için hastanın bir yakınının yardımına ihtiyaç olabilir. Görme alanı ekrana bağlı bir

özel ekran sistemi ile değerlendirilebilir, ancak yaşlı hastalarda dikkati sürdürme zor olabilir. Pupil değerlendirmesi için de gözleri kameraya yaklaştırarak ve görüntüyü büyüterek bir muayene yapılabilir. Ekstraoküler kaslar hasta yakınının yardımı ile hastaya yukarı, aşağı, sağa ve sola bakması ile değerlendirilir. 5) Motor ve duyu muayenesi yardımla ve basit komutlar ile yapılır. Kuvvet için; üst ekstremitede pronasyon, digit quinti bulgusu, alt ekstremite için; ayağa kalkma, topukta yürüme, parmak uçlarında yürüme muayeneleri en kolay olanlardır. Duyusal muayene için hasta yakınından tarif edilen dermatom bölgelerine simetrik ve karşılaştırmalı uyaranlar (dokunma, ağrı gibi) vermesi istenir. 6) Serebellum muayenesi; yürüme, denge, parmak burun manevrası ile yapılır. 7) Tonus ve refleks muayenelerini yapmak oldukça zordur. Ayrıca, göz muayenesi, nöromusküler muayene ve vestibüler muayenenin yapılması zordur. Retrospektif bir olgu-kontrol çalışmasında, telekonferans yöntemi veya yüz yüze muayene ile hastaların değerlendirilmesi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Telenöroloji ile ilgili yapılan çalışmalar, geleneksel yüz yüze görüşmeler yerine, teknolojilerin kullanıldığı muayenelerin başarısını gösteren çok sayıda nörolojik hastalığı göstermiştir . Yapılan bir çalışmada, migren değerlendirmesinin en kolay teletıp yöntemi olduğu ve hasta memnuniyetini de sağladığı gösterilmiştir. Yaşlı ve demanslı bireylere tanı için gerekli bilişsel testlerin bu teknolojiyi kullanarak yapılabilirliği hastaneye gelme maliyetini ve hasta yakınlarının hastane için ayıracakları zamanlarını bakım veren lehine destekler bir durumdur. Teletıp sistemi ile standart kognitif tarama testleri kolaylıkla yapılabilir. Teletıp kullanımı, hasta ve bakım verenler için, bilişsel ve davranışsal bozulmalara karşı tanımlanan ilaç dışı tedavileri, nörolojik hastalıklardaki sekeller için kullanılan fizik tedavi, uğraşı terapisi, konuşma ve dil terapisi gibi uygulamaları mümkün kılmaktadır. Nörolojik hastalıklarda uygulanan teletıp uygulamasının, mevcut tedavilere uygunluğunu doğrulamayı amaçlayan çalışmalarda, özellikle yardım ihtiyaçlarının aniden ortaya çıkması durumlarında, bakım verenlere sürekli destek sunan telemonitör uygulamalarının olumlu etkilerinden bahsedilmektedir. Parkinson hastaları ile ilgili bir çalışma, uygulamaların hasta yaşam kalitesini artırdığını hatta iyileşmeyi sağladığını vurgulamaktadır. Demans gibi epilepsi de bu yöntemin kullanım alanlarından biridir. Telenörolojinin en hızlı büyüyen alanı akut inme tedavisi ile ilgilidir. Teleinme, çoğunlukla video muayene ve teleradyoloji kullanımı ile yapılır. Gelişmiş ve hızlı hareket gerektiren tedaviler için en uygun kullanım yöntemidir. Teletıp pratiği her uzmanlık alanı için farklı kullanım paketleri gerektirirken, nörolojik teletıp ya da daha iyi bir anlatımla telenöroloji için, video-kamera-ses sistemi, bilgisayar, sunucu, tarayıcı, mikrofon, monitorizasyon arabirimleri, dijital steteskop, nörolojik muayene yazılımı, EKG, EEG, videootoskopvideolaringoskop, tansiyon ölçme cihazı, beden derecesi, kan gazları ölçme cihazı, idrar analiz cihazı, glukometre, ultrasonografi ve teleoftalmoskop özellikle gereklidir (280). Koronavirüs enfeksiyonu gibi pandemi durumlarında, sağlık çalışanları ve hastaların kullandıkları bilgisayar veya tabletler, daha önceden iyi tanımlanmış enfeksiyon kontrol işlemleri doğrultusunda temizlenmelidir. Ülkemizde teletıp sistemi için henüz yasal bir zemin yoktur. Ancak yakın zamanda “Sağlık Bilişim Ağı” projesi Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmış olup, amacı sağlık verilerinin güvenli bir şekilde, bireyler ile sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşlar arasındaki iletişimini hızlandırmak ve daha da güvenilir bir özellik kazandırmaktır. Bununla ilgili başlangıç uygulamaları sadece teleradyoloji olarak başlamıştır. Mevcut sağlık mevzuatı,

hekim ile hasta görüşmesini ve sonrasında tedavinin düzenlenip reçete yazılabilme işlevini karşılıklı yüz yüze görüşme ile mümkün kılmaktadır. Güncel düzenlemelerde gerekli değişiklikler yapılmadan teletıptelenöroloji kurulumu ve uygulamasının mümkün olmadığı anlaşılmaktadır. Teletıp ve telenöroloji uygulamalarının yerleşmesi ve yaygınlaşması konusundaki gerekli diğer önemli bir husus da bu uygulamaların Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geri ödeme kapsamına alınmasıdır. Tüm tıbbi uygulamalar gibi teletıp uygulamaları aracılığıyla sunulan bu nitelikli sağlık hizmetinin de karşılığının alınması önemlidir. Bu yüzden poliklinik muayenesi, kontrol muayene, sonuç değerlendirme, konsültasyon veya servis vizitleri gibi telenöroloji uygulamaları dahilinde yapılabilecek işlemlerin sınıflandırılması, önem ve risk seviyelerine göre de puan karşılıklarının tespit edilmesi gerekir. Ayrıca teletıp veya telenöroloji uygulamaları sonucu oluşan malpraktis durumlarında ortaya çıkabilecek maddi tazminatların hepsinin veya belirli bir kısmının tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası kapsamında yer alması için gerekli görüşmelerin yapılması da bizler adına faydalı olacaktır.

PANEL - SAĞLIK HİZMETLERİNDE TELETIP UYGULAMALARI

ORTOPEDİK HASTALIKLAR VE TELETIP UYGULAMALARI

Op. Dr. Serkan ERKUŞ
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

Teletıp, Dünya Tıp Birliği tarafından kısaca "uzaktan iyileştirme" olarak bildirilen ve günümüzde önemli bir sağlık hizmeti olma yönünde ilerleyen bir uygulamadır. Ülkemizde, mevcut yasal düzenlemeler ışığında Teletıp uygulamaları için yayınlanmış bir mevzuat, bir yönerge mevcut değildir. Kişisel hakların korunması, etik kurallar ve mahremiyet ile gizlilik gibi kişisel verilerin işlendiği, hassas alt başlıkların olduğu Teletıp uygulamalarının geliştirilmesi ve güvenle hizmete sunulması önemlidir. Her ne kadar yüz yüze iletişim ve sağlık değerlendirmesinin yerini tutmasa da Teletıp hizmetleri pratikliği ve ekonomik olması nedeniyle kimi kullanıcılar için ayrı bir önem arz edebilir. Özellikle mesafe, engellilik durumu, iş – aile sorumlulukları, maliyet ve ilgili hekime ulaşma gibi süreçlerde yaşanabilen teknik ve maddi sorunlar nedeniyle sağlık hizmetinin herkese daha hızlı ulaşılabilir olması için önemlidir.

Teletıp uygulamaları sırasında değerlendirmelerin ve tanı-tedavi-takip süreçlerinin yönetilmesi medikolegal sorumlulukların yanı sıra iyi hekimlik adına da bazı kısıtlılıkları olduğu unutulmamalıdır. Ortopedi ve Travmatoloji gibi aktif muayenelerin ön planda olduğu branşlarda, uygulamanın ana hedefleri sağlık kuruluşuna erişimi güç olan hasta ya da danışanların etkin ve hızlı şekilde gerekli kuruluşlara yönlendirilmesi, takipleri sırasında rehabilitasyon uyumları ve tıbbi görüntülemelerin izlemi gibi ana parametrelerdir.

PANEL - SAĞLIK İLETİŞİMİNDE FARKLI UYGULAMALAR

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE DRAMANIN YERİ

Uzm. Dr. Çağrı KALAÇA
Sağlık Bahçesi

İnsanlar hastalandıklarında onları, hastalıklarını anlayabilecek, tıbbi problemlerini tedavi edebilecek ve hastalıkları konusunda onlara yol arkadaşlığı edebilecek doktorlara ihtiyaç duyar.

Tanı ve tedavide son yıllarda baş döndürücü derecede teknolojik gelişmeler kaydedilmiş olsa da, -belki bunun, ve benzeri bütün büyük dönüşümlerin katkısıyla- doktorlar hastalarının durumlarını anlama ve empati kurma, hastalık sürecinde içten ve yalın biçimde yer alma, katılma becerilerinde boşluklar doğuyor, aradaki yarıklar derinleşiyor.

Hastalar "hikaye"lerinden, "drama"larından soyutlanıp yalın biçimde "vakalaştıkça", bir anlamda "veri setlerine" dönüştükçe, karşılıklı olarak birbirini tanımlayan bu ikili daha da yalnızlaşıyor.

Doktorların (sağlıkçıların) hastaları, anlatılarını, öykülerini dinleyebilme yetisine; onlar için hastalığın ifade ettiği şeyi "idrak etmeye" ve "hastaya dinlendiğini ve anlaşıldığını hissettirmeye", hastalık ve ilişkili örüntülerin hasta için ne ifade ettiğini hissetme ve mesleki pratiğinin nüansları içinde buna göre hareket etme yetisine ihtiyaçları vardır.

Bunlar, yani "narratif (anlatısal/öyküsel)" ve "dramatik (yaşamsal/deneyimsel)" kavrayış yeterlilikleridir. Başka bir deyişle: insana atfedilen niteliklerin en başlıcalarından olan, dinleme, anlama ve hissetme, üzerinde düşünme ve yorumlama, tüm bu derinlik içinde cevap, çözüm ve yol bulabilme yetisine sahip olmak.

Bu sunumda bu alandaki yeni gelişmeleri, nörobilim penceresinden yeni öğrendiklerimizi, bazı kişisel uygulama, deneyim ve öznel hikayelerle bezenmiş olarak sunmayı planlıyorum.

TIPTA İLETİŞİM BECERİLERİ EĞİTİMİNDE SİNEMA FİLMERİNİN YERİ

Prof. Dr. Güler BAHADIR
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sinema, duygular, düşler ve içgüdü dünyalarını anlatmak için en iyi araçtır.

Luis Bunuel
(Film yönetmeni)

Tıp eğitimi uzun ve yoğun eğitimlerin en başında gelenlerden biridir. Ülkemizde altı yıl olan mezuniyet öncesi tıp eğitimi, ağırlıklı olarak biyomedikal eğitim temelinde yapılandırılmıştır. Oysa hekimlerin hastalarına biyo-psiko-sosyal bütüncül bir yaklaşım içinde olmaları gerekir ve beklenir. Hastalanan kişinin sadece hastalanan doku, organ ve/veya sistemine odaklanmak hiçbir zaman yeterli olmamıştır. Hipokrat *"**Hekimin görevi hastayı nadiren iyileştirmek, çok kere ağrısını gidermek, fakat her zaman için teselli etmektir**"* demiştir. Hipokrat'ın "teselli etmek" olarak tanımladığı aslında hastayla etkili iletişim kurmak olarak yorumlanabilir. "Teselli etmek" kavramı tek başına yeterli olmaz. Hastayla etkili iletişim kurmak, hastayla aynı dili konuşmak, etkin dinleme yapmak, ses tonunu ve beden dilini etkili kullanmak, empatik olmak (duygudaşlık) gibi becerileri gerektirir. Ülkemiz tıp eğitiminde hekim-hasta iletişimi dersleri, henüz tüm fakültelerde standart bir yapılanma ile müfredatta yer almıyor ne yazık ki. İletişim dersleri teorik eğitimden çok, uygulamalı eğitim yöntemleriyle yapılırsa kalıcı davranış değişikleri beklenebilir. Etkili eğitim yöntemlerinden biri de sinema filmleri ile iletişim eğitimidir.

Filmlerin Tıp Eğitimindeki Yeri ve Önemi

İlk sesli sinema filmi 1912'de çekilmiştir. Filmler belli bir konu örüntüsü içinde, görsel ve işitsel duyulara hitap eder. Filmi izleyen kişiler, konuya göre haz ve elem arasındaki duygu yelpazesinde çeşitli duyguları hissedebilir, konuyla ilgili çeşitli düşünceler üretebilir ve filmdeki karakterlerle empati geliştirebilir.

* Aşağıdaki kitap bölümünden kısaltılarak özetlenmiştir:

Bahadır G. Tıpta İletişim Becerileri Eğitiminde Sinema Filmlerinin Kullanımı. (Ed. D. Yamaç, N. Demirsoy, I.İ.Budakoğlu, Ö. Coşkun, İ. Gönüllü). Tıpta İletişim Becerileri (Sağlık Profesyonelleri İçin). Ankara: Hipokrat Kitabevi, Temmuz 2020, s.53-62. ISBN: 978-605-7874-70-2.

Tıp eğitiminde sinema filmlerinin kullanılması güçlü bir eğitim yöntemidir. Profesyonel ve etik

değerlerin geliştirilmesinde, iletişim becerilerinin kazandırılmasında sinema filmleri etkili bir araçtır.

Psikiyatri eğitiminde sinemanın yerini araştıran 1979 yılında yapılmış olan bir çalışma, bu konudaki ilk yayındır (Fritz ve Poe,1979). Alexander ve ark. İngilizcede sinema, tıp ve eğitim sözcüklerinin birleşiminden oluşan "**cinemeducation**" (sinema ile tıp eğitimi) terimini ve kavramını oluşturmuş ve bir makalede kullanmışlardır (Alexander ve ark.,1994). Sinemanın tıp eğitiminde kullanımına ilişkin daha sonra iki kitap yayınlanmıştır. Kitaplardan ilki 1999 yılında Wedding D, ve Boyd MA. tarafından yazılan "Movies and Mental Illness: Using Films to Understand Psychopathology" ve diğeri 2005 yılında Alexander M, Lenahan P ve Pavlov A. tarafından yazılan "Cinemeducation"dır. Ayrıca İngilizce ve İspanyolca olarak 2005 yılında yayınlanmaya başlayan "Journal of Medicine And Movies**"** isimli bir dergi vardır. Alexander ve ark. (2005) "Cinemeducation" kavramını uzun metrajlı sinema filmlerini ya da filmlerden kesilip oluşturulan videoklipleri özellikle biyo-psiko-sosyal yaklaşım kazandırma ve iletişim becerileri eğitiminde kullanmak üzere geliştirdiklerini belirtmişlerdir. Benzer bir kavram ve terim olarak Türkçe'de "**sinetıpeğitimi**" terimi kullanılabilir.

Sinema filmleri kadar Dr.House, ER, Grey's Anatomy, Chicago Hope vb televizyon dizileri de eğitimlerde kullanılabilmektedir (Wong ve ark., 2009). Üstelik sadece iletişim becerisi kazandırmak için değil, acilde görev yapan hekimler, aile hekimleri ya da iç hastalıkları uzmanlarına biyomedikal eğitimler yapmak için de film ve dizilerden yararlanılmaktadır. Eğitimde film kullanımının etkilerini değerlendiren pek çok araştırma ve gözden geçirme çalışması vardır (Ba˜nosa ve Bosch, 2015; Blasco ve ark., 2015; Darbyshire ve Baker, 2012; Hoffman ve ark., 2018; Kadivar, 2018; Katis ve Švab, 2017; Keser ve Acar, 2017; Klemenc-Ketis ve Kersnik, 2011; Lumlertgul ve ark., 2009; Searight ve Allmayer, 2014; Shankar ve ark.,2016; Zeppegno ve ark.,2015). Bu araştırma ve gözden geçirme çalışmaları tıp ve hemşirelik eğitiminde, profesyonalizm ve iletişim becerileri kazandırmada film kullanımının yararlı olduğu yönündeki bulguları içermektedir.

Filmler Aracılığıyla Tıpta İletişim Becerilerinin Kazandırılması

Günümüzdeki hekim-hasta ilişkisi modeli geçmişteki paternalistik (babacıl) hekimlik modelinden işbirliği modeline doğru evrilmiştir. Günümüzdeki hekim modeli, hastanın tanı ve tedavi sürecindeki bütün kararları tek başına alan ve uygulayan, her şeyi bilen, her konuda tek söz sahibi olan kişi değil; tanı ve tedavi bilgilerini, seçeneklerini hastayla paylaşan, hastanın süreç içinde kararlara katılmasını sağlayan bir hekim modelidir. Bu modelin gelişiminde hasta hakları kavramının büyük önemi vardır. Çünkü hasta haklarının en önemlilerinden biri hastanın bilgilenme hakkıdır. Bilgilenme hakkı, tanı ve tedavi süreçlerini hastayla paylaşma ve daha çok iletişim kurma anlamına gelmektedir. Son yıllarda ülkemiz tıp eğitiminde psikoloji, sosyoloji, antropoloji, felsefe, edebiyat, anlatısal tıp (narrative medicine), tıp etiği ve iletişim becerileri gibi insan bilimleri dersleri nicelik ve nitelik olarak daha güçlü hale getirilmektedir. Tıp fakültesi müfredatları bu derslerle zenginleşirken, derslerin anlaşılır ve kalıcı etkilerinin olması için kullanılan araç-gereçlerin ve eğitim yöntemlerinin önemi büyüktür. Bir öğretim üyesinin eğitim yöntemini seçerken özellikle dikkat etmesi gereken, dersin amaç ve öğrenim hedeflerini bilgi, beceri ve tutum olarak tanımlamasıdır. İletişim becerileri dersleri beceri

ve tutum kazandırmak amaçlı olarak yapılandırılması gereken derslerdir. Bu nedenle, iletişim eğitimlerinin konferans tarzı tek yönlü sunumla işlenmesi, yani sadece bilgi aktaran yöntemlerle yapılması kalıcı etki yaratmaz. Asıl amaç beceri ve tutum kazandırmaksa, oyunlaştırma, küçük ve büyük grup tartışmaları yapma, bir edebi eseri inceleme, video/sinema filmi izleyip irdeleme gibi eğitim yöntemlerini kullanmak gerekir.

Sinema filmlerinin tıp öğrencilerine iletişim beceri ve tutumlarını kazandırmak için kullanımında, filmi izlerken hissedilen duyguların önemi büyüktür. Duygular, tutum ve davranış değişikliği yaratmakta anahtar konumdadır. Yaşamda tutum, inanç ve değerler genel olarak diğerlerini gözlemleyerek oluşur ve gelişir (Blasco ve ark.,2011). Tıp eğitiminde değerler, inançlar, etik ilkeler, iletişim becerileri, davranışlar ve tutumların tümü "profesyonalizm" olarak tanımlanmaktadır ve tıp eğitimi içinde genellikle gizli müfredatın (hidden curriculum) içeriğindedir. Resmi müfredatın içine yerleştirilen insan bilimleri dersleri olsa da profesyonalizmin kazandırılması için yeterli olmamaktadır. Beceri kazanmak ve tutum değişiminin olması için, derslerin etkileşimli yöntemlerle yapılması ve öğrencinin daha aktif katılımı gerekmektedir. Sinema filmlerindeki bazı sahnelerden oluşturulan videoklipleri ya da tüm filmi izlemek, irdelemek, tartışmak tutum gelişiminde en etkili yöntemlerden biridir.

Joseph Lister (1827-1912), antisepsiyi bulan bir İngiliz cerrahtır ve "***Hekimlikte sadece bir kural vardır: kendinizi hastanın yerine koyunuz***" diyerek hekim hasta ilişkisinde empatinin ne kadar gerekli olduğunu vurgulamıştır. Hastayla empatik olabilmek, hastanın kaygılarını, korkularını, endişelerini kısaca bilişsel ve duygusal durumunu anlayabilmektir. Filmlerdeki doğru ve yanlış hekim davranışı örneklerini, hastalanan karakterin başına gelen olayları izlerken empati becerisi geliştirmek çok daha kolay olmaktadır (Blasco ve ark., 2012). Örneğin, 1991 yapımı The Doctor filminde filmin başkarakteri Dr.Jack MacKee çok başarılı bir cerrah olmasına karşın, kendisine larinks kanseri tanısı konana kadar, hastalarıyla empatik olmaktan aciz bir kişiliği canlandırmaktadır. Tanı ve tedavi süreçlerinde yaşadığı duygu ve düşüncelerin etkisiyle, filmin sonunda hastalarıyla empatik olmaya özen gösteren, etkili iletişim kurmak için çabalayan bir hekime dönüşmektedir. Filmi izlerken yaşanan duygu ve düşüncelerin ötesinde, film bitince duygu ve düşüncelerden süzülenleri tutum ve davranış olarak gerçek yaşama yansıtmak için de filmleri bir eğitim yöntemi olarak kullanmak gereklidir. Tıp öğrencilerine konferans tarzı bir sunumla kazandırılması neredeyse imkânsız olan davranış ve tutumlar, filmler aracılığıyla daha kolay ve etkili bir şekilde kazandırılabilir. Filmin sonunda yapılan filmi irdeleme ve tartışma çalışmasında, tartışmaya aktif katılmasa bile, akranlarının düşünce ve duygularını dinleyen öğrencilerde, bir öğretim üyesinin tek yönlü sunumunda olduğundan çok daha derin izler ve yaşantılar kalabilmektedir.

İletişim becerisi kazandırma ve geliştirme amaçlı film izleme yöntemini kullanırken ilk yapılması gereken dersin amaç ve öğrenim hedeflerini belirlemektir. Örneğin, dersin amacı empati geliştirmek ise önce bu konuda hangi sinema filmleri olduğu araştırılmalıdır. Dersi yapacak öğretim üyesi yaptığı listedeki filmleri izlemeli, kendi öğrenim hedeflerine en uygun olan filmi/filmleri seçmeli, dersin sonunda yapılacak film irdeleme ve tartışma çalışması için sorularını oluşturmalıdır. Ders süresi kısıtlı ise filmden bazı sahneleri alıp birkaç dakikalık videokilpler oluşturulabilir. Filmin tamamının

izlenemediği durumlarda sadece videokliplerle çalışmanın da filmin bütününü izlemek kadar yararlı olduğu saptanmıştır (Blasco ve ark., 2006). Filmin bütünün izleneceği dersler için en az üç saatlik oturumlar gerekir. Standart sinema filmleri 100-110 dk arasındadır genellikle. Böylece iki saat kadar film izleyip üçüncü saatte film tartışılır. Yöntemin etkili kullanımında önemli iki etken vardır: zaman ve öğrenci sayısı. İdeal olan az sayıda (örneğin,10-30) katılımcı ile videokliplerle çalışılacaksa iki saat, tüm film izlenecekse üç saat çalışmaktır (Blasco ve ark., 2011). Daha büyük gruplarla çalışırken, tartışma için büyük grup daha küçük gruplara bölünebilir. Küçük gruplar kendi içlerinde tartışıp, sonra büyük grupta tartışma yapılabilir.

Film izleme ve tartışma yöntemi ile yapılan dersler, belirli ilkeler çerçevesinde ve standartı oluşturularak planlanmalıdır. Rastlantısal, doğaçlama yöntemler kullanmak ya da film tartışmasına yeterince emek vermemek ve zaman ayırmamak, yöntemin işleyişini ve kalıcı kazanımları engelleyebilir. Amaç ve öğrenim hedefleri net olarak tanımlanmışsa,filmi izlemenin ardından irdeleme ve tartışma doğru bir şekilde yapılandırılmışsa, verimli ve kalıcı etkileri olan bir ders yapılmış olur. Böylece öğrencilerin hastayla iletişime bakış açıları, tutum ve davranışları zaman içinde olumlu yönde değişir, insani yaklaşımı benimsemiş, hastayla empatik olabilen hekimler olarak topluma katılırlar. Filmi tartıştıracak öğretim üyesi, filmi daha önce defalarca izlemiş olsa da, yine de öğrencilerle birlikte filmi izlemelidir. Çünkü öğretim üyesinin de duyguları tazelenmelidir. Ders tüm filmi izlemeden sadece videoklip kullanılarak yapılacaksa, vidoklibi izlemeden önce öğrencilere kısa bir yönerge vererek odaklanmaları gereken noktalar vurgulanmalıdır. Videoklibi izledikten sonra önceden hazırlanmış olan tartışma sorularıyla tartışmaya başlanmalıdır.

Film izleme yönteminin zorlukları ve sınırlılıkları arasında en başta geleni kültürel farklılıklar ve çıktıların değerlendirilmesidir. Sinemanın müzik gibi evrensel bir dili vardır. Ancak kültüre özgü bakış açısına odaklanarak çekilen filmlerin, farklı kültürlerde ders malzemesi olarak izlenmesi kültürel farklılıklar nedeniyle yeterince verimli olmayabilir. Duygulanım alanında yeterince etki yaratamayan bir filmin kalıcı davranışsal ve tutumsal değişiklikler yaratması zordur. Filmin ses ve görüntü kalitesinin düzgün olması, izleyicileri filmin içine daha çok alır. Yabancı dildeki filmleri orijinal alt yazılı olarak izlemek de filmin etkisini arttıran bir etkendir. Dublaj yapılmış filmler genellikle orijinal filmin yarattığı etkiyi yaratmamaktadır.

Eğitimde film kullanırken telif hakları da dikkate alınmalıdır. Genel olarak kar amacı gütmeden, eğitim amaçlı film gösterimi için telif ücreti istenmemektedir. Ancak eğer bir ücret ödeyerek film izleniyorsa, o zaman telif hakkını da ödemek gerekir.

Özetle, sinema filmleri, filmlerden yapılan videoklipler ve televizyon dizileri tıp eğitiminde bir eğitim yöntemi olarak gittikçe yaygınlaşarak kullanılmaktadır. Profesyonalizm olarak adlandırılan iletişim becerileri, etik değerler, inançlar vb konularda beceri kazanıp, davranış ve tutum geliştirme amaçlı olan dersler için sinema ile eğitim özellikle önerilmektedir. Çünkü filmler sadece bilişsel alana değil duygusal alana da hitap etmektedir. Özellikle empati geliştirme ve tutum kazandırma, ancak duygulanım alanında iz bırakılırsa öğrenilip geliştirilmektedir. Birçok ünlü yönetmenle çalışmış olan

ünlü Fransız sinema oyuncusu Jeanne Moreau'nun (1928-2017) sinema ile ilgili bir sözünü son söz olarak yazılmaya çok uygun: "***Bazı insanlar için sinema, yüzeysel ve göz alıcı bir şey anlamına gelse de, başka bir şeydir. Bence dünyanın aynasıdır"*** (Arenas-Rojas, 2013).

Kaynakça:

1. Alexander M, Hall MN, Pettice YJ. Cinemeducation: An innovative approach to teaching psychosocial medical care. Family Med. 1994; 26 (7): 430–3.
2. Alexander M, Lenahan P, Pavlov A.(eds.) Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2005.
3. Arenas-Rojas AM. The Role of Cinema and Television in People's Perception of Medicine and Healthcare-related Topics. MéD. UIS. 2013;26(3):7-11.
4. Ba˜nosa JE, Bosch F. Using feature films as a teaching tool in medical schools. Educ Med. 2015; 16(4):206 - 211.
5. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners´ reflection: Improving Education in the Affective Domain. Fam Med. 2006; 38(2): 94-6.
6. Blasco PG, Blasco MG, Levites MR, Moreto G, Tysinger JW. Educating through Movies: How Hollywood Fosters Reflection. Creative Education. 2011; 2 (3): 174-180.
7. Blasco PG, Moreto G. Teaching Empathy through Movies: Reaching Learners' Affective Domain in Medical Education. Journal of Education and Learning. 2012; 1(1):22-34.
8. Blasco PG, Moreto G, Blasco MG, Levites MR, Janaudis MA. Education through Movies: Improving Teaching Skills and Fostering Reflection among Students and Teachers. Journal for Learning through the Arts. 2015; 11(1): 1-15.
9. Darbyshire D, Baker P. A systematic review and thematic analysis of cinema in medical education. Med Humanit. 2012; 38 (1): 28-33.
10. Fritz GK, Poe RO. The role of a cinema seminar in psychiatric education. Am J Psychiat. 1979; 136: 207-210.
11. Hoffman BL, Hoffman R, Wessel CB, Shensa A, Woods MS, Primack BA. Use of fictional medical television in health sciences education: a systematic review. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2018 Mar;23(1):201-216.
12. Kadivar M, Mafinejad MK, Bazzaz JT, Mirzazadeh A, Jannat Z. Cinemedicine: Using movies to improve students' understanding of psychosocial aspects of medicine. Annals of Medicine and Surgery. 2018; 28: 23–27.
13. Katis ZK, Švab I. Using movies in family medicine teaching: A reference to euract educational agenda. Zdr Varst 2017; 56(2): 99-106.
14. Keser İ, Acar G. The Impact of Watching Movies on the Communication Skills of Nursing Students: A Pilot Study from Turkey. Int Arch Nurs Health Care. 2017; 3(3):1-7.
15. Klemenc-Ketis Z, Kersnik J. Using movies to teach professionalism to medical students. BMC Medical Education. 2011; 11:60.

16. Lumlertgul N, Kıjpaısalratana N, Pıtyaratstıan N, Wangsaturaka D. Cinemeducation: A pilot student project using movies to help students learn medical professionalism. Medical Teacher 2009; 31(7) : 327-332.

17. Searight HR, Allmayer S. The Use of Feature Film to Teach Medical Ethics: Overview and Assessment.2014; 3 (1): 1-6.

18. Shankar PR, Rose C, Balasubramanium R, Nandy A, Friedmann A. Using Movies to Strengthen Learning of the Humanistic Aspects of Medicine. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016 Jan; 10(1): 5-7.

19. Wong R, Saber S, Ma I, Roberts JM. Using television shows to teach communication skills in internal medicine residency. BMC Medical Education. 2009; 9: 1-8.

20. Zeppegno P, Gramaglia C, Feggi A, Lombardi A, Torre E. The effectiveness of a new approach using movies in the training of medical students. Perspect Med Educ. 2015; 4: 261–263

PANEL - TIPTA YENİLİKÇİ UYGULAMALAR

TIP EĞİTİMİNDE DİJİTAL UYGULAMALAR VE TELETIP

Doç. Dr. Arif ONAN
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Konuşmacı, tıp eğitiminde digital uygulamalar ve teletıp konusunu, dijital sağlık hizmetlerinin eğitim müfredatlarına entegrasyonunu amaçlayan ve bu yönüyle öne çıkan uygulamaları ele alacaktır. Tıp eğitimi programlarına yakından bakıldığında dijitalleşmeye öncelik verildiği görülmektedir. COVID-19 pandemisi sırasında programların sürdürülebilirliği için bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT) odaklı çözümlere başvurulmuş ve öğrencilerin eğitim ortamlarına uzaktan katıldığı uzaktan-hibrit yöntemler öne çıkmıştır. Tıp eğitimi programlarının pandemi öncesi dönemde de programlarını teknoloji ile desteklemeyi ve mezunlarının yaşam boyu öğrenen becerisi kazanmasına çaba harcadıkları bilinmektedir. Programlarını dijitalleştiren, bilgi ve iletişim teknolojilerini programlarına daha önceden entegre eden programlar, pandemi dönemine daha kolay uyum sağlamış ve başarılı olmuşlardır.

Dünya Sağlık Örgütü 2010 yılı "Teletıp - Üye Devletlerdeki fırsatlar ve gelişmeler" adlı, e-sağlık anketi ile ilgili raporunda, bilgi ve iletişim teknolojilerinin, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin erişilebilir, uygun maliyetli, yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sağlamada karşılaştığı bazı zorlukların üstesinden gelmelerinde büyük bir potansiyele sahip olduğunu söylemektedir. Teletıp, sağlığa erişmede ve sağlığın geliştirilmesinde kısıtlılıkların kaldırılmasına hizmet edecek şekilde maliyet etkin kullanılabilir derken, teletıbbının dört alanına vurgu yapmıştır. Bunlar, kısa ve uzun vadede teletıp çözümlerinin tanıtımını ve geliştirilmesini kolaylaştıran teleradyoloji, teledermatoji, telepatoloji ve telepsikoloji alanlarıdır. Yerel inisiyatiflerin önderliğinde, uygun maliyetli, tutarlı bir şekilde değerlendirilen ve yeterli şekilde finanse edilen entegre bir sağlık hizmeti sunumu önerilmektedir.

Teknolojik gelişmelerin ivme kazanmasıyla birlikte, teletıp uygulamalarının entegre edildiği ve uygulamaya konulduğu pek çok ulusal sağlık hizmeti sunumu modeline tanıklık etmekteyiz. Örneğin Amerika Medicaid programında teletıp, hasta ile uzak bölgedeki doktor veya pratisyen arasında iki yönlü, gerçek zamanlı etkileşimli iletişime izin vererek hastanın sağlığını iyileştirmeyi amaçlamıştır. Bu programda Teletıp, insanların önleyici tedavi almalarını kolaylaştıran ve uzun süreli sağlıklarına yardımcı olan daha faydalı bir teknoloji olarak görülmüştür. Araştırmacılar sağlık bilgi teknolojisi, giyilebilir cihazlar, tele-sağlık ve teletıp, kişiselleştirilmiş tıp ve genel sağlık gibi kategorilerin sağlık sunumunda başat teknolojiler olacağını söylemektedir.

Sağlık hizmeti sunumu, bu tür teknolojik dönüşüm çalkantısı içindeyken, bu geçiş ortamıyla başedecek ve verimli şekilde çalışacak gelecek nesil uygulayıcıları hazırlamanın tüm sağlık

mesleklerinin ve toplumun çıkarına olduğu dile getirilmektedir. Konuşmacı konusunu bu söylem üzerine inşa etmektedir. Sağlık sistemlerinde devasa veri yığınları ile çalışılmakta, karar destek sistemleri kullanılmakta, gözlemler ve çıkarımlarda ise makina öğrenmesi, öğrenme analitiği ve yapay zeka kullanılmaktadır. Konuşmacı, öğrencilerin bu sistemleri tanımaları, uygun düşünme yapıları geliştirmeleri ve etkin uygulayıcılar olmaları için eğitim programları ile güncel teknolojilerin entegrasyonuna dikkat çekmektedir.Konuşmasında başarılı örneklere (görüntü temelli öğretim platformları, elektronik sağlık kaydı sistemlerine entegre öğretim sistemleri, yapay zeka destekli çıktıların tıbbi karar vermede kullanımı, veri analitiği, makine öğrenimi, uzaktan hasta izleme uygulamaları vb) yer verecektir.

PANEL - TIPTA YENİLİKÇİ UYGULAMALAR

PANDEMİ İLETİŞİMİNDE ANKARA ÖRNEĞİ "COVID-19 KRİZ MERKEZLERİ"

Doç. Dr. Çiğdem ŞİMŞEK
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısı

Covid-19 pandemisi, küresel dünyanın yaşadığı en büyük krizlerden biridir. İçinde bulunduğumuz bu süreçte; tüm dünya, herhangi bir topluluk veya ülke ayrımı olmaksızın, Covid-19 salgını nedeniyle oldukça zor bir dönemden geçmektedir. Yaşanan gelişmeler, bir yandan devletlerin birlikte çalışmalarının önemini ön plana çıkarırken, bir yandan da ulusal bazda krize karşı hazır olma halinin, yeterliliğin, planlamanın, kriz iletişiminin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha göstermektedir.

Pandemi İletişimi

Pandemiler dünya tarihinde, kara veba, kolera, influenza, domuz gribi, tifo gibi baş gösteren hastalıklarla birçok kez yaşanmıştır ve tarih boyunca kriz dönemlerinde iletişim araçları çağın imkânları doğrultusunda kullanılmıştır. İçinde bulunduğumuz iletişim ve teknoloji çağında, yeni medya olarak adlandırılan, interaktif dijital medya insanların haber alma ve iletişim kurma biçimlerini büyük ölçüde değiştirmiştir.

İnternet Dünya İstatistiklerine göre 2000'lerin başında tüm dünyada 360 milyon olan internet kullanıcısı sayısı, 2019'da 4 milyar 500 milyonun üzerine çıkmıştır. Bu da Birleşmiş Milletler Nüfus Birimine (United Nations Population Division) göre günümüzde 7 milyar 717 milyon civarında olan dünya nüfusunun neredeyse yüzde 60'ının internet kullanıcısı olduğu anlamına gelmektedir. İnternet kullanıcıları uzun zamandır istedikleri konudaki bilgiye istedikleri zaman ulaşabilmekte, ayrıca kendileri de içerik üretip hızla yayabilmektedir. Sosyal medya kullanımındaki patlama bilgiye erişim konusunda büyük bir kolaylıkla birlikte çeşitli çevrimiçi platformlar üzerinden sunulan bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliği konusunda endişeleri de artırmıştır (1,2).

Toplum Davranışı

Pandemide toplumun davranışsal tepkileri risk algısı ile ilgilidir. Bir pandemide yanıt olarak gösterilen koruyucu davranışlar; önleyici, kaçınıcı davranışlar ve hastalık davranışlarının yönetimi olarak üç gruba ayrılabilir. Önleyici davranışlar arasında hijyen davranışları (el yıkama, kol içine/mendile öksürme veya hapşırma, yüzeyleri temizleme gibi); maske takma ve aşı olmadır. Kaçınıcı davranışlar ise kalabalık ortamlara girmeme, toplu taşıma kullanmama ve karantina kısıtlamaları ile çalışmaya uyum uygulamalarıdır.

Hastalık davranışlarının yönetimi ise antiviral ilaç vb. tedaviye uyum, profesyonellerden yardım

alma ve telefon/internet yardım hatlarını kullanmayı içerir. Bu davranışlardan bazıları, bireyin yerine getirme sorumluluğundadır, diğerleri ise yasalarla belirlenir. Riski ve ciddiyetini algılama, uygun davranışı göstermede öz yeterlilik için bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması gereklidir (3).

Acil durum yönetiminin ana zorluklarından biri, riskleri halka duyurmaktır. Risk iletişimi bazı durumlarda, yeni ortaya çıkan riskler konusunda farkındalığı artırmaya çalışırken, bazı durumlarda ise amaç halk tepkilerinin artmasını önlemek olabilir. Sosyal medya hesapları, kritik bilgileri hızlı bir şekilde dağıtma ve bunu yaparken halkın tepkilerini etkileyerek acil durumların etkisini azaltma fırsatı sunmaktadır.

Twitter, resmi güncel konular hakkında bilgi vermek, koruyucu davranışı teşvik etmek, farkındalığı artırmak ve halkın dikkatini riskleri azaltmak için hafifletici eylemlere yönlendirmek amacıyla mesajlar dahil olmak üzere ilişkili riskleri iletmek ve yönetmek için çeşitli şekillerde kullanılmaktadır.

Covid-19 İnfodemisi

İnfodemi terimi bir salgın sırasında ortaya çıkan, bazıları doğru, bazıları yanlış olan ve virüs gibi hatta ondan daha hızlı yayılan ve Dünya Sağlık Örgütünü zora sokan büyük bilgi topluluğu olarak tanımlanmaktadır. Covid-19 pandemisi ile beraber önem kazanan bir kavramdır. İnternet erişiminin çok yaygın olduğu günümüzde, sağlık alanında da her türlü bilgiye erişmek oldukça kolay olmaktadır. İnternetteki bilgi akışının ise ne derece doğru ve güvenilir olduğu tartışmalıdır (4).

Salgın döneminde bireylerin bilgi alma süreçleri salgınla mücadeleyi etkileyecek kadar kritik bir rol oynamıştır. Bu nedenle DSÖ salgın hastalık anlamına gelen "pandemi" kelimesinden esinlenerek ürettiği bir kavram olan "infodemi" karşısında dikkatli olunması gerektiğini belirtmiştir. Yanlış bilginin yayılımı yeni bir olgu değildir ancak DSÖ tarafından nitelendirildiği gibi "infodemi", yaşanan pandemi sürecinde önem kazanmıştır (5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) genel direktörü Tedros Adhonam Ghebreyesus'un,14-16 Şubat'ta düzenlenen 2020 Münih Güvenlik Konferansı'nda yaptığı "*biz sadece bir pandemiyle değil aynı zamanda bir infodemiyle de savaşıyoruz*" açıklaması ile birlikte, Covid-19 pandemisi esnasında "infodemi" küresel düzeyde gündeme gelen bir kavram olmuştur (6).

Evlerine kapanan insanlar, internet bağlantısı ve elektronik medya sayesinde salgın hakkındaki bilgilere kolay erişebildiler ve yine aynı kolaylıkla da bu bilgileri yayabildiler. Yanlış haberlerin, komplo teorilerinin ve tıp dışı tedavilerin endişe verici bir oranda paylaşıldığı bir ortamda başka bir kavram daha karşımıza çıkıyor; küresel "infodemic" (yanlış bilgilendirme salgını). Sosyal medya ve diğer kitle iletişim araçları aracılığıyla Covid 19'dan daha hızlı yayılan infodemi, insanların yanlış ve doğru bilgileri ayırt etmesini de zorlaştırmaktadır (7).

Sosyal medya platformları, televizyon, radyo ve gazeteler gibi geleneksel kitle iletişim araçları aracılığıyla yalan haberlerin veya yanlış bilgilerin tüm dünyaya hızla yayılması anlamına gelen

infodemi, insanların uygunsuz davranışlar sergilemesine de neden olmakta, bu da yöneticileri ve sağlık hizmeti sunan doktor, hemşire ve diğer çalışanların çabalarını tehlikeye atmaktadır (8).

Yalan haber, yanlış haber ve komplo teorileri sosyal medya döneminde cep telefonlarının gönderme hızında yayılmakta ve insanları yanlış bilgiye, endişe ve paniğe yönelterek pandeminin seyrini kötü etkilemektedir. Sağlık otoritelerinin sözlerini değiştiren veya bilime dayanmayan, kaynağı belli olmayan uygulamaları otoritelerin ağzından çıkmış gibi gösteren çoğu ilgi, endişe, panik uyandıran haberler farklı gruplar üzerinden sıklıkla WhatsApp, Twitter, Instagram, YouTube vs. sosyal medya üzerinden servis edilmektedir.

Çoğu insan bir sosyal medya yan etkisi olan paylaşma dürtüsü ile gelen bilginin nereden geldiğini, doğru olup olmadığını kontrol etmeden hemen paylaşmaktadır (6).

İnfodemi Yönetimi

İnfodemiyi en aza indirmek için güncel, bilimsel kaynaklara dayalı, eksiksiz, güvenilir bilgiler (dijital, görsel veya yazılı) her zaman erişilebilir olmalıdır.

DSÖ önderliğinde; "Covid-19 Pandemi Sürecinde İnfodemi Yönetimi» konusunda 30.06.2020-16.07.2020 tarihleri arasında düzenlenen I. İnfodemiyoloji Konferansının (1st WHO Infodemiology Conference) en önemli çıktısı olarak infodemi yönetiminin dayanması gereken 5 temel alan «1) kanıtı tanımlamak, 2) bilimi ve bilgiyi kullanılabilir hale getirmek, 3) pozitif eylemi yaygınlaştırmak ve güçlendirmek, 4) etkiyi ölçmek, 5) koordinasyon ve yönetim" açıkça tanımlandı ve bu alanlara yönelik mücadele edilmesi gereken konular belirlenerek mücadelenin yol haritası ayrıntılı şekilde belirlenmiş oldu (6).

Bu alanda alınması gereken önlemler; yerine göre farklılıklar içerse de uygun ve olabildiğince standart yaklaşımı sağlamak önem kazanmıştır; dünya genelinde konu ile ilgili uzmanlara danışılarak DSÖ tarafından sağlık kurumlarında, ev ortamında, toplumda öneriler geliştiren rehberler ve bilimsel özetler yayımlanmıştır. Maske kullanımı, ilaçlar, aşı, testler, gebelik, emzirme, karantina uygulamaları, defin uygulamaları ve daha birçok konuda kanıta dayalı olmayan çıkarımların ve uygulamaların önüne geçmek için yayımlanan bu araçların süreç içinde mevcut duruma göre güncel tutulması yol gösterici olmuştur (6).

TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

Ülkemizde pandemi hazırlık ve planlamalarına 2004 yılından itibaren başlanmış, Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı'nın hazırlanması ve kurumlar arasındaki iş birliğinin artırılması amacıyla, T.C. Sağlık Bakanlığı yöneticileri, teknik personeli, akademisyenler, ilgili alan uzmanları, ilgili diğer Bakanlık temsilcileri ile birlikte çalışılmış ve "Pandemi Hazırlık Planı" tamamlanarak 2006 yılında Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır.

Bu plana göre "İl Pandemi Planları" hazırlanmış ve hazırlanan planlar, aynı yıl içinde tüm illerin katıldığı "Pandemi Planı Tatbikatı" ile değerlendirilmiştir.

2019 yılında "Ulusal Pandemi Hazırlık Planı Hazırlama Komitesi" oluşturulmuş ve Sağlık Bakanlığı temsilcileri, akademisyenler, konu ile ilgili alan uzmanları ve ilgili diğer Bakanlık temsilcilerinin katıldığı çalıştaylar gerçekleştirilerek planın son hali verilmiştir.

Cumhurbaşkanlığı tarafından onaylanarak "Küresel Grip Salgını (Pandemi) Genelgesi" olarak yayımlanmıştır. Sağlık Bakanlığınca hazırlanan diğer kamu kurum ve kuruluşlarının pandemiye yönelik görev ve sorumluluklarının belirtildiği **"Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı"** "www.grip.gov.tr" adresinde yayımlanmıştır. **İllerde sağlık yöneticileri; bu plana bağlı kalarak il** pandemi hazırlık planlarını güncellemişlerdir. Planda; "T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Pandemi Şiddet Matriksi (PŞM) ve atak hızı göstergelerini kullanarak tüm olasılıklar için ildeki yatak doluluk oranları, ventilatör ve yoğun bakım ihtiyaç sayısı, hasta ve ölüm sayıları, gerekli doktor ve personel ihtiyacı hesaplanmış ve en kötü duruma göre il ve ilçe düzeyinde olası pandemi senaryoları hazırlanmıştır.

Covid-19 Pandemisi Süreci

31.12.2019 Wuhan'da ilk vaka tespitinden kısa süre sonra Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığınca 10.01.2020 tarihinde Coronavirüs Bilim Kurulu kurulmuştur. Türkiye'de pandemi süreci T.C. Sağlık Bakanlığının kurmuş olduğu Pandemi Bilim Kurulu koordinasyonu ile yönetilmektedir (3).

Acil tüm güncel ve detaylı bilgilerin bulunduğu ilk "2019-n CoV Hastalığı Rehberi" hazırlanarak 14.01.2020 tarihinde https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/ sitesini yayımlanmıştır.

Sitede virüsle ilgili detaylı bilgilerin yanı sıra sürekli güncellenen Covid-19 rehberleri, sunumlar, kitapçıklar, afişler, videolar ve açık hava reklamları gibi tüm iletişim çalışmalarına da yer verilmiştir. Rehberler ve güncellemeler, sağlık hizmeti sunanlar için, tanı, tedavi ve izlem konularında çok yararlı olmuştur.

Sayın Bakanımız tarafından basın toplantıları ile hastalıkla ilgili istatistiki bilgiler ve güncel durum hakkında bilgilendirmeler yapılmaktadır. Ayrıca hem Sayın Bakanımızın hem de Bakanlığımızın resmi sosyal medya hesaplarından düzenli olarak her gün güncel istatistiki bilgiler, fotoğraflar, videolar ve infografikler paylaşılmaktadır. (1).

Uzmanlık meslek derneklerinin (Türk Toraks Derneği, EKMUD, HASUDER vb.) web sitelerinde Covid-19 ile ilgili güncel bilgiler paylaşılmaktadır (4).

SÖZEL İLETİŞİMİN ÖNEMİ: ANKARA İLİ COVİD-19 KRİZ MERKEZLERİ

Sağlık uygulamalarının ve davranış değişikliğinin kabulü için sağlık iletişimi vazgeçilmezdir. Bu iletişim sadece halk sağlığı önlemlerine uyumu kolaylaştırmak için değil, aynı zamanda müdahalenin iyi yönetilmesine katkıda bulunabilecek uyarlanabilir sosyal önlemlerin sağlanması için de gereklidir (6).

İnfodemi ile pek çok gereksiz yanlış, yalan bilgi ortaya çıkmakta, bir virüs gibi hızla yayılarak sağlık

organizasyonunu zorlaştırmaktadır. Bu nedenle ilimizde vatandaşlarımızın doğru bilgiye ve sağlık hizmetine ulaşabilmesi için rehberlik etmek ve hizmete ulaşmasını hızlandırmak amacı ile pandemi sürecinin başından itibaren 7/24 hizmet sunan merkezler açılmış ve ilerleyen süreç içerisinde ihtiyaca göre düzenlenerek geliştirilmiştir.

Halk Sağlığı Koordinasyon Merkezi (HASKOM)

Kriz Koordinasyon Merkezi

Vaka Takip ve Filyasyon Yönetim Merkezi

Covid-19 Çağrı Karşılama Merkezi

1) HASKOM: DSÖ'nün 30 Ocak 2020 tarihinde yeni koronavirüs salgınını; "uluslararası öneme sahip halk sağlığı acil durumu" ilan etmesinin ardından vatandaşlarımızdan gelen soruları cevaplamak üzere 28 Şubat 2020 tarihinde kurulmuştur. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulan merkez, hekim ve diğer yardımcı sağlık personelinin 7 gün 24 saat hizmet verdiği, ilk günlerden itibaren vatandaşlarımız, birinci basamak sağlık çalışanlarımız, ilçe sağlık müdürlükleri personelimizin Covid-19 pandemi süreci ile ilgili soru ve sorunlarının çözümüne yardımcı olmak için Vaka Takip ve Filyasyon Yönetim Merkezi kurulana kadar bir çeşit çağrı merkezi olarak çalışmıştır. Halen kamu, üniversite ve özel tüm sağlık kuruluşlarına koordineli bir şekilde PCR tüp ve swaplarının dağıtımını yapan merkez olarak 7/24 hizmet sunmaktadır. Ayrıca İl Sağlık Müdürlüğümüz çalışanlarından isteyenlere PCR testi için nazofarengeal sürüntü alma hizmeti sunmaktadır.

2) Kriz Koordinasyon Merkezi: Bu merkez, İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri, Halk Sağlığı Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri ve Kamu Hastaneleri Başkanlıkları personelinden oluşan 7 gün 24 saat faaliyet gösteren bir merkezdir. Saha Filyasyon Ekipleri, Vaka Takip ve Filyasyon Yönetim Merkezi ve Covid-19 Çağrı Karşılama Merkezi tarafından bildirilen semptomları artan pozitif vakaların, gerektiğinde temaslılarının ambulans ile hastaneye sevk sürecinin yürütülmesi için koordinasyonu sağlamaktadır.

3) Vaka Takip ve Filyasyon Yönetim Merkezleri: Pandemi başlangıcında önce İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde, 01 Eylül 2020 tarihi itibarı ile tüm İlçe Sağlık Müdürlüklerinde kurularak hizmet sunan merkezlerdir.

Merkez çalışanları; pozitif vaka olarak Halk Sağlığı Yönetim *Sistemi* (HSYS) ekranında gördükleri kişi ile en kısa sürede iletişime geçerek, öncelikle sağlık durumu hakkında (özellikle ateş ve solunum semptomları açısından) bilgi alışverişi yapmakta, HSYS ekranında gördükleri aile temaslı bilgilerinin doğruluğu, onların dışında kimlerle temas ettiği, varsa işyeri temaslılarını sorarak HSYS'ye eklemektedir. Gerekli durumlarda hastanın hastaneye gitmesi için ambulans gönderileceğini söyleyerek bulunduğu adresi güncellemektedir.

Temaslılar belirlenirken; vakaların semptomlarının ortaya çıkmasından önceki 7 günde temaslı olduğu kişiler tespit edilmekte ve 14 gün boyunca takip edilmesi için HSYS'e bilgileri girilmektedir.

Bu kapsamda İlçe Sağlık Müdürlüklerince 24 Nisan 2020 tarihi itibarıyla hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinden oluşan 3'er kişilik "Saha Filyasyon Ekipleri" oluşturularak sahada vaka ve temaslı filyasyonu çalışmalarını yürütülmektedir.

"Saha Filyasyon Ekipleri", pozitif vakaları ve temaslıları evlerinde ziyaret ederek vakanın sağlık durumunu değerlendirmekte ve ilaçlarını vermektedir, yakın temaslılardan PCR testi için örnek almaktadır. Ayrıca ihtiyaç halinde arayabilmeleri için çağrı merkezinin telefon numarası (03125521400) yazılı bilgilendirme broşürü ve ilaçların doz broşürü açıklama yapılarak verilmektedir.

Bakanlığımızca hazırlanan GPS tabanlı mobil uygulama "Filyasyon ve İzolasyon Takip Sistemi" (FİTAS) ile ülke genelinde hizmet sunan tüm saha filyasyon ekiplerinin cep telefonlarına bulundukları yere en yakın pozitif vaka ve temaslılar bildirilerek takip etmeleri ve sisteme giriş yapmaları sağlanmaktadır. Hangi ekibe hangi pozitif vaka ve temaslıların atandığı uygulamada görülmektedir.

Mekansal İş Zekası (*MİZ*) sistemiyle filyasyon ekipleri, pozitif vakalar ve temaslılarını dijital harita üzerinden takip edebilmekte ve ekipler vakaya yönlendirilebilmektedir. İlçe Sağlık Müdürlüklerinde filyasyon süreci ilk olarak koordinasyon merkezinde başlamakta ve bu merkez HSYS, MİZ ve FİTAS uygulamalarını entegre şekilde kullanmaktadır. MİZ sistemi merkezde bulunmakta ve sahadaki ekipleri yönlendirmektedir.

FİTAS ile alınan bilgiler, entegre sistemler olan HSYS ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemine (AHBS) aktarılmaktadır. AHBS'ye aktarılan bilgiler vaka ve temaslının kayıtlı olduğu aile hekimi tarafından incelenmekte ve 14 gün boyunca periyodik olarak telefonla aranıp sağlık durumu hakkında bilgi alınmaktadır.

02 Ekim 2020 tarihi itibarı ile FİTAS üzerinden, ilçe danışman hekimleri vaka ve temaslılara e-Rapor düzenleyebilmektedir. İzolasyondaki vaka ve temaslıların istirahat raporlarının oluşturulması FİTAS-SGK entegrasyonuyla sağlanmıştır. Oluşturulan istirahat raporları SGK tarafından onaylandığında kişilere bilgilendirme SMS'i gönderilmekte ve vatandaşlar, raporlarına e-Nabız ve e-Devlet Kapısı üzerinden erişebilmektedir.

Covid-19 semptomlarında değişiklik olan vaka veya temaslılar, telefon ile aile hekimi ya da filyasyon sırasında verilen broşürde yazılı çağrı merkezine ulaşarak durumunu anlatmakta tedavi takip ekibinin değerlendirmesi sonucu gerekli görülürse "Kriz Koordinasyon Merkezi" tarafından ambulans ile hastaneye sevki sağlanmaktadır. (9,10).

4) Covid-19 Çağrı Karşılama Merkezi: Filyasyon yapılan pozitif vakalar ve temaslıları vatandaşlarımızdan gelen soruları ve talepleri karşılamak üzere "03125521400" numaralı santral ile 7/24 hizmet sunan Covid-19 Çağrı Karşılama Merkezimiz, İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde yer almaktadır.

Bu merkezde vardiya usulü çalışan 200 civarında (aylara göre sayı değişebiliyor) personel

görevlendirilmiştir. Çağrı merkezi personelimiz; Bakanlığımız ve Covid-19 Bilim Kurulu tarafından yapılan rehber güncellemeleri doğrultusunda, günlük toplantılarla bilgilendirilmekte, yazılı algoritmalar doğrultusunda telefonla arayan vatandaşlarımızla iletişim kurarak soruları cevaplamakta ve çözüm bulmaktadır.

Filyasyon ekiplerinin pozitif vakalara ve temaslılarına yaptıkları ev ziyaretinde ihtiyaç halinde arayabilmeleri için verdikleri 7/24 hizmet sunan çağrı merkezimizin telefon numarasına (**03125521400**) vatandaşlarımız yoğun ilgi göstermektedir.

2021 yılında (ekim ayı sonu itibarı ile) 08.00- 17.00 saatleri arası gelen çağrı sayısı: 424.947, 17.00- 08.00 saatleri arası gelen çağrı sayısı: 220.320 olup toplamda 645.267 vatandaşımız ile telefonla iletişim kurulmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Çağrı Merkezine (03125521400) Gelen Aramaların Aylara ve Gün İçindeki Saatlere Göre Dağılımı, 2021 Yılı (10 Aylık)

2021 Yılı	08.00- 17.00 Saatleri Arası Çalışan Personel Sayısı	08.00- 17.00 Saatleri Arası Gelen Çağrı Sayısı	17.00- 08.00 Saatleri Arası Çalışan Personel Sayısı	17.00- 08.00 Saatleri Arası Gelen Çağrı Sayısı	Toplam Çağrı Sayısı
0cak	165	11081	70	6350	17431
Şubat	165	11278	65	5453	16731
Mart	170	25430	70	14269	39699
Nisan	170	86119	80	48285	134404
Mayıs	165	29004	85	17328	46332
Haziran	170	22180	85	11166	33346
Temmuz	145	22320	65	11623	33943
Ağustos	135	79810	60	39011	118821
Eylül	135	78999	55	38551	117550
Ekim	145	58726	60	28284	87010
Toplam		**424.947**		**220.320**	**645.267**

Aramaların % 26,4'ü temaslı olma ihtimali veya Covid-19 benzeri semptomlar nedeniyle PCR testi yaptırmalarına gerek olup olmadığı, nerede test yaptırabilecekleri sorularına cevap aramakta ya da filyasyon ekibince evde PCR testi yapılmasını talep etmektedirler. %19,3'ü ise Covid-19 konusunda güncel bilgiler alma talebinde bulunmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Çağrı Merkezi (03125521400) Aramalarında En Sık Talep Edilen Konular, 2021 Yılı (10 Aylık)

Talep Edilen Konular	Kişi Sayısı	%
PCR Testi Yaptırma Talebi	170,355	26,4
Filyasyon Ekibi Talebi	67,461	10,5
Covid-19 Konusunda Bilgi Talebi	124,441	19,3
Karantina Süreci İle İlgili Sorular	91,291	14,1
Semptomlar ve Klinik Seyir Hakkında Sorular	54,408	8,4
İlaçların Kullanımı	22,321	3,5
PCR Testi Sonucu Öğrenme	22,323	3,5
İhbar	1,317	0,2
Covid-19 Aşısı Hakkında Sorular	19,258	3,0
Diğer	72,092	11,2
Toplam	645,267	100,0

Covid-19 pandemisi dünyanın yeni karşılaştığı bir bulaşıcı hastalık durumudur. Böyle zamanlarda süreçte bir belirsizlik mevcuttur. Bu belirsizliği de ancak doğru bir kriz iletişimi ile ve yerinde müdahaleler ile aşmak mümkündür. Salgın süresince topluma doğru, anlaşılır, kolay erişilebilir bilgiler aktararak halkın güvenini kazanmak gereklidir.

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü olarak bu merkezlerimizle vatandaşlarımızın günün her saatinde bize ulaşarak sözel iletişim yoluyla doğru bilgiler edinmesine katkı sağlamaya çalışmaktayız.

Kaynakça

1. Özpınar Baygül Ş. B., Aydın G., Kriz İletişiminde İnfografik Kullanımı, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı Yıl:19 Sayı:37 Bahar (Özel Ek) s.240-261.
2. Kurtoğlu S., Kriz ve Risk İletişimi Yönetimi, T.C. İstanbul Üniversitesi.
3. Özkan S., Risk İletişimi ve Toplum Katılımı, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Ekim 2020.
4. Tüzün H., Demırköse H., Özkan S., Uğraş Dikmen A., İlhan MN., Covid-19 Pandemisi ve Risk İletişimi, Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi 2020: Özel Sayı: 1-8.
5. Erdoğan E., İnfodemi İle Etkin Mücadele İçin Bireylerin Yanlış Bilgi Karşısındaki Tutumlarının ve Bu Tutumların Belirleyicilerinin Araştırılması: Covıd-19 Örneği
6. Gölbaşı S. D., Metintaş S., Covıd-19 Pandemisi ve İnfodemi, ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi 2020;5(COVID-19 Özel Sayısı) 126-137.

7. Yılmaz E., Covid-19 Salgınında Aşırı Bilgi Yükü Duygusal Bulaşma ve Infodemi Marmara Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü, Kişilerarası İletişim Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye emelyilmaz@marmara.edu.tr.

8. Karabela Ş., Pandemi mi? İnfodemi mi?, https://www.tibbiyebulteni.com/pandemi-mi-infodemi-mi-makale,11.html

9. Şimşek A. Ç, Kara A, Baran Aksakal F. N, Gülüm M, İlter B at all. Contact Tracing Management of The Covid-19 Pandemic, Turk Hij Den Biyol Derg., 2020;(3):269-280.

10. Covid-19 Pandemisi, Bölüm: Salgınlarda Sürveyans, Erken Uyarı ve Filyasyonun Önemi, Aydın Ebru, Şimşek Asiye Çiğdem, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayınları, ISBN: 978-605-4929-15-3, Sayfa: 52-59. Ocak, 2021 Ankara, Türkçe (Bilimsel Kitap).

YAPAY ZEKA İLE KLİNİK LABORATURAR TEST SÜRECİNİN OPTİMİZASYONU

Reyzi Devrim PAMİR
Organon Analytics

Yapay Zeka teknolojileri hayatımızın her alanında etkisini göstermeye başladı. Bir bankaya kredi için başvurduğunuzda o krediyi onaylayan bir Yapay Zeka var; e-ticaret web sitelerine girdiğinizde geçmişte ziyaret ettiğiniz sayfalara göre size yeni ürün tavsiyeleri yapan bir Yapay Zeka var; sosyal medyada temasta olduğunuz kişilere göre ve ilgilendiğiniz içeriğe göre size yeni içerik tavsiye eden bir Yapay Zeka var; bir çağrı merkezini aradığınızda, sizin ne için aradığınız önceden tahminleyen ve sizinle konuşacak temsilcinin önüne önceden hazırlanmış bir konuşma içeriği sunan bir Yapay Zeka var; insansız araçların navigasyonunu sağlayan bir Yapay Zeka var; aminoasit zincirlerinden spesifik bir protein katlanmasını tahmin eden bir Yapay Zeka var; süpermarketlerde hangi rafta hangi ürünün satılacağını tahmin eden ve buna göre stok yönetimini yapan bir Yapay Zeka var; Satranç ve Go oyunlarında insanı yenen bir Yapay Zeka var... Bu listenin sonu yok. Yapay Zeka çağı içerisindeyiz ve hikayenin daha giriş bölümündeyiz.

Yapay Zeka teknolojilerinin belki de hayatımızı en derinden değiştirecek uygulamalarının olacağı alan ise sağlık alanı. Sağlığımız ve yaşamımız en değerli varlıklarımız. Yapay Zeka, yeryüzünde yaşadığımız zamanın kalitesini ve süresini etkileyecek uygulamaları yaratacak.

Şimdi bunlardan bazılarına bakalım:

1. Öngörüsel sağlık bakımı: İnsanlık tarihinin hiç bir zamanında, sağlık profesyonellerinin, yüzbinlerce hastaya ait teşhis, tanı ve ilaç verisine kollektif olarak erişimi mümkün olmadı. Elektronik sağlık kayıtlarının, tabii ki hasta mahremiyeti gözetilecek şekilde, Makine Öğrenmesi algoritmaları ile işlenmesi yoluyla, hastalık risklerinin zamana bağımlı olarak tahmin edilmesi artık mümkün. Bu teknoloji bugün elimizde. Örneğin E-nabız verisinin sağlıklı ve tam olarak tutulması ile bu Makine Öğrenmesi modellerini kurmak mümkün. Düzenli olarak yapılacak tahliller ile bireylerin gelecek zaman ufuklarında hangi hastalıklara maruz kalacağını birey seviyesinde tahmin etmek ve buna bağlı birçok planlama, programlama yapmak mümkün. Hastalıkları önceden tahmin etmek birçok hayatı kurtaracak, daha çok insanın ise daha kaliteli yaşamasını sağlayacak. Ülkemiz bazında düşünülürse; bu konuda özel, kamu sağlık kuruluşları tekil inisiyatif alabileceği gibi merkezi ve kollektif bir inisiyatif daha fazla data ve daha doğru modeller anlamına gelecektir.

2. İlaç tasarımı: Belirli bir ilacın keşif aşamasından onay aşamasına geçmesi onlarca yıl alan çok

maliyetli bir süreçtir ve ilaç tasarımı büyük sağlık şirketlerinin tekelindedir. Protein katlanması tahminlemesinin Derin Öğrenme mimarileri ile yüksek doğrulukla yapılabilmesi, Yapay Zeka ile ilaç tasarımı konusunda önemli bir adımdır. Yapay Zeka ilaç tasarımını hızlandıracak ve maliyetleri düşürecektir. Böyle bir devrim, jenerik olmayan, kişiye özel ilaçların tasarlanmasını da mümkün kılacaktır.

3. **Tıbbi görüntüleme**: Tıbbi görüntülerden hastalıkların otomatik olarak tahmin edilmesi üzerinde aktif çalışılan Yapay Zeka konularındandır. Derin Öğrenmenin, algoritmaların "görmesi" konusunda 2012 yılından beri katettiği mesafe, yakın gelecekte bu tahminleme metodolojisinin operasyonda kullanılabilmesini sağlayacaktır. Uzman doktorlara yardımcı olarak çalışacak bu Yapay Zeka, teşhis sürelerini kısaltacak ve teşhisleri daha doğru kılacaktır. İnsan-makine simbiyozu ile, tek başına insanın veya tek başına makinenin(algoritma) üretebileceğinden daha iyi teşhisler üretilebilecektir.

4. **Klinik laboratuar süreçlerinin optimizasyonu**: Klinik laborator testlerinin yapılması ve yorumlanması, modern klinik karar destek sisteminin önemli bir parçasıdır. Testlerde, laboratuar sürecinin farklı aşamalarında yapılan hatalar teşhis, tanı ve tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Yapılan hataların sadece %25›lik bir bölümü negatif bir sonuç doğursa da, buradaki "altın standard", bu oranı 6-Sigma yani bir milyon vakada 3.4 hata seviyesine indirgemek olarak belirlenmiştir. Test sonuçlarının Yapay Zeka tarafından otomatik olarak taranması sonucu "anormallikler" otomatik olarak belirlenebilir, ve böylece klinisyenin işi kolaylaştığı gibi birim zamanda daha fazla testin yorumlanması da mümkün olabilir.

İşte bu 4. başlıkta **Biruni&Centro** laboratuarları ve **Organon Analitik** işbirliği ile **TÜBİTAK** tarafından da desteklenen bir projeye başladık. Bu makalenin geri kalanında "**Klinik Laboratuar Test Sürecinin Yapay Zeka ile İyileştirilmesi**" projesinden bahsedeceğiz:

Hasta sağlığının güvencesi için medikal laboratuar testlerinin doğruluğu çok önemli bir parametredir. Test sonuçları hasta ile ilgili medikal kararların yaklaşık %70'ini etkilemektedir. Bu nedenle test sonuçlarındaki hataların minimize edilmesi önemlidir. Test yaşam döngüsünde 3 aşama vardır: 1) Analiz öncesi aşama, 2) Analiz aşama, 3) Analiz sonrası. Her bir aşamada farklı hata türleri sözkonusudur. Örneğin analiz öncesi aşamada hasta verisinin yanlış tedarik edilmesi veya yanlış girilişi; analiz aşamasında cihaz hataları; analiz sonrası aşamada klinisyenin sonuçları yanlış yorumlaması hata türleri arasındadır.

Laboratuar test sürecini, girdileri ve çıktıları olan bir sistem gibi düşünebiliriz. Girdi veri olarak hasta verisi, cihaz verisi, testlerin tipleri, vb. düşünülebilir. Çıktı veri arasında ise test sonuçları ile ilgili kantitatif ve kalitatif veri düşünülebilir. Sistem belirli bir girdi veri için belirli aralıklarda çıktı üretmelidir. Yapay Zeka, girdiler ile çıktılar arasındaki bu bağıntıları çıkarabilir. Bir hastanın yaptırdığı test sonuçlarının çoklu dağılımının beklenen bir bölgede olması gerekir; sonuçlar beklenen değerlerin dışında çıktığında, belirli bir istatistiksel güven seviyesinde, sonuçların sorunlu olduğu anlaşılabilir.

Bir Yapay Zeka sisteminin test sonuçlarını otomatik olarak taraması ve "anormal sonuçları" belirlemesinin aşağıdaki faydaları olacaktır:

1. Laboratuar test sürecinin, test raporu başına harcanan süre cinsinden belirlenen verimi artacaktır.
2. Hata oranı düşecektir.
3. Verimin artması ile birlikte süreç ölçeklenebilir olacak, daha fazla hastaya hizmet olanağı yaratılacaktır.
4. Testleri manuel olarak kontrol eden insan kaynağı, araştırma için daha fazla zamana erişebilecektir.
5. İnsan-makine simbiyozu, daha gelişkin Yapay Zeka inisiyatifleri için bir "kavram ispatı" hizmeti görecektir.

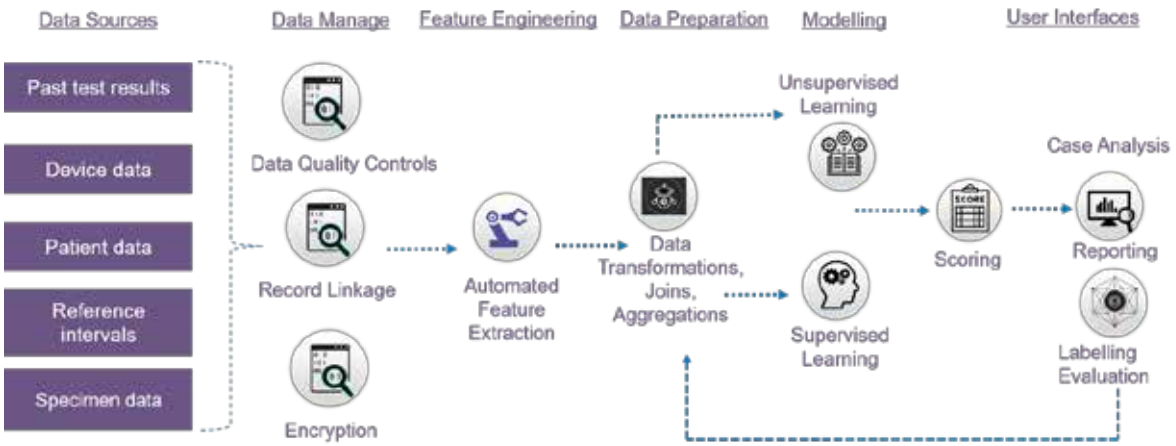
Proje üretime alındıktan sonra işlenecek veri ve kurulacak modellerle ilgili aşağıdaki rakamlar öngörülmektedir:

Veri Büyüklüğü	>1TB
ML model sayısı	~250K
Veri kalitesi uygulanacak veri alanı sayısı	~30K
Otomatik veri türetmesi ile oluşturulacak kolon sayısı	~25K

Projenin üretime alınmasından önce ve sonrasında ise (belirli otomasyon seviyelerine göre değişen) öngörülen performans metrikleri ise aşağıda verilmiştir.

	Mevcut durum	%30 otomasyon	%80 otomasyon
Klinisyen ve gün başına onay sayısı	450	585	810
Günlük test kapasitesi	7,500	9,750	13,500
Test başına harcanan dakika	10	7	2

Bahsi geçen Yapay Zeka sistemini gerçekleştirebilmek için **Organon Yapay Zeka Platformu** kullanılacaktır. Platform, Makine Öğrenmesi iş akışlarının otomasyonunu sağlayan **7 üründen** müteşekkildir. Otomasyonu sağlanmış jenerik bir iş akışının görsellemesi aşağıda verilmiştir:



Yapay Zeka, sağlık ve tıp alanlarını radikal olarak değiştirecektir. İlkönce insan-makine simbiyozu ile etkin sistemler kurulacaktır, sonrasında ise tamamen otomatik Yapay Zeka sistemleri devreye alınacaktır. Böylece emek yoğun ve maliyetli bir sektör olan sağlık sektöründe kalite, hız, doğruluk artacak; maliyetler düşecektir. Toplam sonuç olarak da insanlar daha uzun ve daha kaliteli yaşayabilecektir. Sadece verinin analizi ile...

SPONSORLAR

Bildiri Özetleri Kitabı Sponsoru

Uydu Sempozyumu Sponsoru

Öğrenci Katılımını Destekleme Sponsoru

Katılımcı Destekleme Sponsoru

DESTEKLEYEN KURULUŞLAR

ALANYA HEP ÜNİVERSİTESİ

BAKI DÖVLƏT UNİVERSİTETİ

INTERNATIONAL UNIVERSITY

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM VAKFI

TATD TÜRKİYE ACİL TIP DERNEĞİ

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ ANKARA 1994

TÜRK MİKROBİYOLOJİ CEMİYETİ 1931

TÜRK TIBBİ ONKOLOJİ DERNEĞİ
Hayat için bilimin izinde...

HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİ 1995

ATUDER Acil Tıp Uzmanları Derneği

AFET ARAŞTIRMALARI DERNEĞİ

TELETIP ve Eğitim Derneği

İMUD TURKISH OCCUPATIONAL MEDICINE SOCIETY

EBELER DERNEĞİ 1954

Eşit Nesiller

HAK SAY

TRABZON HALK SAĞLIĞI DERNEĞİ T-HASAD

NTV radyo
Medya Destekçisi

bserve TURKEY
Medya Destekçisi

KONGRE YÖNETİCİSİ

Prof. Dr. Murat Topbaş
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
+90 505 487 75 86 murattopbas@yahoo.com

ORGANİZASYON SEKRETARYASI

Selenay Ardıç
+90 555 104 56 71
selenay@easypartner.com.tr

M. Murat Önaldı
+90 549 801 00 75
info@easypartner.com.tr

www.medheacom.org