



**2nd INTERNATIONAL
MEDICINE, HEALTH AND
COMMUNICATION SCIENCES CONGRESS**

5 - 8 October 2022



**2. ULUSLARARASI
TIP, SAĞLIK VE
İLETİŞİM BİLİMLERİ KONGRESİ**

5 - 8 Ekim 2022



Anadolu Üniversitesi Kongre Merkezi, Eskişehir

KONGRE KİTABI

EDİTÖR

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

ISBN: 978-605-70074-8-3

DİZGİ & KAPAK TASARIM



Tel: +90 0312 905 50 60
E-posta: info@easypartner.com.tr
Web: www.easypartner.com.tr

E-YAYIN HİZMETLERİ

US Yayınları

Anafartalar Mah. Kazım Karabekir Cad. No: 72 /102 Ulus / Ankara
Tel: 0 536 563 48 34 E-posta: usyayinlari@gmail.com



**2. ULUSLARARASI
TIP, SAĞLIK VE
İLETİŞİM BİLİMLERİ KONGRESİ**
5 - 8 Ekim 2022

DAVET



DAVET

Değerli Tıp, Sağlık ve İletişim Bilimciler, Alanın Uzmanları ve Araştırmacılar,

2. Uluslararası Tıp, Sağlık ve İletişim Bilimleri Kongresi Karadeniz Teknik Üniversitesi, Anadolu Üniversitesi ve Yaşar Üniversitesi İşbirliğinde Trabzon Halk Sağlığı Derneğinin katkılarıyla 5-8 Ekim 2022 tarihleri arasında yüz yüze ve çevrim içi olarak **Anadolu Üniversitesi Kongre Merkezi, Eskişehir’de** düzenlenecektir.

Birinci kongreyi 500’e yakın katılımcı ile başarıyla tamamlamış olmanın gururu ve en önemlisi uluslararası ölçekte bireysel ve kurumsal katılımın geniş kapsamda yer bulması nedeniyle ikincisini düzenlenecek kongre için daha heyecanlı ve daha da yoğun bir şekilde hazırlıklarımızı sürdürüyoruz.

Kongre açısından; 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.

2. 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 hem yüz yüze, hem de çevrim içi olarak ev sahipliği yapacaktır.

Kongrenin hem ilk yılının devamında yer alacak bu ikinci buluşmasında, hem de takip eden yıllarda alana sağlayacağı katkıların yanında ortaklaşa çalışmaları hareketlendirebilmek için bağların oluşturulabilmesine, proje ortaklıklarına olanak sağlayabilmesine ve belli kararları da oluşturabilmesi konusunda rol üstlenebilmesi de hedeflenmektedir.

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

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Yıldız Pekşen

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Prof. Dr. F. Nur Baran Aksakal

Gazi Üniversitesi

Prof. Dr. Erol Nezih Orhon

Anadolu Üniversitesi



5 - 8 Ekim 2022



ONURSAL KURUL

Prof. Dr. Fuat Erdal
Anadolu Üniversitesi Rektörü

Prof. Dr. Hamdullah Çuvalcı
Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörü

Prof. Dr. M. Cemali Dinçer
Yaşar 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, Amkara

Prof. Dr. Erol Nezih Orhon
Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri 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. Bülend Aydın Ertekin

Anadolu Üniversitesi, İletişim Fakültesi
Dekan Vekili, 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 Nezh Orhon

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri 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, İstanbul Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Prof. Dr. Yeşim Şenol

Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Antalya

Prof. Dr. Toker Ergüder

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Doç. Dr. D. Alper Altunay

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema - Televizyon Bölümü,
Televizyonda Yapım - Yönetim Anabilim Dalı, Eskişehir

Doç. Dr. Ceyda Şahan

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı

Doç. Dr. Defne Öcal Kaplan

Kastamonu Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi,
Antrenörlük Eğitimi Anabilim Dalı, Kastamonu

Doç. Dr. Yasin Özarslan

Yaşar Üniversitesi, Fen- Edebiyat Fakültesi,
Bilim Kültürü Bölümü, İzmir

Dr. Öğr. Üyesi Hakan Tüzün

Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Dr. Öğr. Üyesi Meryem Merve Ören

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Dr. Öğr. Üyesi Murat Ertan Doğan

Yaşar Üniversitesi, Fen- Edebiyat Fakültesi,
Bilim Kültürü Bölümü, İzmir

Uzm. Dr. Dilek Yapar

T.C. Sağlık Bakanlığı,
Antalya Muratpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü, Antalya

Dr. Mustafa Bahadır Sucaklı

Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara

Dr. Çağla Okyar

Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Adana

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

BİLİMSEL SEKRETERYA

Prof. Dr. Yeşim Şenol

Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Antalya

Prof. Dr. Sevgi Canbaz

İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Uzm. Dr. Dilek Yapar

T.C. Sağlık Bakanlığı
Antalya Muratpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü, Antalya

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

Duquesne 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 Üniversitesi, 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

Duquesne 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. Siddhartha 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. Ali Bilgili

Ankara Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Farmakoloji ve Toksikoloji Anabilim Dalı, Ankara

Prof. Dr. Haluk Birsen

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Basın ve Yayın Bölümü, Eskişehir

Prof. Dr. Özgül Birsen

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Basın ve Yayın Bölümü, Eskişehir

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. Elif Dikmetaş Yardan

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, 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. 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 Diyetetik Bölümü, İstanbul

Prof. Dr. Erhan Eroğlu

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, İletişim Tasarımı ve Yönetimi Bölümü, Eskişehir

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 Evcı Kiraz

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çevre Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı, Aydın

Prof. Dr. Süleyman Görpelioglu

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. 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. Deniz Kılıç

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Basın ve Yayın Bölümü, Eskişehir

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. Sibel Sakarya

Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Doç. Dr. Atılım Onay

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Halkla İlişkiler ve Reklamcılık Bölümü, Eskişehir

Prof. Dr. Meral Saygun

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırıkkale

Prof. Dr. Fatma Deniz Sayiner

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. Füsün 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. Şükrü Torun

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, Eskişehir

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 Fakültesi, 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

Prof. Dr. R. Ayhan Yılmaz

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Halkla İlişkiler ve Reklamcılık Bölümü, Eskişehir

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. Sevil Bayçu

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Halkla İlişkiler ve Reklamcılık Bölümü, Eskişehir

Doç. Dr. Hasan Çalışkan

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, İletişim Tasarımı ve Yönetimi Bölümü, Eskişehir

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 Kahrıman

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon

Doç. Dr. Fatih Kara

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürü, Ankara

Doç. Dr. Mestan Küçük

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, İletişim Tasarımı ve Yönetimi Bölümü, Eskişehir

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. Figen Ünal Çolak

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi,
İletişim Tasarımı ve Yönetimi Bölümü, Eskişehir

Doç. Dr. İzlem Vural

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Basın ve Yayın Bölümü, Eskişehir

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 Çağlar Genç

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi,
İletişim Tasarımı ve Yönetimi Bölümü, Eskişehir

Dr. Öğr. Üyesi Yaprak İşçibaşı

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi,
Sinema-Televizyon Bölümü, Eskişehir

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

Dr. Öğr. Üyesi Onur Yumurtacı

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi,
Sinema-Televizyon Bölümü, Eskişehir



**2. ULUSLARARASI
TIP, SAĞLIK VE
İLETİŞİM BİLİMLERİ KONGRESİ**
5 - 8 Ekim 2022



İçindekiler

#Göz Sağlığı: Instagramda Popüler Bir Oftalmoloji Hashtag'inin, Hastalar İçin Bir Bilgi Kaynağı Olarak Değerlendirilmesi	33
3. Basamak Yoğun Bakımda Elizabethkingia Meningoseptica Bakteriyemisi: Olgu Sunumu.....	39
A Comparison Of Telerehabilitation Versus Home Exercise Program In Stroke Patients.....	40
A Comparison Of The Effects Of Synchronous And Asynchronic Home Rehabilitation Groups On Pain, Functional Status Assessment And Quality Of Life Parameters In Patients With Shoulder Tendinopathy	55
A Thematic Video Analysis On Social Media Advocacy Of Health At Every Size-Oriented Movements.....	56
Aile Hekimlerinin İletişim Becerilerinin Aile Hekimleri Ve Tip 2 Diyabet Hastaları Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi.....	57
Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Erişkin Aşları Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	59
Ailevi Akdeniz Ateşinde Komorbidite Ve Sosyoekonomik Düzey Değerlendirmesi	61
Akut/Kronik Santral Seröz Koryoretinopati İle Yaşam Kalitesi, Anksiyete Ve Depresyon Arasındaki İlişki.....	68
Ankara İli Çankaya İlçesinde Bir Aile Sağlığı Birimine Kayıtlı 65 Yaş Ve Üzeri Nüfusta Pnömonokok Aşılama Hızını Arttırmaya Yönelik Bir Müdahale Çalışması	69
Anterenman İç Yüklerinin Görüntülenmesinde Biyokimyasal Parametreler	71
Aşı Tereddütü Yaşayan Ebeveynlerle Doğru İletişim.....	72
“Beyaz Kutup Ayısını” Rahat Bırakalım İklim Krizini Anlatmada Klişelerin Önüne Geçmek	76
The Relationship Between Spiritual Care Needs and Hopelessness Levels of Patients with Brain Tumors	77
Bir İlçe Düzeyinde SABİM’e Yapılan Başvuruların Analizi: Pandemi Dönemi Ve Öncesi.....	78
Bir İlçede Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgi Düzeyleri: Bir Müdahale Çalışması.....	80
Büro Çalışanlarının Dijital Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi	86
Communication Of Special Groups With Horses In Hippotherapy Practices.....	88

Compasion Of The Effects Of Amlodipine And Aena Lapril On Serum Uric Acid Levels In Essential Hypertension In Pediatric Patients	89
Contact Tracing During The Covid-19 Pandemic In District Health Directorate Example In Istanbul, Turkey	90
Covid-19 Enfeksiyonu İle Yoğun Bakımda Takip Edilen Hastalarda Gelişmiş Sekonder Bakteriyel Enfeksiyon Etkenlerinin İncelenmesi	98
Covid-19 Enfeksiyonu Sonrası Atipik Prezantasyon İle Başvuran Bir Olgu: Olgu Sunumu	99
Covid-19 Pandemisi Başlangıcındaki Eskişehir Şehir Hastanesi Acil Servise Başvuran Covid-19 Hastalarının Klinik Durumlarının İncelenmesi.....	100
Çalışanlarda İşle İlişkili Kas-İskelet Sistemi Rahatsızlıklarında Eğitim Müdahalelerinin Etkisi: Bir Derleme Çalışması	101
Çocukluk Çağı Aşı Reddi Nedenlerinin İncelenmesi: Kesitsel Çalışma.....	106
Donuk Omuz Tedavisinde Anestezi Altında Manipulasyon Ve Eklem İçi Steroid Enjeksiyonunun Klinik Ve Fonksiyonel Sonuçlarının Değerlendirilmesi	108
Dünyada Covid-19 Ve Monkeypox Salgınlarının Çevrimiçi Arama Motoru Sorgularının İncelenmesi	109
Ebeler İçin Online Ev Ziyareti: Ebe Evimde Uygulamasının Annelerin Öz Yeterlilik Ve Anksiyete Düzeyine Etkisi.....	116
Eczacılık İletişiminde Yeni Dönem: Eczacılık 4.0 Ve Telefarmasi Kavramlarının İncelenmesi	117
Eczacılık İletişimindeki Dijital Uygulamaların Tıp Ve Sağlık Hizmetlerine Yansıması	125
Effects Of Quercetin On Gentamicin-Induced Experimental Liver Injury In Rats.....	126
Ekiplerarası İletişim İçin, Afete Müdahale Simülasyon Etkinliklerinin Önemi : Bir Literatür Çalışması.....	128
Erken Çocukluk Döneminde Sağlık İletişiminde Etkili Bir Araç: Çocuk Kitapları	130
Falls In The Elderly Adults	137
Fear Of Covid-19 And Coping Strategies Of Nursing Students During Clinical Education About Surgical Nursing	138
Gazetelerin Engellilere Yönelik Söylemsel Pratiğinin 2022 Yılı Örnekleriyle Eleştirel Söylem Çerçevesinde Çözümlemesi.....	140
Gebelik Ve Maymun Çiçeği Virüsü	146
Göçmen Ve Mülteci Hastalara Sağlık Hizmeti Sunumunda Hemşirelerin Yaşadıkları Zorluklar Ve Kültürlerarası Duyarlılığın Değerlendirilmesi.....	147

Göz Ardı Edilen Bir Yaklaşım: Tek Sağlık	149
Güncel Bilgiler Işığında Polio Ve Aşı İletişimi	153
Hasta Hekim İletişimi İle İlgili Yapılmış Tıpta Uzmanlık Tezlerinin Bibliyografik Analizi	161
Health Communication And Nutrition Awareness	162
Health Communication In School Settings: The Effect Of Speech And Language Disorders Training On The Attitudes And Knowledge Of Counselors Working With Preschool And Primary School Levels	163
Hekim Hasta İletişimi Üzerine “Wit” Filminin Analizi	165
Hekimlere Yönelik Beslenme Ve Sağlık İletişimi Eğitim Programı.....	166
Hekimlerin Acil Serviste Ateşli Çocuğa Yaklaşım Konusunda Bilgi Ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi.....	168
Hekimlerin Yaşlı Hastalar Ve Yakınlarıyla İletişiminin Ve Ortak Karar Almanın Önemi.....	170
Hemşirelerde Anne Baba Stresi Düzeyi Ve Öfke Etkileşimi.....	174
Hemşirelerin Duygusal Zeka Ve Tükenmişlik Durumları: Kesitsel Bir İnceleme	188
Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin İletişim Becerileri Ve Ekip Çalışmasına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Araştırılması: Türkiye’den Bir Örnek.....	189
Hemşirelik Öğrencilerinde Kronotip Ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi	191
Hemşirelik Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi.....	193
Hemşirelik Öğrencilerinin Gençlik Liderlik Özellikleri Ve Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	194
İnşaat İşkolunda Çalışan Genç Bir İşçide Görülen Plevral Plak	195
Investigation Of Bacteriophage Therapy Potential In Infections Caused By Klebsiella Species In Galleria Mellonella Larva Model	199
İş Sağlığı Ve Güvenliği Sağlık İletişimi.....	200
İşitme Engelliler Ve Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM)	204
Kalça Kırıklarında Operasyon Zamanı İle Ölüm Oranları İlişkili Mi?	216
Karadeniz Teknik Üniversitesi Acil Servisine Başvuran Hasta Yakınlarının Gereksinimleri	218
Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Kişilerin Telesağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi	230
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Telesağlık Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi	248

Kardiyovasküler Hastalıkların Tedavisi İçin Umut Verici Doğal Ajanlar Olarak Esansiyel Yağlar	257
Karın Ağrısı İle Acil Servise Başvuran Çocuklarda Bilgisayarlı Tomografi Bulguları Tek Merkez Deneyimi.....	258
Knowledge, Attitude, And Practice On Breast Self-Examination Among Females In Addis Ababa, Ethiopia	260
Koagülasyon Laboratuvarında İzin Verilen Toplam Hata Oranları Ve Altı-Sigma Yöntemiyle Test Performanslarının Değerlendirilmesi.....	261
Korona Bir Öteki Hastalığı Mı? Bir Belgesel Analizi: Armutszeugnis Corona (2021)	268
Kritik Hastalarda Cihaza Bağlı Bası Yarası Gelişiminde Rol Oynayabilecek Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi Ve Önlenmesi	269
Küresel İklim Krizi Sağlık Politikalarına Uyum Konusunda Yol Göstericiler: Risk Algısı Ve Risk İletişimi	270
Management Of Orthopedics And General Surgery In Patients With Hemophilia	279
Ortopedik Hastalıkların Tedavisinde Telerehabilitasyon Kullanımı.....	287
Ölmek Ve Yaşamak Üzerine Bir Tercih: Extremis Belgeseli.....	289
Pandemi Döneminde Evde Sağlık Hizmeti Gereksinimi: Retrospektif Tanımlayıcı Çalışma	290
Pandemi Hastanesinde Çalışan Personelin Covid-19 Korkusu İle Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	291
Pandemi Sonrası Dönemde Telepsikiyatri Uygulamaları: Etik Ve Klinik Sorunlar.....	295
Pandemi Sonrası Dönemde Uzaktan Hasta Takip Sistemlerinin Güncel Problemleri Ve Geleceği.....	300
Pandemide Kamu Çalışanlarında Pasif Ve Aktif Sigara İçme Ve Bırakma Deneyimleri	304
Pediyatrik Önkol Kırıklarının Tedavisinde Ten Uçlarını Cilt Altında Mı Bırakalım, Dışarda Mı Bırakalım?.....	306
Protective Effect Of Gallic Acid On Liver Tissue Damage Caused By Cyclophosphamide.....	307
Protetik Diş Tedavisinde Kullanılan Güncel Renk Tespit Yöntemleri.....	309
Rejeneratif Ve Restoratif Tıp Uygulamalarında Ar-Ge, İnovasyon Ve Buluşların Ticarileştirilmesi Sorunu (Bu araştırma Tübitak tarafından 1004 projeleri kapsamında desteklenmektedir.).....	310
Rejeneratif Ve Restoratif Tıp Uygulamalarının İktisadi Değerlendirmesi: Spinal Musküler Atrofi (SMA) Hastalığı Örneği (Bu araştırma Tübitak tarafından 1004 projeleri kapsamında desteklenmektedir.).....	319

Rejeneratif Ve Restoratif Tıp Uygulamalarının Olası Etik Sorunları Ve Bunun Bilim Algısına Etkisi (Bu araştırma Tübitak tarafından 1004 projeleri kapsamında desteklenmektedir.).....	323
Resveratrolün Kalp Ve Damar Fonksiyonları Üzerindeki Etkileri.....	338
Revize Edilmiş Diyabet Öz Bakım Envanterinin Ve Algılanan Diyabet Öz Yönetimi Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirliğinin İncelenmesi.....	344
Sağlık Çalışanı İle Hasta Ve Hasta Yakını İletişiminde Medyanın Olumsuz Etkisi.....	363
Sağlık Çalışanlarının Medyada Temsili: Pandemi Dönemindeki Hakim Söyleme Yönelik Bir İçerik Analizi.....	372
Sağlıkta Dijital Bilgilendirmenin Aktörleri Kimler?.....	373
Sağlık İletişiminde Afişlerin Önemi: Anne Sütü Ve Anne Sağlığı İle İlgili Sosyal Afişler Üzerine Bir İnceleme	375
Sağlık İletişiminde Aşı Karşıtı Sporcuların Medyadaki Yeri: Kyrie Irving Örneği Üzerinden Türkiye Ve Abd Basınında Yer Alan Haberlerin Karşılaştırılması	376
Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımı.....	377
Sağlıkta Şiddetin Psikososyal Boyutu	378
Sağlıkta Toplumla İletişim Yöntemleri	383
Sars Cov-2 İle Enfekte Olan Amatör Futbolcuların Depresyon, Anksiyete Ve Stres Düzeyleri.....	389
Serebral Palsili Çocuklarda Rehabilitasyon Ve İletişim	390
Sinemada Engelli Çocuğu Olan Bir Annenin Psikolojisi: Children Of The Mountain (Dağın Çocukları) Filminin İncelenmesi	392
Sözel Şiddet Ve Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı: Bir Fenomenolojik Çalışma.....	393
Şizofreni Hastalarında Nötrofil Lenfosit Oranının Araştırılması.....	394
Tele-Nöro: Nöroloji Hastalarının Takip Ve Tedavisi İçin Bir Telerehabilitasyon Sistemi.....	395
Telesağlık Ve Üreme Sağlığı Hizmetleri	404
The Effects Of Quercetin, Rosmarinic Acid And Combination Of These Two On Methotrexate Induced Lung Injury In Rats	410
The Risk Of Hookah Smoking And Sharing Hookah Pipe During The Covid-19 Pandemic	412
Tıbbi Hatanın Açıklanmasında Özür Dileme: Durum Çalışması	413
Tıp Eğitiminde Sinemayı Kullanmak Üzerine Yeniden Düşünmek.....	415

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde İzlenen Bir Danışana Yönelik Uygulanan Terapötik Yaklaşımın Nanda'ya Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu.....	416
Total Diz Protezi Uygulanan 60 Yaş Üstü Kadın Hastaların Orta Dönem Diz Skorlarının Değerlendirilmesi.....	427
Trabzon İli Üniversite Öğrencilerinde Alkol Kullanımı, Alkol Kullanım Bozukluğu Prevalansı ve Etkileyen Faktörler	428
Trabzon İli Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanım Prevalansı Ve Etkileyen Faktörler.....	442
Tumor Control And Functional Outcome In Patients With Suprasellar And Olfactory Meningiomas Treated By Radiotherapy With Or Without Surgery: A Single Institutional Retrospective Series.....	453
Tüberküloz Hastalarında Video Gözetimli Tedavi ve Doğrudan Gözetimli Tedavinin Değerlendirilmesi, Samsun İli, Retrospektif Çalışma	463
Türkiye Ulusal Basınında Covid-19 Haberlerinin Risk İletişimi Açısından Analizi.....	465
Türkiye'de Astım Prevalansına Yönelik Yapılan Çalışmaların Bibliyometrik İncelemesi.....	470
Türkiye'de Hasta Bireylerin Kök Hücre Tedavilerine Yönelik Yaklaşımı (Bu araştırma Tübitak tarafından 1004 projeleri kapsamında desteklenmektedir.).....	471
Türkiyedeki Bölge Ruh Sağlığı Hastanelerinde Çalışan Psikiyatri Hemşirelerinin Merhamet Düzeyleri	477
Üniversite Öğrencilerinde Kumar Oynama Ve Problemlili Kumar Sıklığı Ve Kumar Hakkındaki Tutumların Değerlendirilmesi, Türkiye.....	479
Üniversite Öğrencilerinde Teknolojik Bağımlılıkların Prevalansı Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Trabzon, Türkiye	489
Üniversite Öğrencilerinde Tütün Kullanım Prevalansı Ve Etkileyen Risk Faktörleri: Trabzon, Türkiye.....	499
Yaşam Psikolojisi Ve Bedensel Aktivitelerin Oyunculuk Performansına Etkileri.....	510
Yaşamsal Bulgulara Yönelik İnovatif Yaklaşımlar	511
Yaşlılık Döneminde Sağlık Hizmetlerine Erişim Konulu Pubmed Veri Tabanından 2021 Yılına Ait Erişilebilen Yayınların İncelenmesi Araştırması	517
Yenidoğan Yoğun Bakımda Bebeği Olan Ailenin Gereksinimlerine Yönelik Nanda-1 Ve Joyce Travelbee'nin İnsan İnsana İlişkiler Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımı-Olgusu Sunumu	519
Youtube'da Yayınlanan Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet İçerikli Videolara Yapılan İzleyici Yorumlarının Analizi.....	520
Yüksek Mahkeme Kararları Uyarınca Malpraktis Davalarında Aydınlatılmış Onam.....	522

KONUŞMACI METİNLERİ

Aşı İletişimi	527
Çevre Sağlığı Okuryazarlığı.....	532
Eko-İletişim	541
İklim Okuryazarlığı	548
Sağlıkta Şiddetin Hukuki Boyutu	551
Kadına Yönelik Şiddet Ve Mücadelede Mağdurlarla İletişim	557
Kadına Yönelik Şiddet Ve Mücadelede Kanun Uygulamaları	560
Sosyal Medya Bağımlılığına Karşı Medya/Sosyal Medya: Paradoks Mu?	567
Tütün Ve Madde Bağımlılığında Toplumsal İletişim.....	576
Bağımlılık Ve İletişim.....	581
Çocuk İstismarı Ve İhmali; Tanı Ve Tedavi Sürecinde Profesyoneller Arası İletişim.....	584
İstismara Uğramış Çocukla İletişim	587
Kronik Hastalıkların Yönetiminde İletişimin Rolü	588
Kronik Hastalıklara Güncel Bakış	599
Kronik Hastalıkların Yönetiminde İletişim, Bir Sağlık Sistemi Perspektifi.....	609
Fiziksel Aktivite Sağlık Ve İletişim.....	615
Metaverse Dünyasında Spordan Yansımalar.....	619
Neden mi Fair Play?	627
Spor Ve Teknoloji	628
Ruhun Anahtarı: Bebekle İletişim.....	629
Sosyal Medyadan Kadın Sağlığı Nasıl Görünüyor?	631
Ergenlikten Menopoza Kadın Sağlığı Ve Medya.....	634
Çalışan Esenliği Odaklı İşyeri Organizasyonu.....	647
Koçvari İsg Uygulamaları.....	651
İş Sağlığı Uygulamalarında Uzaktan İletişim: Teletıp Uygulama Deneyimleri	653
İş Sağlığı/Güvenliğinde İletişim Ve Mesleklerarası İşbirliği.....	654

Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Söz Öncesi Sosyal İletişim Becerilerinin Desteklenmesi	656
Görme Yetersizliği Olan Bireylere Yönelim ve Bağımsız Hareket Becerilerinin Öğretimi.....	657
Evrensel Tasarım İlkeleri.....	666
Hedef (Okuyucu) Kitle İle Yayın Sonrası İletişim	668
Tıp ve Sağlık Alanlarında Bilim İletişimi	669
Medyada Cinsellik Disforisi	670
Cinsellik Ve Medya.....	671
Pandemide Cinsellik	678
Medya ve Cinsel Mitler	679
Sağlık ve Mizah.....	683
Görsel Gürültü Ve Estetik Kirlilik Sarmalında Algı Psikolojisi.....	684
Dijital Manipülasyon, Dijital Görsel, Kültür ve Metaverse Bağlamında Dijital Kimlikler Ve Gerçeklik Algısı	692
İntihar Ve Medya	705
Şiddetin Medyaya Yansımaları	706
Sosyal Medya Ve Mükemmel Annelik İmajı	707
Yaşlıları Anlamak	708
Bilgi Çağında İnfodemi” Ve Yaşlılık: Nasıl Önleyelim?.....	709
Diş Hekimi İle Laboratuvar Arası İletişim	714
Yoğun Bakım Hastası İle İletişim	721
Serebral Palsili Hastalarla İletişim	724
Infodemia In Health: Experience From Responding To Monkeypox Infodemics In Nigeria	725
Attitudes And Intentions Of Health Personnel Towards Covid-19 Vaccination In Kaziba Health Zone	728
Infodemic Management For Covid-19 In Bangladesh: From The Beginning To Present	739
Poland, Dis- And Misinformation In 2021 And 2022	740
Infodemia In Health And Fake News – The Nigerian Context	743



5 - 8 Ekim 2022



#GÖZ SAĞLIĞI: İNSTAGRAMDA POPÜLER BİR OFTALMOLOJİ HASHTAG'İNİN, HASTALAR İÇİN BİR BİLGİ KAYNAĞI OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Sevim Ayça Seyyar¹, Ecem Önder Tokuç²

¹Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Kocaeli, Türkiye

²Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

aycayilmaz_409@hotmail.com

Özet

Giriş ve Amaç: Bu çalışma, instagramda popüler bir oftalmoloji hashtag'i olan “#göz sağlığı” altında yayınlanan gönderilerin içeriklerini değerlendirerek hastalar için eğitici olup olmadıklarını belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem ve Gereçler: Web tabanlı, kesitsel bir çalışma tasarımına sahip bu çalışmada, instagramda “#göz sağlığı” altında kamuya açık olarak yayınlanan ilk 300 gönderinin içeriği iki oftalmoloji uzmanı tarafından değerlendirildi. Her gönderi; gönderi yazarı (tıp doktorları, özel hastaneler, optikçiler, fitoterapistler, hastalar) gönderi türü (kısa video, fotoğraf), gönderinin amacı (eğitici, kişisel tanıtım veya eğlence), gönderi konusu (göz hastalıkları alt uzmanlıkları) ve gönderinin eğitici bir kaynak arayan hastalar için yararlı olup olmadığına göre değerlendirildi.

Bulgular: Gönderilerin çoğunluğu, %56'sı (168/300) tıp doktorları tarafından yapılmıştır ve %97'si (163/168) göz hastalıkları uzmanıdır. Tüm gönderilerin %41'i (122/300) hastalar için yararlı olarak değerlendirilirken %59'u (178/300) ise hastalar için yararsızdı. Gönderilerin en yaygın amacı kişisel tanıtım %41 (122/300) olarak belirlendi, bunu eğitim %38 (116/300) ve eğlence %21 (62/300) gönderileri izledi. Eğitim amacıyla paylaşılan gönderilerin tamamının %100 (116/116) hastalar için yararlı olduğunu tespit edildi. Eğlence %97 (60/62) ve kişisel tanıtım %97 (118/122) amacıyla paylaşılan gönderilerin ise çoğunluğunun ise hastalar için yararsız olduğu belirlendi. Analiz edilen gönderilerin %92'si (276/300) fotoğraf, %8'i (24/300) ise videodan oluşuyordu. Hastaların eğitimi için yararlı olan gönderilerin çoğunun %65'i (80/122) göz doktorları tarafından yapıldığı, aynı zamanda hastalar için yararsız gönderilerin çoğunun da %49'u (88/178) göz doktorları tarafından yapıldığı belirlenmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Göz doktorları, göz sağlığı hashtag'indeki gönderilerin ana yazarlarıdır. Gönderilerin çoğunun amacı kişisel tanıtımdır, ikinci en yaygın amaç ise eğitimidir. Sonuçlarımız, Instagram'ın hastalar için göz hastalıkları hakkında olası bir yardımcı eğitim kaynağı olmadığını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Instagram, sosyal medya, eğitim, hashtag, göz sağlığı

Giriş

Günümüzde, sosyal medya hastalar için popüler bir sağlık bilgisi kaynağı haline geldi. Görüntü tabanlı bilgi sağlayan bir platform olan Instagram'ın, dünya çapında bir milyardan fazla kullanıcısı olduğu bilinmektedir (1). Instagram kullanıcılarının %40'ından fazlası sosyal medyada buldukları bilgilerin sağlık hizmetleriyle ilgili karar vermelerini etkilediğini belirtiyor (2). Kısa hashtag'ler tarafından indekslenen instagram gönderileri, sağlayıcıların ve hastaların hastalıklar, tedaviler ve sonuçlar hakkında bilgi paylaşmasına ve tüketmesine olanak tanır. Giderek artan sayıda göz doktoru hastalarını bilgilendirmek ve hastalarıyla iletişim kurmak için Instagram'ı kullanıyor ve böylece basit hashtag'ler ve gönderiler aracılığıyla büyük bir dijital varlık oluşturuyor (3).

Son yıllarda çeşitli tıp alanları, instagram da dahil olmak üzere sosyal medya platformlarının hasta katılımı ve eğitimi üzerindeki etkilerini araştırmış ve hekim seçimi de dahil olmak üzere sosyal medyanın klinik uygulamaları nasıl etkilediğini analiz etmeye çalışmıştır (4,5). Instagram'ın resmi olmayan, düzenlenmemiş doğası, kanıta dayalı bilgileri hızlı bir şekilde paylaşma fırsatının yanı sıra tartışmalı konularda önyargı oluşturarak yanlış yönlendirme sebep olabilir (6).

Bildiğimiz kadarıyla, instagramda yayınlanan göz sağlığı ile ilgili gönderilerin içeriğini ve hastalar için eğiticiliğini değerlendiren bir çalışma yoktur. Bu çalışmanın amacı, göz sağlığı için hasta eğitim kaynağı olarak instagram gönderilerinin içeriklerini değerlendirmektir.

Yöntem ve Gereçler

Instagram (www.instagram.com) sitesine 25, Ağustos 2022 tarihinde girilerek arama kutusunda "göz sağlığı" hashtagi sorgulandı ve ilk 300 gönderi değerlendirme için kaydedildi. Çalışma yalnızca kamuya açık verileri içerdiğinden ve hiçbir insan katılımcı veya hayvan dahil edilmediğinden etik onay gerekli değildi (7).

Her gönderi, gönderi türüne (kısa video, fotoğraf), gönderinin amacına (eğitici, kişisel tanıtım veya eğlence), gönderi konusuna (göz hastalıkları alt uzmanlıkları) ve gönderinin yazarına göre değerlendirildi. Yazarlar, her kullanıcının instagram profili analiz edildikten sonra; tıp doktoru, özel hastaneler, optikçiler, fitoterapistler, hastalar olarak kategorilere ayrıldı. Gönderiler hem eğitici hem de tanıtım amaçlı olabileceğinden, önceki bir çalışmada açıklanan metodolojiye göre eğitici veya tanıtım amaçlı olarak tek bir şekilde tanımlandı (8). Yani; öncelikle öğretime odaklanan gönderiler eğitici olarak kategorize edilirken, göndericinin kendini tanıtmayı, belirli bir ürün veya tedaviyi tanıtmak için göndericinin uygulamasına veya kurumuna atıfta bulunan veya "reklam" olarak etiketlenen gönderiler tanıtım olarak kabul edildi. Gönderiler, göz hastalıkları alanıyla ilgiliyse, eğitici kaynak arayan hastalar için hastalıklar ve/veya tedavi yöntemleri hakkında yardımcı olabilir ve bilgilendirici alt yazılara sahipse eğitici olarak kabul edildi. İki göz hastalıkları uzmanı (SAS ve EÖT) tarafından tarafsız olarak analiz edilen gönderilerdeki herhangi bir uyumsuzluk tartışmadan sonra çözüldü.

İstatistiksel analiz

Tüm analizler, IBM SPSS Statistics for Windows, Sürüm 25.0 kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca ve sayısal değişkenler için minimum ve maksimum olarak sunuldu. Kategorik değişkenler için, çoklu ve ikili grup karşılaştırmalarında Ki-kare testi ve Pearson Ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $P < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Instagramda arama kutusuna “#göz sağlığı” yazıldı ve ilk 300 gönderi detaylı olarak analiz edildi. Gönderilerin büyük kısmının formatını %92’si (276/300) fotoğraf, %8’ini (24/300) ise video oluştuyordu. Video formatındaki gönderilerin %58’i (14/24) hastalar için eğitici bulunurken fotoğraf formatındaki gönderilerin %39’u (108/276) hastalar için faydalı bulundu.

Gönderiler amaçlarına göre değerlendirildiğinde, kişisel tanıtım %41 (122/300) amacıyla yapılan gönderilerin diğerlerine göre daha fazla olduğunu, bunu eğitim %38 (116/300) ve eğlencenin %21 (62/300) izlediğini belirledik. Eğitim amacıyla paylaşılan gönderilerin tamamının %100 (116/116) yararlı olduğunu tespit ettik. Eğlence %97 (60/62) ve kişisel tanıtım %97 (118/122) amacıyla paylaşılan gönderilerin ise çoğunluğunun hastalar için yararsız olduğunu belirledik.

Gönderilerin yarısının %56’si (168/300) tıp doktorları tarafından paylaşıldığı belirlendi. Diğer yarısını ise özel hastaneler %17 (52/300), hastalar %7 (20/300), fitoterapistler %9 (28/300), optikçiler %11 (32/300) oluştuyordu. Gönderi sahiplerine göre içeriklerin hastalar açısından eğitici oldukları karşılaştırıldığında tıp doktorlarının gönderilerinin %48 (80/168) oranda yararlı olduğu tespit edilirken %52 (88/168) oranda yararsız içerik paylaştıkları izlendi. Fitoterapist %77 (22/28) ve optikçilerin %88 (28/32) ise çok büyük oranda yararsız gönderiler paylaştıkları görüldü.

Gönderiler göz hastalıkları alt uzmanlıklarına göre sınıflandırıldığında %65’inin (196/300) genel göz sağlığı ve göz sağlığının korunması ile ilgili olduğunu belirledik, bunu çocukluk çağı göz hastalıkları %6 (18/300), katarakt ve akıllı mercekler %9 (26/300), retina hastalıkları %7 (22/300), oküler yüzey hastalıkları ve kontak lensler %13 (38/300) izledi. Retina hastalıkları ile ilgili gönderilerin %81’inin (18/22) hastalar için faydalı olduğu izlenirken, en çok gönderi sayısına sahip olan genel göz sağlığı ve göz sağlığının korunması ile ilgili gönderilerin %30’unun (60/196) yararlı olduğu görüldü Tablo 1’de gönderilerin yazarlarına, türlerine, amaçlarına ve konularına göre sınıflandırılarak hastalar için yararlılık oranlarının değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada, halka açık ve düzenlenmemiş bir alan olan Instagramda göz sağlığı ile ilgili gönderiler içerik, amaç, yazarlık ve hastalar için yararlılık açısından analiz edildi. Göz sağlığı hashtag’i altında paylaşılan gönderilerin büyük bir kısmının fotoğraf formatında olduğu, video formatında paylaşılan gönderilerin hastalar için yararlılık oranlarının fotoğraflara göre daha fazla olduğu gözlemlendi ancak iki

format arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark izlenmedi ($p=0.066$). Gönderilerin daha büyük oranda kişisel tanıtım amacıyla paylaşıldığı, eğitim amacıyla paylaşılan gönderilerin hastalar için daha yararlı olduğu gözlemlendi. Gönderileri paylaşan yazarların çoğunluğunun tıp doktorları olduğu ve tıp doktorlarının daha çok eğitim amacıyla gönderi paylaştığını ancak tanıtım amacıyla paylaşılan gönderilerin çoğunun da tıp doktorları tarafından paylaşıldığı tespit edildi. Bu nedenle hastalar için yararlı gönderilerin çoğunda olduğu gibi yararsız gönderilerin çoğunda da gönderi yazarı tıp doktorlarıydı.

Literatürde plastik cerrahi, dermatoloji, radyoloji, enfeksiyon hastalıkları, kardiyoloji, ortopedi gibi tıbbi alanlarda çeşitli instagram çalışmaları bulunurken (7,9-12), göz hastalıkları hakkında yapılmış instagram çalışmaları ise nispeten azdır (8,13-15). Göz hastalıkları, yüksek kaliteli görüntülemenin kolaylıkla paylaşılabildiği bir uzmanlık alanıdır, ön segment, kornea, retina ve oküloplastik gibi alt uzmanlık dallarında, fotoğraf ve video paylaşımlarının eğitici olma potansiyeli oldukça yüksektir. *Huang ve ark.'nın* (8) Instagram'daki göz hastalıkları hashtag'lerinin içeriği üzerine yaptığı bir çalışmada, gönderi yazarlarının çoğunluğunun (%35,8) göz doktorları olduğu, en yaygın mesajın eğitim amaçlı (%56) olduğu ve en yaygın gönderi formatının fotoğraf (%82) olduğu bildirilmiştir. *Tiskaoğlu ve ark.'nın* (16) yakın zamanda yaptığı bir çalışmada inceledikleri gönderilerin %26'sının tanıtım amaçlı olduğunu ve tanıtım amaçlı gönderilerin bir kişinin instagram akışının dörtte birini kapsadığını ancak bunların eğitici olmadığını bildirdiler. Ek olarak, eğitim gönderilerinin çoğu göz doktorları tarafından yayınlanmıştı ve birçok doktor Instagramı tanıtım amaçlı kullansa da gönderilerinin çoğu eğiticiydi.

Sosyal medyadaki bilgiler sıkı bir şekilde izlenmediği için bilgi ve eğitim kalitesi sorgulanmalıdır (17). Öte yandan, sosyal medya, değerli bilgilerin geniş bir kitleye hızlı bir şekilde yayılması için güçlü bir araçtır. Bu nedenle, instagram görme bozukluğuna sebep olan çeşitli durumlar için alternatif tedavi arayan hem çocuk hem de yetişkin hastalar için popüler bir seçenek olmaya devam etmektedir (18). Göz sağlığı hashtag'i altındaki instagram gönderilerine ilişkin analizimiz, fitoterapistler tarafından çeşitli besin takviyeleri ile ilgili paylaşılan gönderilerin büyük oranda faydasız hatta hastalar için zararlı bilgiler içerdiğini tespit etti. Göz doktorları tarafından paylaşılan gönderilerin büyük oranda eğitim amacını taşıdığını (76/168) ve eğitim amacıyla paylaşılan tüm gönderilerin hastalar için yararlı olduğunu tespit etti. Tanıtım amacıyla paylaşılan gönderilerin yazarları da çoğunlukla göz doktorlarıydı (50/122) ve bu gönderilerin sadece 4 tanesinin hastalar açısından yararlı bilgiler içerdiği belirlendi. Geri kalan 46 gönderide sadece tanıtım yapılmıştı. Göz doktorları tanıtım amacıyla paylaştıkları gönderilerde hastalar için faydalı bilgiler paylaşarak Instagramdan bilgi arayan kişiler için yönlendirici olabilir. Hastaların özellikle tamamlayıcı besin takviyeleriyle ilgili zararlı yönlendirmelere karşı uyanık olması gerekmektedir.

Bu tür sosyal medya çalışmalarının bir takım sınırlamaları bulunmaktadır. İlk olarak, sosyal medya doğası gereği akışkan ve dinamik olduğundan, çalışmamız yalnızca zamanın bir anlık görüntüsünü temsil eder, bu nedenle bize gelecekteki içeriğin net bir resmini vermeyebilir. Diğer bir sınırlama, bir gönderinin öne çıkmasında gönderi yazarının popüleritesi gönderinin içeriğinden daha etkili

olmasıdır. İlgili hashtag'in ileriye dönük boylamsal çalışmaları, bu önemli konu hakkında daha fazla bilgi edinmemize yardımcı olabilir.

Sonuç

Sonuç olarak; göz doktorları, göz sağlığı hashtag'indeki gönderilerin ana yazarlarıdır. Gönderilerin çoğu, eğitime ve kişisel tanıtıma yöneliktir. Instagramın, göz hastalıkları hakkında olası bir eğitim kaynağı olması için özellikle göz doktorları tarafından kişisel tanıtım amacıyla paylaşılan gönderilerin tanıtım ile birlikte yararlı bilgiler de içermesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Alsobayel H. Use of Social Media for Professional Development by Health Care Professionals: A Cross-Sectional Web-Based Survey. JMIR Med Educ. 2016 Sep 12;2(2):e15. DOI: 10.2196/mededu.6232.
2. Health Research Institute. Social media "likes" healthcare: from marketing to social business. PWC. Available at: <https://www.pwc.com/us/en/industries/health-industries/library/health-care-social-media.html>; 2012. Accessed June 17, 2021.
3. Williams RD. What's an ophthalmologist doing on Instagram? American Academy of Ophthalmology. Available at: <https://www.aao.org/eyenet/article/whats-an-ophthalmologist-doing-on-instagram>; 2018. Accessed June 17, 2021.
4. Ramkumar P, Navarro S, Cornaghie M, et al. Social media in shoulder & elbow surgery: an analysis of Twitter and Instagram. Int J Sports Med 2018;39:564-70.
5. Curry E, Li X, Nguyen J, Matzkin E. Prevalence of internet and social media usage in orthopedic surgery. Orthop Rev (Pavia) 2014;6: 5483.
6. Ventola CL. Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices. Pharm Ther 2014;39:491-520.
7. Dorfman RG, Vaca EE, Mahmood E, Fine NA, Schierle CF. Plastic Surgery-Related Hashtag Utilization on Instagram: Implications for Education and Marketing. Aesthet Surg J. 2018 Feb 15;38(3):332-338 DOI: 10.1093/asj/sjx120.
8. Huang, Andy S., et al. "Ophthalmology and Social Media: An In-Depth Investigation of Ophthalmologic Content on Instagram." Clinical Ophthalmology (Auckland, NZ) 16 (2022): 685.
9. Basa K, Spiegel JH. Facial Plastic Surgery on Instagram: What Is Trending? What Is Working? Aesthet Surg J. 2021 Jun 14;41(7):846-851. doi: 10.1093/asj/sjaa374.
10. Park JH, Christman MP, Linos E, Rieder EA. Dermatology on Instagram: An Analysis of Hashtags. J Drugs Dermatol. 2018 Apr 1;17(4):482-484.
11. Shafer S, Johnson MB, Thomas RB, Johnson PT, Fishman EK. Instagram as a Vehicle for Education: What Radiology Educators Need to Know. Acad Radiol. 2018 Jun;25(6):819-822. doi: 10.1016/j.acra.2018.03.017.
12. Gauthier TP, Spence E. Instagram and Clinical Infectious Diseases. Clin Infect Dis. 2015 Jul 1;61(1):135-6. DOI: 10.1093/cid/civ248. Epub 2015 Mar 24.

13. Alasnag, Mirvat, et al. "View point on social media use in interventional cardiology." Open Heart 6.1 (2019): e001031.
14. Johnson, Austin, Suleman Khan, and Euna B. Koo. "Social media and vision therapy: Perspectives of providers and patients on Instagram." Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus 25.3 (2021): 166-e1.
15. Marques, João Pedro. "Instagram as a vehicle to promote disease awareness and medical education in# retinaldystrophies." Postgraduate Medical Journal 98.e3 (2022): e167-e167.
16. Tıskaoğlu NS, Seyyar SA. #Ophthalmology: Popular ophthalmology hashtags as an educational source for ophthalmologists, an Instagram study. Indian J Ophthalmol. 2022 Sep;70(9):3247-3252. doi: 10.4103/ijo. IJO_105_22.
17. Systrom K Instagram by the numbers:Stats, demographics &fun facts OMNICORE Agency Available from: <https://www.omnicoreagency.com/instagram-statistics/> Last accessed on 2021 Jun.
18. Rizkalla, James M., et al. "Instagram and spine fusion: an analysis of social media and its relationship to patient perception of surgery." Global Spine Journal (2021): 21925682211001814.

Tablo 1. Gönderilerin yazarlarına, türlerine, amaçlarına ve konularına göre sınıflandırılarak hastalar için yararlılık oranlarının değerlendirilmesi

	N	%	Yararlı	Yararsız	P
Gönderi yazarı					
Tıp doktoru	168	%56	%48	%52	0.001
Özel hastane	52	%17	%43	%57	
Hasta	20	%7	%50	%50	
Fitoterapist	28	%9	%21	%79	
Optikçi	32	%11	%13	%87	
Gönderi türü					
Fotoğraf	276	%92	%39	%61	0.066
Video	24	%8	%58	%42	
Gönderi amacı					
Eğitim	116	%39	%100	%0	≤0.001
Kişisel tanıtım	122	%41	%3	%97	
Eğlence	62	%20	%3	%97	
Gönderi konusu					
Genel göz sağlığı	196	%65	%30	%70	≤0.001
Çocuk göz hastalıkları	18	%6	%66	%34	
Katarakt ve akıllı mercekler	26	%9	%61	%39	
Retina hastalıkları	22	%7	%81	%19	
Okuler yüzey ve kontak lensler	38	%13	%42	%58	

3. BASAMAK YOĞUN BAKIMDA ELIZABETHKINGIA MENINGOSEPTICA BAKTERİYEMİSİ: OLGU SUNUMU

Ali Kutta Çelik¹

¹Mersin Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Mersin, Türkiye
drakcelik27@yahoo.com.tr

Elizabethkingia meningoseptica; glukozu fermente etmeyen, hareketsiz, oksidaz pozitif, Gram-negatif aerobik basil olup, hastane yüzey ortamlarında uzun süre varlığını sürdürebilmektedir. Endokardit, selülit, yara enfeksiyonu, bakteriyemi, apse, diyalizle ilişkili peritonit ve menenjitte yol açmakla birlikte daha çok hastane kaynaklı pnömoni etkenidir. Bu bakteri için yenidoğanlar, immünsuprese hastalar ve yoğun bakımda yatışı olan hastalar özellikle risk grubu hastalarıdır.

Bu yazıda; 3. Basamak yoğun bakım ünitesine sepsis ön tanısı ile kabul edilen tetraplejik bir hastanın idrar ve kan kültüründe tespit edilen *Elizabethkingia meningoseptica* enfeksiyonu üzerinden vakanın tartışılması amaçlanmıştır.

49 yaş erkek hasta, 6 yıldır tetraplejik hali mevcut. Hasta genel durum bozukluğu ateş yüksekliği ve hipotansif seyir nedeni ile septisemi ön tanısı ile yoğun bakıma kabul edilmiş. Ampirik seftazidim 3x1 gr İv flk başlanan hastanın ateşleri 4 . günde gerilemiş. Ancak yatışının 8. Günü tekrar eden ateş yüksekliği, saturasyon düşüklüğü ve solunum sıkıntısı nedeni ile hatta entübe edilmiş. Bakılan kan tetkiklerinde CRP:6-9, prokalsitonin:4.9-15.4, ESR:140, laktat düzeyi normal, wbc normal, platelet sayısı ise 145.000 olarak bulundu. Hastanın periferik kan kültürü, idrar kültürü ve DTA kültürü tekrarlandı. Hastaya IV fosfomisin, Anidulafungin ve polimiksin B tedavisi başlandı. Ancak hasta klinikte hızlı bozulma sonrası tedavi değişikliğini takip eden 48. Saatte kaybedildi. Hastanın kültür sonuçları irdelendiğinde idrar ve periferik kan kültüründe *Elizabethkingia meningoseptica* üremesi olduğu tespit edildi. Bakterinin antibiyomgra sonucu değerlendirildiğinde pan rezistan özellikte olduğu ve ciprofloksasin orta duyarlı, TMPSTX duyarlı olduğu gözlemlendi.

3. basamak yoğun bakımda takip edilen hastamız *Elizabethkingia meningoseptica* e bağlı septisemi nedeni ile kaybedildi. Yoğun bakımlarda ortam örneklerinde varlığını sürdürebilen ve tedavi de ön planda akla gelmeyen nadir tespit edilen mikroorganizma için özellikle hızlı progrese olan kateteri immün suprese durumu olan hastalar da ampirik tedavide *Elizabethkingia meningoseptica* de etkenler arasında akla gelmelidir.

A COMPARISON OF TELEREHABILITATION VERSUS HOME EXERCISE PROGRAM IN STROKE PATIENTS

Yasemin Tuğçe Yayla¹, İlknur Saral¹, Engin Çakar¹

¹Şişli Memorial Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, Türkiye

yasemintugcee@gmail.com

Abstract

Objective: Telerehabilitation can be described as the use of information and communication technologies to provide rehabilitation services to individuals at home or in their natural environment. In the COVID-19 pandemic, the image-based telerehabilitation system, which is easy to use and cost effective, has gained importance in stroke patients and many recent researches seeking for the effectiveness of stroke telerehabilitation as an alternative or complementary choice to the traditional rehabilitation approaches. The purpose of this study was to compare telerehabilitation and home exercise program with regard to effectiveness in stroke patients.

Methods: Thirty-six post-stroke patients were included in this study, and randomized to telerehabilitation group (n=18) and home exercise group (n=18). At the beginning of the study, all patients were evaluated face to face and the neurophysiological exercises to be applied were shown individually. Then, telerehabilitation group had 60 minutes online rehabilitation sessions, twice a week for three weeks. On the other hand, home exercise group did self-exercise, twice a week for 60 minutes and was only called once a week, motivated and controlled for exercise. Berg Balance Scale (BBS), Visual Analog Scale (VAS), Barthel Index (BI) of activities of daily living, Tinetti Falls Efficacy Scale (Tinetti FES), Functional Independence Scale (FIS), Stroke specific Quality of Life scale (SS-QoL), Intrinsic Motivation Inventory (IMI), and Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ) were assessed at baseline and after 3 weeks.

Results: Both of telerehabilitation group and home exercise group had significant improvement when compared to initial assessment ($p<0.05$). Nevertheless, there was no statistically significant difference between groups for the all scales ($p>0.05$).

Conclusion: Although no superiority was provided between two groups, our study results suggest that stroke telerehabilitation has a positive effect on balance, activities of daily living, and quality of life when compared to baseline. Large-scale trials of longer follow up may be needed in order to achieve superiority of telerehabilitation. Stroke telerehabilitation which is easy to use and cost effective can improve well-being of stroke patients, and can be considered as a therapeutic therapy choice for stroke patients.

Key words: stroke, telerehabilitation, online rehabilitation, Berg Balance, Tinetti, Quality of life.

Introduction

Cerebrovascular accident (CVA) including ischemic or hemorrhagic stroke and transient ischemic attack (TIA), is related to disturbance of cerebral blood circulation.¹⁻⁴ Specifically, stroke is the second most common cause of death and functional impairment throughout the world.^{2,5,6} Very recent epidemiological study of the Stroke Collaborators has demonstrated that burden of stroke increasingly goes on by affecting all age groups and genders.⁶

As a consequence of stroke, the most common clinical signs that necessitate neurorehabilitation are hemiplegia, neurological, motor or neuromuscular dysfunction.⁷⁻¹¹ Although there are some differences, traditional rehabilitation techniques usually used for stroke patients include proprioception, motor relearning, balance, and gait.¹⁰⁻¹² In this sense, the stroke rehabilitation team of specialists works with harmony, and determination in order to improve motor function of stroke patients within inpatient and outpatient setting.^{8,10,11}

Many recent researches seeking for the beneficial effects of stroke telerehabilitation in terms of functional, motivational, comfortable impacts.^{12,13} Besides, it may take the load off rehabilitation team, since telerehabilitation is the use of information and communication technologies to provide rehabilitation services to individuals at home or in their natural environment.^{13,14} Moreover, current critical review of telerehabilitation in physical therapy indicated that telerehabilitation elicited favorable results for the patients in the COVID-19 era.¹⁵ As we all know, COVID-19 pandemic decreased face-to-face close contact rehabilitation, thus telerehabilitation usage increased in number.¹⁶

In the light of such information, the goal of this study was to investigate effectiveness of telerehabilitation when compared to home exercise program in patients with stroke.

Methods

Non-interventional local ethics committee has approved the study protocol (61351342/January 2021-48 dated 28.01.2021). Oral and written informed consent were obtained from the patients at the beginning of the study in accordance with the Declaration of Helsinki.

Patients

Thirty-six stroke patients were enrolled in the study. The inclusion criteria have agreed as follows: 1) hemiparesis for more than one month in consequence of ischemic or hemorrhagic stroke; 2) Brunnstrom motor stage 3 or above; 3) technological competence; 4) volunteer for participation to the study; and 5) literacy. The exclusion criteria were: 1) the presence of two or more past stroke history; 2) inability to cooperate; and 3) mental incompetence. There thirty-six stroke survivors were randomized to telerehabilitation group (n=18) and home exercise group (n=18).

The Assessment Procedures

All patients were assessed at baseline and at the end of the study after three weeks. Brunnstrom

Motor Staging (Brunnstrom)¹⁷ was only evaluated at baseline as a criterion for inclusion in the study. The initial and final assessment were consisted of Berg Balance Scale (BBS),¹⁸ Visual Analog Scale (VAS),¹⁹ Barthel Index (BI) of activities of daily living,²⁰ Tinetti Falls Efficacy Scale (Tinetti FES),²¹ Functional Independence Scale (FIS),²² Stroke specific Quality of Life scale (SS-QoL),²³ Intrinsic Motivation Inventory (IMI),²⁴ and Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ).^{25,26}

Brunnstrom Motor Staging (Brunnstrom) is a validated and reliable measure to assess motor function in stroke patients. It has 6 stages in which Stage 1 represents “flaccid stage and no voluntary movement), and Stage 6 represents “the highest stage with isolated joint movements”.¹⁷

Berg Balance Scale (BBS) is an index for both static and dynamic balance evaluation. This scale consists of fourteen items. Each item is scored between zero (0) to 4 in which zero is “can’t do”, and 4 is “independently done”. The maximum score is 56. “0-20 score” indicates that the patient is “wheelchair dependent and his/her balance is impaired”, “21-40 score” indicates that the patient has “risk of falling and an acceptable balance level”, “41-56 score” indicates the patient can “walk independently and she/he has a good balance”.¹⁸

Visual Analog Scale (VAS) is quantitative measure to evaluate pain subjectively by the participant. The patient is asked to indicate pain severity on a scale of 10. A value of zero (0) means “no pain”, and a value of 10 means “unbearable pain”.¹⁹

Barthel Index (BI) of activities of daily living is a measure developed by Mahoney and Barthel in 1965. This index has 10 items such as feeding, washing, self-care, dressing, defecation control, urine control, going to the toilet, ability to move from bed to wheelchair, walking or being dependent on a wheelchair, and climbing stairs. Each question is pointed from 5 to 15. According to scoring, 0-20 points “fully dependent”, 21-61 points “highly dependent”, 62-90 points “moderately dependent”, 91-99 points “mildly dependent”, and 100 points “fully independent”.²⁰

Tinetti Falls Efficacy Scale (Tinetti FES), is an index to determine the degree of fear of falling during ten different activities of daily living including bathing, up-reaching shelves, walking around the house, getting into and out of bed, personal care, sitting and getting up from a chair, and dressing and undressing. The scale contains questions such as “Do you feel safe about risk of falling while you are dressing?”. Each activity is scored from 1 (totally safe) to 10 (not safe at all).²¹

Functional Independence Scale (FIS) is used to assess the functional status and independence level of hemiplegic patients. Two main areas, namely motor and cognitive functions, are examined by this tool. Six sub-items (self-care, sphincter control, transfer, movement, communication and social perception), and eighteen activities were put under the scope. Each item is scored from 1 to 7 (1-2: dependent, 3-5: semi-dependent, 6-7: independent) and a total of 18 to 126 points can be obtained. FIS score is divided into three groups: “<36” points high disability level; “37-72” points moderate disability level and “≥73” points low disability level.²²

Stroke specific Quality of Life scale (SS-QoL) consists of 49 items and 12 sub-items questions

related to energy, family roles, language, mobility, mood, personality, self-care, social roles, thinking, upper extremity function, vision and work productivity. Each question is scored from 1 to 5 in which 1 represents “totally agree”; 2 represents “partially agree”; 3 represents “indecisive”; 4 represents “partially disagree”; 5 represents “totally disagree”.²³

Intrinsic Motivation Inventory (IMI) is developed by Deci and Ryan in 2000, and is used to evaluate motivation and satisfaction of the patients. This index includes patient’s perceived competence, value/usefulness, effort, pressure he/she feels, interest/pleasure, and perceived preference while he/she is performing a particular activity. It contains 28 questions, and each question has 3 options. A value of 1 means “no, I disagree”, and a value of 3 means “yes, I agree”.²⁴

Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ), is frequently used index in telerehabilitation studies at the present time.²⁵ In line with scientific studies of PSQ, 13-items PSQ questionnaire including treatment duration, therapy intensity is used in order to evaluate the satisfaction and motivation of the patients in our study. Each question is scored from 1 to 3. In the scale, 1 represents “no, I disagree”; 2 represents “partially agree”; and 3 represents “yes, I agree”. Higher score means in favor of higher motivation and satisfaction.^{25,26}

Interventions

At initial phase of the study, the post-stroke patients in telerehabilitation group (n=18) and home exercise group (n=18) were evaluated face to face and the neurophysiological exercises to be applied were shown. Then, telerehabilitation group had 60 minutes online rehabilitation sessions by DrMotiva® (online Physiotherapy and Telerehabilitation Platform) twice a week, for three weeks. On the other hand, home exercise group did self- exercise, twice a week for 60 minutes and was only called once a week, motivated and controlled for exercise.

For both groups of stroke patients, exercises consisted of upper extremity training and mobilization, trunk training, functional training of latissimus dorsi muscle, lumbar stabilization training, hip-knee flexion training, ankle dorsiflexion training, weight shifting training, walking up and down the stairs training, walking training as described in the Cochrane database and Bobath concept book.^{27,28}

Online Physiotherapy and Telerehabilitation Platform DrMotiva® enabled patients to access their treatment anytime, anywhere with secure and easy video links. Before the treatment with DrMotiva®, the participants were requested to watch the especially created “Preparation for Treatment” videos. Our aim was to prepare the patients for treatment and to ensure that the sessions were more efficient.

DrMotiva® is an online physical therapy tool, developed by a group of specialists in order to provide lifelong patient follow-up, early intervention in emergencies, and to reduce the burden of chronic diseases on patients, families and the country’s economy. This system is able to provide online active patient participation, in addition to follow-up for patients and therapists. Besides, it has positive effects in terms of allowing patients to continue their treatment during the COVID-19 pandemic period.

Statistical Analysis

Power analysis results showed that the alpha meaning level (Type I error) is taken as $\alpha=0.05$ and Type II error as $\beta=0.80$. This value is obtained from the article by Simpson D et al.²⁹ The effect size was considered as 0.9 according to Cohen's d standards. Thus, the number of people to be included in the study was determined as a minimum of 34 (17 post-stroke survivors for home exercise group, and 17 post-stroke survivors for telerehabilitation group). These calculations were performed by using G*Power 3.1.9.2 software. The total number of patients was accepted as 36, when we considered that some of them might be excluded from the study. 36 patients were randomly divided into two groups using the block randomization method with the help of the Random Allocation Software program.

While evaluating the data, descriptive statistical methods (frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, median) were used. Kormogorov-Smirnov estimation was applied in order to test normality. Mann Whitney U test was used to compare results between independent groups and Wilcoxon test was used for temporal variation. The results were evaluated at the 95% confidence interval, at the $p<0.05$ statistical significance level. PSPP and Microsoft Excel computer programs were used in the analysis of the data.

Results

A total of 36 stroke patients were recruited (Table 1). Baseline characteristics were similar between home exercise group and telerehabilitation group as seen in Table 1. At initial assessment, most of the patients in either groups were Stage 3 of Brunnstrom motor evaluation (approximately 44% of the patients in each group). Mean age of the subjects was 52.61 and 50.11 years in home exercise group and telerehabilitation group respectively. Comorbidity history of the patients in both groups was as follows: Diabetes Mellitus (DM), hypertension (HT), and DM plus HT. Besides, only 2 patients (11.11%) in telerehabilitation group had Atrial Fibrillation (AF), and just one person (5.56%) in home exercise group had cardiac pacemaker in the past (Table 1).

Table 2 indicates efficacy assessment after three weeks of therapy in the groups.

In the study, balance assessment by Berg Balance Scale (BBS)¹⁸ has shown that 14% and 28% improvement in home exercise group and telerehabilitation group respectively, when compared to baseline value. Although intergroup comparison of BBS was not statistically significant ($p>0.05$), there was statistically significant improvement of BBS when compared to baseline value in telerehabilitation group (30.94 ± 16.89 versus 39.67 ± 14.2 ; intragroup $p=0.003$) (Table 2).

Baseline Visual Analog Scale (VAS)¹⁹ score of participants in our study was 3.5 and 2.94 respectively in home exercise and telerehabilitation group. At the final assessment, pain score by VAS decreased by %33 in home exercise group and by 28% in telerehabilitation group. Statistically significant decrease was observed in pain values in both groups ($p<0.05$) when compared to baseline, however, this improvement was not reached significance level in intergroup comparison (Table 2).

Barthel Index (BI) of activities of daily living²⁰ results indicated that similar improvement was achieved in comparison analysis of the groups (not statistically significant, $p>0.05$). Besides this, when compared to baseline value, there was statistically significant recovery in BI index in both groups (in home exercise group $p=0.018$ and in tele-rehabilitation group $p=0.0001$ versus initial assessment) (Table 2).

Tinetti Falls Efficacy Scale (Tinetti FES)²¹ results in the trial was demonstrated that intragroup comparison was statistically significant in home exercise group and telerehabilitation group when compared to baseline value ($p=0.001$ and $p=0.0001$ respectively). On the other hand, intergroup comparison was not statistically significant ($p>0.05$) (Table 2).

Functional Independence Scale (FIS)²² analysis consisted of motor and cognitive assessment of the study population at baseline and at the end of the study after three weeks. In both groups, FIS-motor index was improved in intragroup assessment ($p=0.005$ for each group). Neither FIS-cognitive improvement nor intergroup comparison was statistically significant ($p>0.05$) (Table 2).

Amelioration from baseline profile in Stroke-specific Quality of Life scale (SS-QoL)²³ was observed in home exercise and telerehabilitation groups ($p=0.003$ and $p=0.0001$ respectively). However, no superiority was demonstrated when we compared SS-QoL between the groups ($p>0.05$) (Table 2).

In the study, mean value of Intrinsic Motivation Inventory (IMI)²⁴ was 64.11 ± 9.59 and 69.67 ± 9.59 at the end of the study in home exercise group and telerehabilitation group respectively. Although mean value of IMI in telerehabilitation group was numerically higher when compared to the value of IMI in home exercise group, the difference was not statistically significant ($p>0.05$) (Table 2). Similarly, Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)^{25,26} assessment after three weeks of study was not statistically significant in both groups in intergroup analysis ($p>0.05$) (Table 2). The correlation between IMI score and PSQ score was also investigated during the analysis of the data. A statistically significant positive correlation was observed in home exercise group and telerehabilitation group ($r=0.675$ and $r=0.532$ respectively). It means that as IMI value increases, PSQ score also increases (Table 2).

Discussion

The current study investigated telerehabilitation in comparison with home exercise program in stroke patients. After three weeks of treatment, we observed improvement on balance, level of independence, and quality of life in both groups.

Neuro-epidemiological studies about stroke from different countries including Turkey have shown that the prevalence of stroke increases with advanced age.^{6,30-33} Among these studies Turk Boru U et al., demonstrated that mean age of stroke patients was 64 ± 14.8 (range 35-95 years of age), percentage of male gender was 52%, and ischemic etiology was accounted for 80% of the stroke cases. Besides, the screening of comorbidity in their study population was indicated that 78% of stroke patients had hypertension (HT), 38% had Diabetes Mellitus (DM), 38% had cardiovascular disease (CVD), 44% had

dyslipidemia.³² In concordance with the study by Turk Boru U et al.,³² our study population of post-stroke patients was older (mean age was 50 years), had male predominance, and had comorbidities including HT, DM, and CVD.

When we consider the periods of stroke, it has five periods: 1) hyper-acute period denotes the first day after stroke; 2) acute period denotes the first 7 days; 3) early subacute period denotes the first 90 days; 4) late subacute period denotes 4-6 months after stroke; 5) chronic period denotes 6 months and afterwards of stroke event.³⁴ Very recent CPASS study by Dromerick AW et al., in 2021 has provided scientific evidence that first 60 to 90 days after stroke was very important subacute rehabilitation window in order to improve motor function of the survivors.³⁵

Similarly, Lee KB et al., demonstrated that the critical time zone for neurological and functional improvement of stroke survivors by rehabilitation was within 90 days in which up to 91% recovery was achieved.³⁶ Nevertheless, Ballester BR et al., emphasized in their study that neuroplasticity continues to improve beyond 6 months in stroke patients with the help of rehabilitation.³⁷ More importantly, scholarly guideline for stroke rehabilitation suggests that restorative process of neuromuscular system proceeds through continuing rehabilitation program after acute inpatient rehabilitation of the first 3-4 months after stroke.¹¹ In our study, post-stroke duration of the patients was 25.72 ± 29.60 months in home exercise group, and 16.11 ± 14.52 months in telerehabilitation group. Although stroke duration was >6 months in the present study, both groups had amelioration in balance, activities of daily living, motivation, satisfaction and quality of life after three weeks of rehabilitation. To add more, another study by Kitago T et al., has shown that despite post-stroke duration was 8 to 49 months, stroke patients had improvement functionally.³⁸

The current literatures point out the connection between educational level and stroke incidence, recurrence, and mortality.³⁹⁻⁴¹ Che B et al., concluded that low level of education gave rise to higher mortality from stroke.³⁹ Jackson CA et al., signified that poorly educated people were prone to have stroke.⁴⁰ Xiuyun W et al., demonstrated that high level of education was related to decline in stroke event.⁴¹ In our study, approximately 85% of the stroke patients had high level of education.

According to the studies, stroke rehabilitation is a noticeable useful method for improving mobility and balance.⁴²⁻⁴⁵ Cochrane database study has shown that rehabilitation exercise program decreases the disability of stroke patients.⁴² The American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA) recommends the commitment to exercise program in stroke patients.⁴³ Olafsdottir SA et al., underlines the importance of exercise program in order to preserve and ameliorate motor and neurological function.⁴⁴ In another recent study, Ji EK et al., examined the motor imagery training as a home exercise program in stroke during the 8 week program. After 8 weeks, one of the evaluation tool was Barthel Index (BI) of activities of daily living. According to the results of this study, it was concluded that motor imagery training may be beneficial for improving function in stroke patients.⁴⁵ In our study, both groups including home exercise group and telerehabilitation group had neurophysiological exercise. In telerehabilitation group, BBS, VAS, BI, Tinetti FES, FIS, SS-

QoL evaluation tools were improved when compared to baseline after 3 weeks of online physical therapy by DrMotiva® ($p<0.05$). In home exercise group, all above mentioned indexes except BBS were ameliorated when compared to baseline. However, intergroup comparison was not statistically significant for all indexes ($p>0.05$).

Telerehabilitation systems in general can be classified as virtual reality-based telerehabilitation, sensor-based telerehabilitation and video conferencing method.^{13,14,16} In our study, video conferencing method was used. Recently, in 2022, Mulder M et al., initiated Armed4Stroke program (Continuing Medical Education (CME) and telerehabilitation). The design of the study is available in BMC Neurology Journal. In this multi-centered study, physiotherapists and the stroke patients will be intently guided in order to examine the impact of CME and telerehabilitation on mobility of stroke patients.⁴⁶ The results of this study are not yet published. However, we think that the study will light the way for telerehabilitation with its large scale and detailed methodology. In another study, Chen SC et al., analyzed the effect of telerehabilitation in comparison to traditional face-to-face rehabilitation during 4 weeks of therapy. At the end of the study, BBS tool improved in both groups when compared to baseline. Besides, the Timed Up and Go (TUG) tool was ameliorated significantly when compared to baseline ($p<0.05$).¹² In a similar way, our study results were shown that there was statistically significant improvement of BBS when compared to baseline value in telerehabilitation group (30.94 ± 16.89 versus 39.67 ± 14.2 ; intragroup $p=0.003$).

Moreover, Cramer SC et al., studied high amount and high intensity tele-rehabilitation, specifically one hour/day for six days in a week during twelve weeks in chronic stroke patients. The assessment tools were diverse including motor function, cognition, quality of life, VAS. At the end of the study, authors concluded that high intensity level of tele-rehabilitation could ameliorate the endpoints in stroke survivors.¹³ In our study, tele-rehabilitation group had Bobath and Brunnstrom neurophysiological exercises by DrMotiva® (online physical therapy) twice a week for three weeks. Even with this low intensity tele-rehabilitation, our endpoints of BBS, VAS, BI, Tinetti FES, FIS, SS-QoL values at the end of three weeks were improved when compared to baseline values ($p<0.05$). We think that whether high intensity or low intensity, tele-rehabilitation could have positive effects in stroke survivors.

There are some limitations in our study. The goal of our study was to compare home exercise program and telerehabilitation in stroke patients, and our study duration was only 3 weeks which is relatively short period. The longer the study duration would have allowed us to achieve better results, but long-lasting therapy was not achieved due to the active rehabilitation needs of the patients in the home exercise group. Besides, we had thirty-six stroke survivors in our study population. Although power analysis was performed and the sample size was determined before the study, more reliable results are obtained with a larger number of patients in such studies.

As a conclusion, we think that stroke telerehabilitation enables improvement in well-being of patients, and decreases the caregiver burden. Our study results suggest that telerehabilitation has a favorable impact on balance, activities of daily living, and quality of life in stroke patients. Further large-scale

with longer follow up studies are needed in order to have more precise conclusion.

We consider that the image-based telerehabilitation system which is easy to use and cost effective can be considered as a therapeutic choice for stroke patients.

References:

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, Elkind MS, George MG, Hamdan AD, Higashida RT, Hoh BL, Janis LS, Kase CS, Kleindorfer DO, Lee JM, Moseley ME, Peterson ED, Turan TN, Valderrama AL, Vinters HV; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013; 44(7):2064-89.
2. Kuriakose D, Xiao Z. Pathophysiology and Treatment of Stroke: Present Status and Future Perspectives. *Int J Mol Sci*. 2020;21(20):7609.
3. Lioutas VA, Ivan CS, Himali JJ, Aparicio HJ, Leveille T, Romero JR, Beiser AS, Seshadri S. Incidence of Transient Ischemic Attack and Association with Long-term Risk of Stroke. *JAMA*. 2021; 325(4):373-381.
4. Boehme AK, Esenwa C, Elkind MS. Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *Circ Res*. 2017; 120(3):472-495.
5. Katan M, Luft A. Global Burden of Stroke. *Semin Neurol*. 2018; 38(2):208-211.
6. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol*. 2021; 20(10):795-820.
7. Dobkin BH. Clinical practice. Rehabilitation after stroke. *N Engl J Med*. 2005;352(16):1677-1684.
8. Anaya MA, Branscheidt M. Neurorehabilitation After Stroke. *Stroke*. 2019; 50(7): e180-e182.
9. Krakauer JW. Motor learning: its relevance to stroke recovery and neurorehabilitation. *Curr Opin Neurol*. 2006; 19(1):84-90.
10. Maier M, Ballester BR, Verschure PFMJ. Principles of Neurorehabilitation After Stroke Based on Motor Learning and Brain Plasticity Mechanisms. *Front Syst Neurosci*. 2019; 13:74.
11. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, Deruyter F, Eng JJ, Fisher B, Harvey RL, Lang CE, MacKay-Lyons M, Ottenbacher KJ, Pugh S, Reeves MJ, Richards LG, Stiers W, Zorowitz RD; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016; 47(6): e98-e169.
12. Chen SC, Lin CH, Su SW, Chang YT, Lai CH. Feasibility and effect of interactive telerehabilitation on balance in individuals with chronic stroke: a pilot study. *J Neuroeng Rehabil*. 2021; 18(1):71.

13. Cramer SC, Dodakian L, Le V, McKenzie A, See J, Augsburger R, Zhou RJ, Raefsky SM, Nguyen T, Vanderschelden B, Wong G, Bandak D, Nazarzai L, Dhand A, Scacchi W, Heckhausen J. A Feasibility Study of Expanded Home-Based Telerehabilitation After Stroke. *Front Neurol.* 2021; 11:611453.
14. Richmond T, Peterson C, Cason J, Billings M, Terrell EA, Lee ACW, Towey M, Parmanto B, Saptono A, Cohn ER, Brennan D. American Telemedicine Association's Principles for Delivering Telerehabilitation Services. *Int J Telerehabil.* 2017; 9(2):63-68.
15. Seron P, Oliveros MJ, Gutierrez-Arias R, Fuentes-Aspe R, Torres-Castro RC, Merino-Osorio C, Nahuelhual P, Inostroza J, Jalil Y, Solano R, Marzuca-Nassr GN, Aguilera-Eguía R, Lavados-Romo P, Soto-Rodríguez FJ, Sabelle C, Villarroel-Silva G, Gomolán P, Huaiquilaf S, Sanchez P. Effectiveness of Telerehabilitation in Physical Therapy: A Rapid Overview. *Phys Ther.* 2021; 101(6): pzab053.
16. Ganapathy K. Telerehabilitation: An Overview. *Telehealth and Medicine Today.* 2021; 6(4). <https://doi.org/10.30953/tmt.v6.285>.
17. Brunnstrom, S. Motor testing procedures in hemiplegia: Based on sequential recovery stages. *Phys. Ther.* 1966; 46: 357-375.
18. Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI. The balance scale: reliability assessment with elderly residents and patients with an acute stroke. *Scand J Rehab Med.* 1995; 27: 27-36.
19. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis.* 1978; 37(4):378-81.
20. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14:56-61.
21. Tinetti ME, Richman D, Powell L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences.* 1990; 45 (6): 239-243.
22. Hall KM, Hamilton BB, Gordon WA, Zasler ND. Characteristics and comparisons of functional assessment indices: disability rating scale, functional independence measure, and functional assessment measure. *J Head Trauma Rehabil.* 1993; 8(2): 60-74.
23. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke.* 1999; 30(7):1362-9.
24. Deci E and Ryan R. The "What" and "Why" of goal pursuits: Human needs and self-determination of behavior. *Psychological Inquiry.* 2000; 11: 227-268.
25. Hajesmaeel-Gohari S, Bahaadinbeigy K. The most used questionnaires for evaluating telemedicine services. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2021; 21: 36.
26. Marshall GN, Hays RD. The patient satisfaction questionnaire shortform (PSQ18). *RAND;* 1994.
27. Pollock A, Baer G, Campbell P, et al. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(4):CD001920.
28. *Bobath Concept: Theory and Clinical Practice in Neurological Rehabilitation*, S. Raine, L. Meadows, M. Lynch-Ellerington (Eds.). Wiley-Blackwell Publishing Ltd. 2009. ISBN: 978-1-4051-7041-3.

29. Simpson DB, Bird ML, English C, Gall SL, Breslin M, Smith S, Schmidt M, Callisaya ML. Connecting patients and therapists remotely using technology is feasible and facilitates exercise adherence after stroke. *Top Stroke Rehabil.* 2020;27(2):93-102.
30. Bejot Y, Bailly H, Graber M, Garnier L, Laville A, Dubourget L, Mielle N, Chevalier C, Durier J, Giroud M. Impact of the Ageing Population on the Burden of Stroke: The Dijon Stroke Registry. *Neuroepidemiology.* 2019;52(1-2):78-85.
31. Roy-O'Reilly M, McCullough LD. Age and Sex Are Critical Factors in Ischemic Stroke Pathology. *Endocrinology.* 2018;159(8):3120-3131.
32. Turk Boru U, Kulualp AS, Tarhan OF, Boluk C, Duman A, Zeytin Demiral G, Guclu Altun I, Tasdemir M. Stroke prevalence among the Turkish population in a rural area of Istanbul: A community-based study. *SAGE Open Med.* 2018; 6:2050312118797565.
33. Kelly-Hayes M. Influence of age and health behaviors on stroke risk: lessons from longitudinal studies. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58 Suppl 2(Suppl 2):S325-S328.
34. Grefkes C, Fink GR. Recovery from stroke: current concepts and future perspectives. *Neurol Res Pract.* 2020; 2:17.
35. Dromerick AW, Geed S, Barth J, Brady K, Giannetti ML, Mitchell A, Edwardson MA, Tan MT, Zhou Y, Newport EL, Edwards DF. Critical Period After Stroke Study (CPASS): A phase II clinical trial testing an optimal time for motor recovery after stroke in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2021; 118(39):e2026676118.
36. Lee KB, Lim SH, Kim KH, Kim KJ, Kim YR, Chang WN, Yeom JW, Kim YD, Hwang BY. Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study. *Int J Rehabil Res.* 2015; 38(2):173-80.
37. Ballester BR, Maier M, Duff A, Cameirao M, Bermudez S, Duarte E, Cuxart A, Rodríguez S, San Segundo Mozo RM, Verschure PFMJ. A critical time window for recovery extends beyond one-year post-stroke. *J Neurophysiol.* 2019; 122(1):350-357.
38. Kitago T, Goldsmith J, Harran M, Kane L, Berard J, Huang S, Ryan SL, Mazzoni P, Krakauer JW, Huang VS. Robotic therapy for chronic stroke: general recovery of impairment or improved task-specific skill? *J Neurophysiol.* 2015; 114(3):1885-94.
39. Che B, Shen S, Zhu Z, Wang A, Xu T, Peng Y, Li Q, Ju Z, Geng D, Chen J, He J, Zhang Y, Zhong C. Education Level and Long-term Mortality, Recurrent Stroke, and Cardiovascular Events in Patients With Ischemic Stroke. *J Am Heart Assoc.* 2020; 9(16):e016671.
40. Jackson CA, Sudlow CLM, Mishra GD. Education, sex and risk of stroke: a prospective cohort study in New South Wales, Australia. *BMJ Open.* 2018; 8(9):e024070.
41. Xiuyun W, Qian W, Minjun X, Weidong L, Lizhen L. Education and stroke: evidence from epidemiology and Mendelian randomization study. *Sci Rep.* 2020; 10(1):21208.
42. Saunders DH, Sanderson M, Hayes S, Kilrane M, Greig CA, Brazzelli M, Mead GE. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 3(3):CD003316.
43. Billinger SA, Arena R, Bernhardt J, Eng JJ, Franklin BA, Johnson CM, MacKay-Lyons M, Macko RF, Mead GE, Roth EJ, Shaughnessy M, Tang A; American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular

and Stroke Nursing; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Clinical Cardiology. Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014; 45(8):2532-53.

44. Olafsdottir SA, Jonsdottir H, Bjartmarz I, Magnusson C, Caltenco H, Kyto M, Maye L, McGookin D, Arnadottir SA, Hjaltadottir I, Hafsteinsdottir TB. Feasibility of ActivABLES to promote home-based exercise and physical activity of community-dwelling stroke survivors with support from caregivers: A mixed methods study. BMC Health Serv Res. 2020; 20(1):562.
45. Ji EK, Wang HH, Jung SJ, Lee KB, Kim JS, Jo L, Hong BY, Lim SH. Graded motor imagery training as a home exercise program for upper limb motor function in patients with chronic stroke: A randomized controlled trial. Medicine (Baltimore). 2021; 100(3):e24351.
46. Mulder M, Nikamp C, Nijland R, van Wegen E, Prinsen E, Vloothuis J, Buurke J, Kwakkel G. Can telerehabilitation services combined with caregiver-mediated exercises improve early supported discharge services poststroke? A study protocol for a multicentre, observer-blinded, randomized controlled trial. BMC Neurol. 2022; 22(1):29.

Table 1. Exercise prescription

Upper extremity mobilization
Elongation of latissimus dorsi muscle in a back position
Lumbar stabilization training
Exercise to stimulate body excision
Hip knee flexion-extension back position
Hip abduction in back-to-back position
Exercise in transferring weights to the elbow in a sitting position
Dorsiflexion training in a sitting position
Balance work in the sitting position
Wrist stabilization training in sitting position
Transfer weights in a sitting position
Hemiplegic side pressing the upper extremity to the bed and approximating with body weight
Auto-inhibition training
Balance training in standing position
Knee control training in parallel bar
Pelvic elimination in parallel bar
Posture phase training
Wobble phase training
Ladder climbing and climbing training
Walking Training

Table 2. Baseline characteristics of the post-stroke patients

Baseline characteristics	Home exercise group (n=18)	Telerehabilitation group (n=18)	P value
Age (years) - mean ±SD	52.61 ±9.39	50.11 ±8.05	0.505
Gender - n (%)			
Male	14 (77.78%)	13 (72.22%)	0.70
Female	4 (22.22%)	5 (27.78%)	
BMI (kg/cm2) - mean ±SD	25.55 ±3.29	25.62 ±4.06	0.947
Hemiplegic side - n (%)			
Right	9 (50%)	10 (55.56%)	0.74
Left	9 (50%)	8 (44.44%)	
Dominant hand - n (%)			
Right-handed	18 (100%)	18 (100%)	-
Left-handed	-	-	
Stroke etiology - n (%)			
Hemorrhagic	9 (50%)	10 (55.56%)	0.74
İschemic	9 (50%)	8 (44.44%)	
Post-stroke duration (months) - mean ±SD	25.72 ±29.60	16.11 ±14.52	0.456
Brunnstrom Motor Staging (Brunnstrom) ¹⁷ - n (%)			
Brunnstrom- upper extremity			
Stage 3	8 (44.44%)	6 (33.33%)	-
Stage 4	2 (11.11%)	3 (16.67%)	
Stage 5	4 (22.22%)	6 (33.33%)	
Stage 6	4 (22.22%)	3 (16.67%)	
Brunnstrom -hand			
Stage 3	9 (50%)	8 (44.44%)	
Stage 4	2 (11.11%)	5 (27.78%)	
Stage 5	4 (22.22%)	2 (11.11%)	
Stage 6	3 (16.67%)	3 (16.67%)	
Brunnstrom - lower extremity			
Stage 3	5 (27.78%)	8 (44.44%)	
Stage 4	1 (5.56%)	2 (11.11%)	
Stage 5	6 (33.33%)	4 (22.22%)	
Stage 6	6 (33.33%)	4 (22.22%)	

Education level – n (%)				
	Secondary school	3 (16.67%)	2 (11.11%)	0.60
	High school	8 (44.44%)	7 (38.89%)	
	University	6 (33.33%)	9 (50%)	
	Master degree	1 (5.56%)	-	
Comorbidity – n (%)				
	Atrial Fibrillation (AF)	-	2 (11.11%)	0.39
	Diabetes Mellitus (DM)	1 (5.56%)	1 (5.56%)	
	Hypertension (HT)	7 (38.89%)	3 (16.67%)	
	DM+HT	1 (5.56%)	2 (11.11%)	
	Cardiac pacemaker	1 (5.56%)	-	0.74

Table 3. Efficacy comparison between groups

Parameters	Home exercise group (n=18)	Telerehabilitation group (n=18)	Intergroup p value
Berg Balance Scale (BBS)¹⁸- mean ±SD			
Baseline assessment	34.28±18.24	30.94±16.89	p=0.54
Final assessment	39.06±17.65	39.67±14.2	p=0.57
	Intragroup p=0.317	Intragroup p=0.003*	
Visual Analog Scale (VAS)¹⁹- mean ±SD			
Baseline assessment	3.5±2.36	2.94±2.15	p=0.512
Final assessment	2.33±1.5	2.11±1.64	p=0.537
	Intragroup p=0.005*	Intragroup p=0.006*	
Barthel Index (BI) of activities of daily living²⁰- mean ±SD			
Baseline assessment	65.56±33.73	59.17±29.62	p=0.435
Final assessment	71.11±31.6	75.28±24.82	p=0.898
	Intragroup p=0.018*	Intragroup p=0.0001*	
Tinetti Falls Efficacy Scale (Tinetti FES)²¹- mean ±SD			
Baseline assessment	41.39±31.48	42.33±25.11	p=0.590
Final assessment	34.28±28.88	29.11±19.44	p=0.812
	Intragroup p=0.001*	Intragroup p=0.0001*	

Functional Independence Scale (FIS)²²- mean ±SD			
FIS-motor			
Baseline assessment	55.94±27.39	51.44±24.03	p=0.612
Final assessment	59.67±25.95	60.89±21.78	p=0.975
FIS-cognitive			
Baseline assessment	26.06±8.53	22.39±8.62	p=0.157
Final assessment	26.39±8.2	22.94±9.12	p=0.215
	Intragroup p=0.18	Intragroup p=0.066	
Stroke specific Quality of Life scale (SS-QoL)²³- mean ±SD			
Baseline assessment	145.72±43.6	121.06±28.1	p=0.062
Final assessment	155.5±41.93	143.06±27.34	p=0.350
	Intragroup p=0.003*	Intragroup p=0.0001*	
Intrinsic Motivation Inventory (IMI)²⁴- mean ±SD			
Final assessment	64.11±9.59	69.67±9.59	p=0.056
Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)^{25,26}- mean ±SD			
Final assessment	25.78±4.65	27.89±7.32	p=0.073
IMI and PSQ correlation (Pearson correlation)		Home exercise group (n=18)	Telerehabilitation group (n=18)
		PSQ	
IMI		0.675**	0.532**
P value		0.002*	0.023*
*Statistically significant p. **statistically significant positive relation.			

A COMPARISON OF THE EFFECTS OF SYNCHRONOUS AND ASYNCHRONIC HOME REHABILITATION GROUPS ON PAIN, FUNCTIONAL STATUS ASSESSMENT AND QUALITY OF LIFE PARAMETERS IN PATIENTS WITH SHOULDER TENDINOPATHY

Eren Timurtas¹, Gökçe Kartal²

¹ Marmara University, Faculty of Health Sciences, Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Istanbul, Turkey
<https://orcid.org/0000-0001-9033-4327>

² Istanbul Gedik University, Faculty of Health Sciences, Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Istanbul, Turkey
<https://orcid.org/0000-0002-2024-4104>
gokcekartal95@hotmail.com

Abstract

The positive effects of conservative treatment in patients with shoulder tendinopathy has been proven. However, the effect of home rehabilitation programs with synchronous and asynchronous participation in this population is unknown. The aim of the study is to compare the effects of synchronous and asynchronous home rehabilitation groups on pain, functional status assessment and quality of life parameters in patients with shoulder tendinopathy (ST).

This was a randomized, controlled clinical trial carried out on 74 individuals with ST. Participants were randomly assigned to the synchronous zoom group (n=37) or asynchronous application group (n=37) that received the same exercise program for 8 weeks. Pain measured by visual analog scale (VAS), disability measured by the disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH), quality of life measured by SF-36, and shoulder range of motion were used as outcome measures. Assessments were performed at baseline, 8th week and 16th week.

The analysis showed a significant effect of time and significant interaction between group and time in VAS, DASH, SF-36 and shoulder mobility scores ($p<0.05$). The synchronous group showed more improvement.

Telerehabilitation has been preferred more recently. Because it is cost saved and increased patient access. This study shows synchronous group (zoom) has significant results as it is able to provide immediate feedback. In other studies, different telerehabilitation methods can be compared in patients with shoulder tendinopathy.

Keywords: Tendinopathy, Synchronous telerehabilitation, Asynchronous telerehabilitation, Shoulder pain.

A THEMATIC VIDEO ANALYSIS ON SOCIAL MEDIA ADVOCACY OF HEALTH AT EVERY SIZE-ORIENTED MOVEMENTS

Mehtap Çağlar¹

¹Ankara University, Faculty of Communication, Ankara, Turkey
caglarmehtap@gmail.com

This research aims to find out core discourses of health at every size-oriented movements (body positivity, fat acceptance, anti-diet, fat but fit) on social media. It is important to establish main discourses in a current public debate about health, to be able to understand and assess the communicative and narrative points of views of the debate's actors. In that way, we can trace the paradigm shifts and social tendencies about health, obesity, weight loss, and wellbeing. This research chooses to gather its data from the publicly uploaded videos of the actors themselves of these social movements on YouTube. The reason is that advocates of these movements frequently shoot their own videos about their opinions on being fat, being body positive, being healthy, losing or gaining weight, eating disorders, and health at every size. Upon releasing their videos, the advocates of the said movements interact with their audience via comments and/or response videos. This type of a two-way communicative process can reveal its core discourses around the key subjects of these movements due to its varied and the wide range of participants.

Through the experiences and opinions of the actors themselves, this research focuses on the qualitative data from those actors' videos on YouTube. According to the current statistical information by Google Trends (August 2022), YouTube is the runner up in the ranks of most visited website globally following Google. That is why the research population is chosen from YouTube, and the data is obtained through the site's tagging system (e.g. health at every size, fat activism, fat phobia, weight loss, obesity). Total duration of the reviewed videos is 18h 36m 16s, and the number of the videos is 55 for August, 2022.

Most common and repeated discourses, opinions, and definitions are determined for the thematic analysis of the videos. The overarching theme from the analysis of the videos is misinformation/disinformation about scientific research on obesity, markers of a healthy body, medical effects of obesity, and nutrition. Another common theme is the communication strategies of the advocates; emotionally driven arguments, aggressive attitudes towards criticism, and leading people to the echo chambers of their own, and specific in-group language. The last theme is the sociocultural approach that claiming the oppression and discrimination against fat/overweight people and seeking acceptance as a vulnerable group in the society.

AİLE HEKİMLERİNİN İLETİŞİM BECERİLERİNİN AİLE HEKİMLERİ VE TİP 2 DİYABET HASTALARI BAKIŞ AÇISIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ

İzlem Kabalı¹, Sema Özcan¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

dr.izlem@hotmail.com

Amaç

Çalışmamızın amacı, aile hekimlerinin (AH) iletişim becerilerinin (İB) kendileri ve tip 2 diyabet hastaları tarafından nasıl algılandığını ve AH'lerin İB'lerinin tip 2 diyabet hastalarının özbakımlarına etkisini incelemektir.

Yöntem

Çalışma kesitsel, analitik bir araştırmadır. Araştırmanın evreni Denizli Merkezefendi ilçesinde görevli AH ile onlara diyabet nedeniyle başvuran hastalarıdır. Örneklem, AH'lerin tümü ve son üç haftada AH'lere başvuran 18-70 yaş arasındaki on hastadan, çalışmaya katılmayı onaylayan son beş tip 2 diyabet hastasıdır. Temel bağımlı değişken AH'lerin İB'leri, ikincil bağımlı değişken tip 2 diyabet hastalarının özbakım yapma durumlarıdır. Veri toplama formundaki sosyodemografik özellikleri ve AH'lerin İB'lerine ilişkin soruları hekimler ve hastalar, hastaların özbakımlarına ilişkin soruları sadece hastalar doldurmuştur. Aile hekimlerinin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi amacıyla American Board of Internal Medicine'in (ABIM), sürekli profesyonel gelişim programı kapsamında, hekimlerin İB'nin değerlendirilmesi amacı ile geliştirdiği 10 soruluk, 5'li Likert ölçeği şeklindeki form kullanılmıştır. Formun kullanılabilmesi için ABIM'in onayı alınmış ve form Türkçeye çevrilmiştir. Hastaların özbakımlarını değerlendiren sorular, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin DM ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu ile Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nden yararlanılarak oluşturulmuştur.

Bulgular

Veri toplama sürecinde 79 AH'nin 17'si görevden ayrıldığından 62 AH'ye (%78.5), dolayısıyla 310 tip 2 diyabet hastasına (%78.5) ulaşılabilmektedir. AH'lerin 46'sı (%74.2) erkek, 16'sı (% 25.8) kadın, yaş ortalaması 49.0 ± 6.7 yıldır. AH'lerin ve tip 2 diyabet hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre AH'lerin İB'lerine verilen puanlar farklılık göstermemiştir. AH'lerin İB'lerinin değerlendirildiği ifadelerin çoğunda hastalar hekimlerini, hekimlerinin kendileri için düşündüğünden daha olumlu değerlendirmişler ancak hekimlerinin kendilerine diyabetle ilgili her bilgiyi vermesi, doğru, dürüst, açık olması, sağlık problemleri konusunda bilmeleri gerekenleri, nasıl/niçin meydana geldiğini, ileride onları nelerin beklediğini saklamamaları ve açıklamaları açısından daha olumsuz

değerlendirmişlerdir. Hekimlerinin İB'lerini daha olumlu algılayan hastaların, hekimlerini başkalarına daha fazla önerdikleri, evde kan şekeri takibi, ayak, diş, deri ve cilt bakımlarını daha fazla yaptıkları anlaşılmıştır.

Sonuç

Tip 2 diyabet hastalarının hoşnutluğu ve özbakımlarını sahiplenmeleri açısından, AH'lerin İB'leri ve diyabete ilişkin bilgi ve becerilerinin güncellenmesinin desteklenmesi önemli görünmektedir. Ayrıca birinci basamak diyabet bakımında AH'ler temel rolde olsa da bu hekimlerin gerek zaman gerekse hemşire, diyetisyen, psikolog, egzersiz uzmanı, diş hekimi gibi diyabet bakımında önemli yerleri olan multidisipliner bir ekip tarafından desteklenmesi gerektiği açıktır. Sonuç olarak, çalışmamızın bu doğrultuda yapılacak araştırmalar ve uygulamalar için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERİN ERİŞKİN AŞILARI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşen Mert¹

¹Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye
aysendr1978@hotmail.com

Aşılama aşı ile önlenebilir hastalıkların önlenmesi ve bu hastalıklara bağlı kayıpların azaltılabilmesi için en etkili ve ucuz yöntemdir. Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Birliği çocukluk çağı aşılamalarını çok yakından izlemesine rağmen detaylı bir çalışma erişkin aşılaması için mevcut değildir. Çocukluk döneminde yapılan bazı aşılardan koruyuculuklarının ömür boyu sürmemesi, aşılanamayan kişilerin aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı duyarlı olması, çalışma ve sosyal yaşam ortamlarında aşı ile önlenebilir hastalıklarla karşı karşıya kalınması gibi nedenlerle erişkinlik döneminde de bağışıklama hizmetlerinin devam etmesi gerekmektedir.

Bu çalışma ile Afyonkarahisar ilinde bulunan iki aile sağlığı merkezi bölgesindeki erişkinlerin erişkin aşıları hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın evrenini Afyonkarahisar il merkezinde bulunan Erkmek Aile Sağlığı Merkezi ve Çayırbağ Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üzeri hastalar oluşturmuştur. 194 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. 10-31 Ağustos 2022 tarihinde çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların aydınlatılmış onam formuna ıslak imzaları alındıktan sonra literatür doğrultusunda hazırlanmış 21 sorudan oluşan veri toplama formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmış ve 203 katılımcı ile çalışma tamamlanmıştır. İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 20.0 paket programı ve tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortanca, ortalama, standart sapma, sayı, yüzde frekans) kullanılmıştır.

Katılımcıların %47,3'ü kadın, %52,7'si erkek, yaş ortalaması 39,13 ±15,01, %74,4'ü evli, %38,9'u üniversite mezunu, %26,6'sı devlet memuruydu. Katılımcıların %33,5'i kronik hastalığa sahipti ve %70,9'u sürekli ilaç kullanmıyordu. Katılımcıların %75,4'ü erişkinlerde (18 yaş ve üzeri) aşı yapılması gerektiğini, %43,3'ü erişkinlerde hangi aşılardan yapıldığını bildiğini, %71,9'u 65 yaş üstüne aşı yapılması gerektiğini, %42,4'ü gebelikte aşı yapılabileceğini, %81,8'i aşılardan nerde yapıldığını bildiğini (aile sağlığı merkezi, hastane, eczane), %67,5'i aşı konusundaki bilgileri doktordan öğrendiğini belirtmiştir. Katılımcıların %24,6'sı erişkin aşıları konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu, %48,3'ü kısmen bilgiye sahip olduğunu, % 64'5'i erişkin aşıları konusunda yeterli bilgiyi doktordan öğrenmek istediğini ve %64,0'ı tüm erişkin aşılarının ücretinin devlet tarafından karşılandığını beyan etmiştir. Katılımcıların aşı yaptırmama nedenleri hastalıklardan korunmak (%89,7), askerlik (%28,6), gebe olmak (%13,3), yaralanma (%10,4), hayvan ısırgını (%2,0) yurtdışına çıkma (%1) ve diğer sebepler (%9,3) şeklindedir. 18 yaşından sonra katılımcıların %18,7'si influenza aşısı

(son 3 yıl içinde), %57,1'i Td, %37,9'u Tdap, %22,2'si HBV, %7,9'u HAV, %12,3'ü pnömokok, %5,9'u meningokok, %42,4'ü KKK, %0,5'i (1 kişi) zona, %14,3'ü suçiçeği, %1,5'i HPV, %1,5'i Hib, %2,5'i polio yaptırdığını beyan etmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların erişkin aşıları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve istenen ölçüde aşılanmadıkları görülmüştür. Sağlık kurumlarına başvuran her hastaya etkili bir iletişim ile erişkin aşıları hakkında gerekli bilgilerin verilmesi erişkin aşılanma oranlarını artırabilir.

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİNDE KOMORBİDİTE VE SOSYOEKONOMİK DÜZEY DEĞERLENDİRMESİ

Filiz Demirdağ¹, Huri Özdoğan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Bölümü, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

filizakcay@gmail.com

Ailevi akdeniz ateşi (AAA) tekrarlayan ateş ve serozit atakları ile seyreden, otozomal resesif geçiş gösteren otoinflamatuvar bir hastalıktır. Daha çok Akdeniz ve Orta Doğu kökenli olan halklarda görülmekle beraber yaygın göçler nedeni ile tüm dünyada karşımıza çıkmaktadır (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Özellikle Kuzey Afrika'daki Sephardik Yahudiler, Ermeniler, Türkler ve Araplar'ı etkilemektedir. Prognozu belirleyen en önemli komplikasyon amiloidozdur (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

AAA'da akut faz yanıtının sadece ataklar sırasında değil ataklar arasında da normal değerlerin üzerinde seyrettiği bilinmektedir (8, 9, 10, 11). Ayrıca, hastaların sağlıklı 1. derece (anne, baba, kardeş, çocuk) yakınlarında da inflamasyon düzeyinin normalden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (8). AAA, sürekli inflamasyonla seyreden bir hastalık olduğu için kronik inflamatuvar diğer hastalıklarda olduğu gibi arteriyoskleroza bağlı kardiyovasküler hastalıkların da artmış olması beklenir. Ancak AAA'da kardiyovasküler hastalıkların sıklığı hakkındaki veriler çelişkilidir (12,13,14,15,16).

Kronik inflamatuvar hastalıklarda sosyoekonomik düzeyin etkilendiği bilinmektedir (17, 18). Ülkemizde şimdiye kadar bu konuda sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır (19). Ünitimiz tarafından yapılan bir çalışmada Behçet, inflamatuvar barsak ve ankilozan spondilitli hastaların sosyo-ekonomik düzeyi araştırılmış ve Behçet hastalarının bu ölçüleri kontrol gruplarına göre düşük bulunmuştur (19). AAA ataklarla seyreden bir hastalıktır ve çoğu hastanın ataklar dışındaki dönemde de eklem ve kas ağrıları olabilmektedir. Ayrıca kolşisin düzenli kullanılmasına rağmen % 30-35 oranında kısmi ya da tam cevapsızlık da olabilmektedir (1, 2, 3, 4). Bu nedenlerden ötürü AAA'lı hastaların sosyal yaşamlarının ve ekonomik düzeylerinin hastalık nedeniyle etkilenmesi beklenebilir.

Bu çalışmada esas olarak AAA hastalarının sosyo-ekonomik düzeylerini, kendilerinde ve ailelerinde eşlik eden komorbid hastalıkları SLE, Behçet ve bu hastalıkları taşımayan kontrollerle karşılaştırarak saptamayı hedefledik.

Metod

Haziran-Aralık 2005 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniğine başvuran, 142 ailevi Akdeniz ateşli (AAA) 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.

İstatistiksel Hesap: Devamlılık gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmasında one-way ANOVA kullanıldı. Takibindeki post hoc değerlendirme ise Tukey (HSD) metodu ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Kikare testi veya Fisher exact testi uygulandı. Bütün hesaplar Windows 10.0 version için düzenlenen SPSS software (SPSS Inc, Chicago, IL) ile yapıldı. Devamlılık gösteren değerler ortalama ve standart sapma ile verildi.

Bulgular

Çalışmaya 142 (73 E/ 69 K) AAA'lı, 142 (84 E/ 58 K) BS'li ve 77 (4 E/ 73 K) SLE'li hasta ile 96 (57 E/ 39 K) kontrol katıldı. AAA erken yaşta başlayan bir hastalık olduğu için ortalama hastalık süresi daha uzundu. Hastaların toplam 1.derece akraba sayısı hesaplanırken anne, baba, hayatta ve ölmüş olan kardeş ve çocuk sayıları toplamı alındı. AAA hastalarının kardeş, çocuk ve 1.derece akraba sayısı diğer gruplara göre daha azdı.

Sık penisilin kullanımı ve ishal yakınması AAA'lı hastalarda diğer hasta ve kontrollere göre daha fazlaydı (her biri için

$P < 0.001$). Tekrarlayan idrar yolu infeksiyonları AAA ve SLE'li hastalarda BS ve kontrollere oranla daha fazla saptandı ($P = 0.001$). AAA'lı hastalarda ankilozan spondilit % 6 oranında görüldü, bu oran diğer hasta ve kontrol grupları ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak artmıştı ($P = 0.019$). Hipertansiyon sıklığı anlamlı olarak en fazla SLE'li hastalarda artmıştı ($P < 0.001$). SLE dışlandığında hipertansiyon açısından diğer gruplar arasında anlamlı fark gözlenmedi.

Tekrarlayan oral aft yakınması beklendiği üzere en fazla Behçet hastalarında gözlemlendi ($P < 0.001$). Tekrarlayan otit ise BS'li hastalarda diğer gruplara oranla daha azdı ($P = 0.001$). Diğer hastalıklar açısından çalışma grupları arasında anlamlı fark gözlenmedi. Çalışma grupları arasında sadece SLE grubunda kadın erkek oranı farklı idi ($p < 0.001$). Bu nedenle olası bir cins saptırması söz konusu olabileceği için komorbid hastalık sıklıkları erkek ve kadınlarda ayrı ayrı değerlendirildi.

Sadece erkeklerin analizinde (bu analizlere SLE'li hastalar katılmamıştır) sık penisilin kullanımı ve ishalin AAA hastalarında artmış olduğu gözlenirken, oral aft en sık BS hastalarında izlenmekteydi. Sadece kadın hasta ve kontrollerin analizinde de benzer bulgular izlendi; ek olarak hipertansiyonun sadece SLE'li hastalarda arttığı gözlemlendi. Ayrıca kadınlar arasında, otit AAA ve SLE'li hastalarda BS ve kontrollere göre anlamlı olarak artmıştı.

Ailede sık antibiyotik kullanımı ve ailede AAA öyküsü en sık AAA hastalarının yakınlarında gözlenirken ($p=0.009$), ailede tekrarlayan oral aft öyküsü beklendiği gibi en fazla BS'li hasta ailelerinde saptandı ($p=0.001$). Ailede allerjik deri hastalıkları öyküsü ise SLE ve AAA yakınlarında BS'lilere göre daha fazla saptandı ($P = 0.012$). Ailede kanser öyküsü, SLE'li hastalarda AAA ve BS'lilere göre daha fazla idi ($P = 0.022$). Kardiyovasküler hastalıklar, inme, diyabet, hipertansiyon sıklığı gruplar arasında fark göstermemekteydi. AAA'lı hastaların kendilerinde AS sıklığı artmış olmakla birlikte 1. derece yakınlarında AS anamnezi diğer gruplardan farklı değildi. Ailelerdeki ortalama birey sayısı anlamlı olarak farklı olduğu için ölüm oranları, ailedeki toplam ölüm sayısı toplam birey sayısına oranlanarak

karşılaştırıldı. Hastaların birinci derece yakınları arasındaki genel ölüm oranı AAA grubunda diğer gruplara göre anlamlı olarak azdı. Ölüm nedenlerini değerlendirdiğimizde ise kardiyovasküler nedenlere bağlı ölümler AAA hastalarının yakınlarında en az iken, SLE hasta yakınlarında kansere bağlı ölümler anlamlı olarak daha fazlaydı. (SLE hastalarında saptanan maligniteler; 6 akciğer, 2 prostat, 2 mide, 2 kolon, 2 bilinmeyen, 1 lösemi, 1 cilt, 1 kemik, 1 pankreas)

Birinci derece yakınarda ölüm oranları arasında AAA lehine saptanan anlamlı farkın AAA'lı hastaların, SLE ve negatif kontrollere oranla daha genç olmalarından kaynaklanabileceğini düşündük. Hastaların yaşları arasındaki fark ancak 45 yaş üstü AAA'ları değerlendirmeye alınca kayboldu. Ancak o zamanda AAA'lı hasta sayısı 17'e düştüğü için bu ilişkinin, yaş uyumu karşılaştırılabilen bir çalışma grubu ile yeniden değerlendirilmesi gerektiğine karar verdik. Ölüm oranları arasındaki ilişki, yaş ortalamaları arasında fark olmayan AAA ve BS arasında devam etmekteydi. AAA'lı hastaların 1. derece akrabaları BS'li hastaların yakınlarına oranla daha az ölmekteydiler (0.09 vs 0.13, $p < 0.001$).

Hem erkekler hem de kadınlarda para kazanılan bir işte çalışma durumu açısından çalışma grupları arasında fark yoktu. Erkekler değerlendirildiğinde, AAA'lı hastaların % 64'ü, BS'lerin % 62'si ve Kontrollerin % 78'i bir işte çalışmaktaydı. AAA'lı hastalar çoğunlukla memur (% 26) profesyonel (% 24), yönetici (% 22), daha az oranda vasıflı (% 15) ve ya vasıfsız işçi (% 13) idiler. İş tipi dağılımında AAA'lı hastalar ile diğer çalışma grupları arasında anlamlı fark yoktu. Yine de hem Behçet hastaları hem de Kontroller çoğunlukla işçi (BS'lerin % 54'ü, Kontrollerin % 58'i) daha az sıklıkla memur, profesyonel veya yönetici gibi iş dallarına mensuptular. Erkeklerde olduğu gibi kadınlarda da AAA'lı hastaların çoğunluğunu yönetici (%23), profesyonel (% 36) ve memurlar (% 27) oluşturmaktaydı. AAA'lı hastaların sadece % 14'ü işçi olmasına rağmen, SLE'li hastaların % 79'u, Kontrollerin % 57'si ve BS'lerin % 43'ü işçi olarak çalışmaktaydılar ($P = 0.018$). AAA'lı hastalar hesapların dışında bırakıldığında Behçet sendromlu ve SLE'li hastalar ile Kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuyordu.

Tartışma ve Sonuç

AAA hastalarında atak dışı dönemde de inflamasyonun devam ettiği ve AAA hastalarının asemptomatik birinci derece yakınlarında akut faz reaktanlarının normal popülasyona göre yüksek olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (8).

Çalışmamızda AAA hasta ve yakınlarında arteriyoskleroz ile ilişkili olabilecek durumlar (iskemik kalp hastalığı ya da diğer kalp hastalıkları, inme, hipertansiyon, diabetes mellitus, yüksek kolesterol) artmamıştır. SLE'li hastalarda arteriyosklerozun yanısıra hipertansiyon, diyabet ve hiperkolesteroleminin de arttığını gösteren çok sayıda çalışma olmasına (20, 21, 22) rağmen çalışmamızda sadece hipertansiyon artmış olarak bulunmuştur. Yukarıda bahsettiğimiz arteriyoskleroz ile ilişkili olabilecek durumlar hipertansiyon haricinde anlamlı olarak yüksek bulunmasa da, bunların toplamına baktığımızda lupus hastalarında daha yüksek oranda olduğunu gözlemledik. Yine bölümümüz tarafından yapılan bir çalışmada SLE'li hastalarda karotis arterde % 30 oranında arteriyosklerotik plak izlenmiştir (23). Bizim çalışmamızda klinik kardiyovasküler olay sıklığını

artmamış bulmamızın nedeni çalışma metodumuzdan veya asemptomatik hastaların hiperlipidemi ve / veya aterosklerotik plakları olsa bile bundan haberdar olmamalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda AAA hastalarında ve yakınlarında sık penisilin kullanımı olduğunu gördük. Bunun yanı sıra diyare ve idrar yolu enfeksiyonunu da artmış sıklıkta bulduk. AAA'da atak sırasında sıklıkla mikroskopik hematüri ile birlikte piüri olabilir ve AAA tanısı öncesi bu hastalarda tekrarlayan üriner enfeksiyon olduğu düşünülür. İdrar yolları enfeksiyonu SLE'li hastalarda da artmış bulundu. Benzer şekilde SLE'de de böbrek tutulumuna bağlı idrar tahlil değişiklikleri sıklıkla üriner enfeksiyon gibi algılanmış olabilir. AAA hastalarında gözlenen sık diyare atak seyrinde görülebileceği gibi, kolşisinin yan etkisi olarak da ortaya çıkabilir.

Çalışmamızda AAA hastaları arasındaki spondiloartropati oranını % 6'dır. Türkiye'de daha önce AS için bildirilen prevalansın % 0.4 olduğu (24) düşünülürse, AS'nin AAA'lı hastalarda normal popülasyona göre yaklaşık 14 kat artmış olduğu söylenebilir. Bu iki hastalığın birlikte görülme sıklığının artmış olması, çalışmamızın üçüncül bir referans merkezinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir ya da olası ortak bir etyopatogenezin rol oynadığı düşünülebilir. İlginç bir bulgu da hastalarda AS'nin artmış olmasına karşın, bu ilişkinin 1.derece yakınlarında gözlenmemiş olmasıdır.

Ailede ölüm oranının AAA'da en az olduğunu gördük. Bu MEFV geninin bazı infeksiyöz ajan ve hastalıklara karşı koruyucu etkisinin bir sonucu olabilir. Yaygın olarak görülen mutasyonların, orak hücreli anemide olduğu gibi, sağladıkları selektif bir avantajdan ötürü bugüne kadar gelmiş olabilecekleri düşünülmektedir (25). Aynı soru AAA için de geçerlidir. AAA hastalarında ve MEFV gen mutasyonu taşıyıcılarında saptanan artmış inflamatuvar yanıtın, doğal immün direnci artırarak vücudun bazı mikroorganizmalarla savaşmasında fayda sağlamış olabileceğini düşündürmüştür. Ancak bu gözlemin AAA hasta grubu ve dolayısı ile 1.derece yakınlarının, SLE ve negatif kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha genç olmalarına bağlı olabileceğini düşündük. Sadece 45 yaş ve üstü AAA'lı hasta ve yakınlarını değerlendirdiğimizde bu fark SLE ve negatif kontrollere göre kayboluyordu, ama bu kez de AAA'lı hasta sayımız çok azalıyordu. Bu nedenle, bu ilginç gözlemin yaş uyumu daha iyi gözetilmiş kontrol grupları ile yeniden çalışılması gerektiğine karar verdik.

Çalışmamızda AAA hastalarının 1. derece yakınlarında kardiyovasküler hastalık sıklığında diğer gruplara oranla bir fark saptamazken, ailede ölüm nedenlerine baktığımızda ise AAA hastalarının ailelerinde kardiyovasküler nedenlere bağlı ölüm oranlarının daha az olduğunu gördük. Daha önce yukarıda bahsettiğimiz gibi AAA ve arteriyoskleroz ilişkisini araştıran çalışmalarda bulunan sonuçlar çelişkilidir ve bu konu ile ilgili AAA'ların ailelerinde yapılan çalışma sayısı kısıtlıdır. Langevitz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada AAA hastalarında iskemik kalp hastalığı prevalansı İsrail popülasyonu ile benzer saptanmış ve AAA hastalarının ailelerinde iskemik kalp hastalığı öyküsü hastalıklı kontrolle oranla daha sık görülürken, iskemik kalp hastalığı olan AAA hastalarının ailelerinde iskemik kalp hastalığı anamnezi hastalıklı kontrolle göre daha az görülmüştür (26).

Bizim araştırmamızda ise SLE hastalarının 1.derece akrabalarında kanser ve kansere bağlı ölüm oranı anlamlı olarak daha fazlaydı. Lenfoproliferatif malignitelerde bir artış gözlenmedi. Fakat SLE

grubunun yaş ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olması burada yanıltıcı bir faktör olabilir. Çünkü bu hastaların anne, baba ve kardeş yaşları daha yüksek olabilir ve bu da kanser sıklığının artmasında bir rol oynayabilir.

Çalışmamızın sosyoekonomik düzey sonuçları değerlendirildiğinde AAA ve Behçet hastalarının diğer çalışma gruplarına göre farklı özellikler taşıdığı gözlemlendi. Behçet hastalarının eğitim ve gelir düzeyleri daha düşüktü, daha fazla SSK veya yeşil kart mensubuydular. AAA hastalarının iş statüleri diğer hasta gruplarından daha iyi iken, Behçet hastalarının daha vasıfsız işlerde çalıştığı gözlemlendi.

Çalışmamızın zayıf yönlerinden birisi metodunun dayandığı anket yöntemi olabilir. Hatırlama hatalarına ya da biaslere (hastalar kontrollere göre daha fazla hatırlamaya eğilimli olabilirler) sebebiyet verebilecek bir yöntem olduğundan sadece kabaca komorbidity hakkında fikir verebilir, çok güvenilir bir yöntem olmayabilir. Ancak “Size daha önce bir doktor tarafında şu hastalık tanısı kondu mu?” tarzı sorulardan oluşan anket yöntemi ile alınan yanıtlar hasta tıbbi kayıtları ile karşılaştırıldığında ankete verilen yanıtların güvenilir sonuçlar verdiği bildirilmiştir (27, 28, 29, 30). Sadece hastaneye gelen hastaları çalışmaya aldığımız için ve çalışma bir 3. merkez olan üniversite hastanesinde yapıldığı için çalışmamızın sonuçları Türkiye’nin genelini doğru bir şekilde yansıtmayabilir.

Sonuç olarak; Aylık penadur kullanımı, sık diyare, ankilozan spondilit en sık AAA’lı hastalarda gözlemlendi. İskemik kalp hastalığı, kalp kapak hastalıkları, inme, hiperlipidemi, diyabet, kronik bronşit, tekrarlayan üst solunum yolları infeksiyonları, peptik ülser, allerjik deri hastalıkları, sağırılık, hepatit, tüberküloz ve kanser oranları açısından hasta ve kontroller arasında fark saptanmadı. Ailede sık antibiyotik kullanımı en fazla AAA hastalarında gözlemlendi. Ailede ölüm oranı diğer gruplara göre AAA’lı hastalarda daha düşüktü. Anlamli olmasa da kardiyovasküler nedenlere bağlı ölümler bu grupta en azdı. Ailede kanser öyküsü ve kansere bağlı ölümler SLE’li hastalarda anlamli olarak daha fazla idi. Hastaların sosyoekonomik ve eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde ise AAA hastaları daha fazla yüksek öğrenim görmüşlerdi ve diğerlerine göre iş statüleri daha iyi idi.

Kaynaklar

1. Tunca M, Akar S, Onen F, Ozdogan H, Kasapcopur O, Yalcinkaya F, Tutar E, Ozen S, Topaloglu R, Yilmaz E, Arici M, Bakaloglu A, Besbas N, Akpolat T, Dinc A, Erken E; Turkish FMF Study Group. Familial Mediterranean fever (FMF) in Turkey: results of a nationwide multicenter study. *Medicine (Baltimore)* 2005; 84: 1-11.
2. Onen F. Familial Mediterranean fever. *Rheumatol Int* 2006; 26: 489-96.
3. Ben-Chetrit E, Levy M. Familial Mediterranean fever. *Lancet* 1998; 351: 659-64.
4. Sohar E, Gafni J, Pras M, Heller H. Familial Mediterranean fever. A survey of the literature and review of the literature. *Am J Med.* 1967; 43: 227-53.
5. Klinik Romatoloji el kitabı. Eker Doğanayşargil, Gürbüz Gümüşdiş. S:541-557
6. İç Hastalıkları. İlçin, Biberoğlu, Süleymanlar, Ünal. S:2779-2784
7. Bakaloglu A. Familial Mediterranean fever. *Pediatr Nephrol.* 2003; 18: 853-9.

8. Lachmann HJ, Sengul B, Yavuzsen TU, Booth DR, Booth SE, Bybee A, Gallimore JR, Soyuturk M, Akar S, Tunca M, Hawkins PN. Clinical and subclinical inflammation in patients with familial Mediterranean fever and in heterozygous carriers of MEFV mutations. *Rheumatology (Oxford)* 2006; 45: 746-50.
12. Bilginer Y, Ozaltin F, Basaran C, Duzova A, Besbas N, Topaloglu R, Ozen S, Bakkaloglu A. Evaluation of intima media thickness of the common and internal carotid arteries with inflammatory markers in familial Mediterranean fever as possible predictors for atherosclerosis. *Rheumatol Int* 2008; 28: 1211-6.
13. Peru H, Altun B, Doğan M, Kara F, Elmaci AM, Oran B. The evaluation of carotid intima-media thickness in children with familial Mediterranean fever. *Clin Rheumatol.* 2008; 27: 689-94.
14. Caliskan M, Gullu H, Yilmaz S, Erdogan D, Unler GK, Ciftci O, Topcu S, Kayhan Z, Yucel E, Muderrisoglu H. Impaired coronary microvascular function in familial Mediterranean fever. *Atherosclerosis* 2007; 195: 161-7.
15. Sari I, Karaoglu O, Can G, Akar S, Gulcu A, Birlik M, Akkoc N, Tunca M, Goktay Y, Onen F. Early ultrasonographic markers of atherosclerosis in patients with familial Mediterranean fever. *Clin Rheumatol.* 2007; 26: 1467-73.
16. Akdogan A, Calguneri M, Yavuz B, Arslan EB, Kalyoncu U, Sahiner L, Karadag O, Ertenli I, Kiraz S, Aytemir K, Akata D, Tokgozoglu L, Oto A. Are familial Mediterranean fever (FMF) patients at increased risk for atherosclerosis? Impaired endothelial function and increased intima media thickness are found in FMF. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48: 2351-3.
17. Bernstein CN, Kraut A, Blanchard JF, Rawsthorne P, Yu N, Walld R. The relationship between inflammatory bowel disease and socioeconomic variables. *Am J gastroenterol.* 2001; 96: 2117-25
18. Sule S, Petri M. Socioeconomic status in systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2006; 15: 720-3.
19. Seyahi E, Ugurlu S, Seyahi N, Celik AF, Melikoglu M, Fresko I, Hamuryudan V, Yurdakul S, Yazici H. A survey of socioeconomic status in Behcet's Syndrome. *Clin Exp Rheum* 2004; 22: S 88.
20. Turesson C, Jacobsson LT, Matteson EL. Cardiovascular co-morbidity in rheumatic diseases. *Vasc Health Risk Manag* 2008; 4: 605-14.
21. Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE, Conte CG, Medsger TA Jr, Jansen-McWilliams L et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *Am J Epidemiol* 1997; 145: 408-15.
22. Urowitz MB, Gladman DD, Ibanez D, Berliner Y. Modification of hypertension and hypercholesterolaemia in patients with systemic lupus erythematosus: a quality improvement study. *Ann Rheum Dis* 2006; 65: 115-7.
23. Seyahi E, Ugurlu S, Cumali R, Balci H, Seyahi N, Yurdakul S, Yazici H. Atherosclerosis in Takayasu arteritis. *Ann Rheum Dis.* 2006; 65: 1202-7.
24. Onen F, Akar S, Birlik M, Sari I, Khan MA, Gurler O, Ergor A, Manisali M, Akkoc N. Prevalence of ankylosing spondylitis and related spondyloarthritides in an urban area of Izmir, Turkey. *J Rheumatol* 2008; 35: 305-9.
38. Katz JN, Chang LC, Sangha O, Fossel AH, Bates DW. Can comorbidity be measured by questionnaire rather than medical record review? *Med Care* 1996; 34: 73-84.

25. Kalyoncu M, Celiker Acar B, Cakar N, Bakkaloglu A, Ozturk S, Dereli E, Tunca M, Kasapcopur O, Yalcinkaya F, Ozen S. Are carriers for MEFV mutations “healthy” ? Clin Exp Rheumatol. 2006; 24: S120-2.
26. Langevitz P, Livneh A, Neumann L, Buskila D, Shemer J, Amolsky D, Pras M. Prevalence of ischemic heart disease in patients with familial Mediterranean fever. Isr Med Assoc J 2001; 3: 9-12.
27. Katz JN, Chang LC, Sangha O, Fossel AH, Bates DW. Can comorbidity be measured by questionnaire rather than medical record review? Med Care 1996; 34: 73-84.
28. Kriegsman DM, Penninx BW, van Eijk JT, Boeke AJ, Deeg DJ. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. A study on the accuracy of patients’ self-reports and on determinants of inaccuracy. J Clin Epidemiol 1996; 49: 1407-17.
29. Bombard JM, Powell KE, Martin LM, Helmick CG, Wilson WH. Validity and reliability of self-reported arthritis: Georgia senior centers, 2000-2001. Am J Prev Med. 2005; 28: 251-8.
30. Sacks JJ, Harrold LR, Helmick CG, Gurwitz JH, Emani S, Yood RA. Validation of a surveillance case definition for arthritis. J Rheumatol 2005; 32: 340-7.

AKUT/KRONİK SANTRAL SERÖZ KORYORETİNOPATİ İLE YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ali Keleş¹, Süleyman Korhan Karaman², Ali Karayağmurlu³

¹Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Bilecik, Türkiye - ORCID ID: 0000-0002-4684-9996

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye - ORCID ID: 0000-0002-5902-5072

³İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye -ORCID ID: 0000-0001-5464-2891

alikeles06@gmail.com

Santral Seröz Koryoretinopati (SSKR) tanılı olguların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirmek ve bu sonuçların olguların akut/kronik olmasına göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amaçlandı.

Bu vaka-kontrol çalışmasına 33'ü akut, 29'u kronik olmak üzere toplam 62 SSKR'li hasta dahil edildi. Yaş ve cinsiyet açısından benzer polikliniğe rutin muayene için gelen 43 gönüllü kontrol grubu olarak alındı. SSKR grubunda hastalık süresi, en iyi görme keskinliği ve tutulan göz kaydedildi. Tüm katılımcılar tarafından yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, aylık gelir sorularından oluşan sosyodemografik veri formu dolduruldu. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Form Anketi, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği dolduruldu.

Her iki grubun temel sosyodemografik özellikleri benzerdi ($P > 0,05$). Kontrol gözlerine kıyasla SSKR'li hastaların yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden genel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre puanları daha düşüktü (sırasıyla $P < 0,001$, $P = 0,021$, $P = 0,006$, $P = 0,006$); fiziksel sağlık puanları benzerdi ($P > 0,05$). SSKR'li hastalarda toplam anksiyete puanı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($10,58 \pm 10,87$ (hafif kategoride) ve $5,67 \pm 6,29$ (minumum kategoride), $P = 0,009$). Ayrıca, SSKR'li hastalarda toplam depresyon puanı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($10,42 \pm 8,23$ ve $6,86 \pm 5,15$, $P = 0,039$). Bununla birlikte akut ve kronik SSKR grupları arasında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon açısından anlamlı farklılık izlenmedi ($P > 0,05$).

Bu çalışmanın sonuçları SSKR'nin yaşam kalitesinde bozulma, anksiyete ve depresyon belirtilerinde artışla ilişkili olduğunu göstermektedir. Psikiyatrik yatkınlık açısından hastalığın akut veya kronik olması etkili gözükmemektedir. SSKR ile emosyonel problemler arasındaki nedensel ilişkinin daha iyi anlaşılması için uzunlamasına izlem çalışmalarının yapılması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: akut, anksiyete, depresyon, kronik, santral seröz koryoretinopati, yaşam kalitesi.

ANKARA İLİ ÇANKAYA İLÇESİNDE BİR AİLE SAĞLIĞI BİRİMİNE KAYITLI 65 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSTA PNÖMOKOK AŞILAMA HIZINI ARTTIRMAYA YÖNELİK BİR MÜDAHALE ÇALIŞMASI

Fatma Özarslan¹, F. Nur Baran Aksakal²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Çankaya 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimi, Ankara, Türkiye

²Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

drfatmayavuz@gmail.com

Bu araştırma Ankara ili Çankaya ilçesinde bir aile sağlığı birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri kişilerde Pnömonokok aşılama hızını tespit etmek, Pnömonokok aşılama hızını arttırmaya yönelik bilgilendirme müdahalesinin aşılama hızına etkisini ve aşılama hızına etki eden bazı faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışma bir müdahale araştırmasıdır. Araştırma evreni aile hekimliği birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri 520 kişiden daha önce pnömokok aşısı yaptırmamış 493 kişidir. Belirlenen evrenden araştırmaya katılmayı kabul eden 356 kişiye (%72.2) ulaşılmıştır. Katılımcılara 28 sorudan oluşan anket formu yüz yüze uygulanmıştır. Anket sonrası, aşıların yararları, olası riskleri, ücretsiz olduğu bilgilerini içeren standart bir bilgi formu yüz yüze görüşme ile aktarılmıştır. Bilgilendirme müdahalesi sonrası katılımcılara aşılanmak isteyip istemedikleri sorulmuş ve cevapları not edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler için tek değişkenli analizlerde Ki-kare testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılanların %36,0'ının 65-69 yaş aralığında olduğu, %62,9'unun kadın, %57,3'ünün evli, %39,3'ünün ilkökul mezunu, %21,9'unun tek başına yaşadığı, %97,5'inin çalışmadığı, %35,7'sinin gelir durumunun asgari ücret ve altında olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %19,7'sine kronik hastalığı nedeniyle daha önceden herhangi bir aşı önerildiği belirlenmiştir. Katılımcıların %0,6'sına daha önce pnömokok aşısı önerildiği saptanmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin %27,0'ı 65 yaş ve üzerinde pnömokok dışında bir aşı yaptırmış olup bunların %89,7'si grip aşısıdır. Son 5 yılda pnömokok dışında herhangi bir aşı yaptıran katılımcıların %57,0'ı doktoru önerdiği için aşı yaptırdığını belirtmiştir. Bilgilendirme öncesi aile hekimliği birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri kişilerde herhangi bir pnömokok aşısı yaptırma hızı %7,0 iken bilgilendirme sonrası %63,0'a yükselmiştir. Araştırmaya katılan 356 kişinin 230'u (%64.6) bilgilendirme sonrası konjuge pnömokok aşısı yaptırmak istediğini belirtmiştir. Bunların 118'ine bilgilendirme ile aynı gün, 51'ine ise bilgilendirme sonrası başka bir günde konjuge pnömokok aşısı uygulanmıştır. 61 kişi ise aşının bilgilendirmenin yapıldığı gün aile sağlığı biriminde olmaması ve daha sonra aşının uygulanması için gelmemeleri nedeniyle konjuge pnömokok aşısı yaptırmamıştır. Katılımcılardan 126 kişi (%35,4) ise bilgilendirme sonrası konjuge pnömokok aşısı yaptırmak istemediğini belirtmiştir. Bunların 45 (%35,7)'i daha sonra fikrini değiştirerek aşı yaptırmıştır. Bilgilendirme sonrası aşı yaptırma durumunu etkileyen

faktörler; 65-79 yaş grubunda olmak, lise üzeri mezunu olmak, kronik hastalık varlığı, son 5 yılda başka aşı yaptırmış olmak ve 65 yaş ve üzerinde başka aşı yaptırmış olmaktır.

Risk durumu genel topluma göre daha yüksek bir grup olmasına rağmen katılımcılar erişkin aşılama konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Pnömonokok aşısı hakkında yapılan bilgilendirme 65 yaş ve üzerinde kişilerde pnömonokok aşılmasını artırmada etkin bir müdahaledir.

ANTRENMAN İÇ YÜKLERİNİN GÖRÜNTÜLENMESİNDE BİYOKİMYASAL PARAMETRELER

Gökhan İpekoğlu¹, Tuğçe Çalcalı²

¹Ordu Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Beden Eğitimi ve Spor Eğitimi Bölümü, Ordu, Türkiye

²Giresun Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Bölümü, Giresun, Türkiye
tugce.calcali@giresun.edu.tr

Antrenman yükü takibi son yıllardaki teknolojik gelişmeler ve bilimsel çalışmalar ışığında ölçülebilirliğin kolaylaşması ile günümüzde giderek daha fazla ilgi gören bir konu haline gelmiştir. Antrenman yükü, iç yük ve dış yük olarak kategorize edilmektedir. Antrenman iç yükü, antrenman veya yarışma esnasında sporcu organizmasının maruz kaldığı stresler sonucunda oluşan fizyolojik ve psikolojik tepkilerdir Dış yük ise iç özelliklerden bağımsız olarak, antrenman boyunca veya yarışma sırasında gerçekleştirilen iş olarak tanımlanır. Antrenman planlamasında, kat edilen mesafeler, koşu hızları, ivmelenme, kaldırılan ağırlık vb. gibi göstergeler antrenman dış yük göstergeleri olarak kullanılır. Antrenman iç yük ölçümleri sporcudaki fizyolojik süreçlerle ilgili daha detaylı ve objektif bilgiler sunmaktadır. İç yükü ölçebilmek için TRİMP (training impulse), laktat konsantrasyonları, kalp atım hızı, immünolojik-hormonal belirteçler, oksijen tüketimi gibi yöntemler bulunmaktadır. Sporcuda oluşan antrenman iç yükleri takip edilirken biyokimyasal parametrelerin hesaplanmasında genellikle sporculardan kan örnekleri alınarak biyokimyasal-hormonal unsurlar ve bu unsurların sporcuda oluşturduğu antrenman yükleri görüntülenmeye çalışıldığı bilinmektedir ancak bu uygulama hem maliyetli hem de antrenörler için uygulama açısından zorlayıcı olması sebebiyle, yakın zamanda bu fizyolojik belirteçlerin ölçülmesinde tükürük örneklerinin kullanıldığı görülmektedir. Tükürük örneklerinin kullanılması uygulayıcılar açısından kullanım kolaylığı sağlayarak maliyetin de düşmesini sağlamaktadır. Antrenörler ve spor bilimcilerin, sporcularda maksimum verimliliğe ulaşabilmek için gerekli olan en uygun antrenman miktarını belirlemede antrenman yükü takibinden faydalanmaları oldukça önemli bir uygulama haline gelmiştir Antrenman iç yükü her sporcu için doğru analiz edilirse, sporcularda antrenmanlara karşı oluşan uyumlar belirlenebilir, ihtiyaç duyulan dinlenme süreleri ayarlanabilir, antrenmanlara verilen farklı bireysel yanıtlar anlaşılabilir ve sporcuların sakatlık riskleri azaltılabilir. Sonuç olarak, bu çalışma ile literatürdeki ilgili çalışmalardan yola çıkarak antrenman iç yük görüntülenmesinde kullanılan yöntemler için teorik bilgiler vermek, sakatlıkların önüne geçmek ve performansı optimum düzeye getirmek için antrenman yüklerini görüntülemenin önemi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Antrenman, İç Yüklenme, Objektif Yaklaşımlar, Fizyolojik Belirteçler

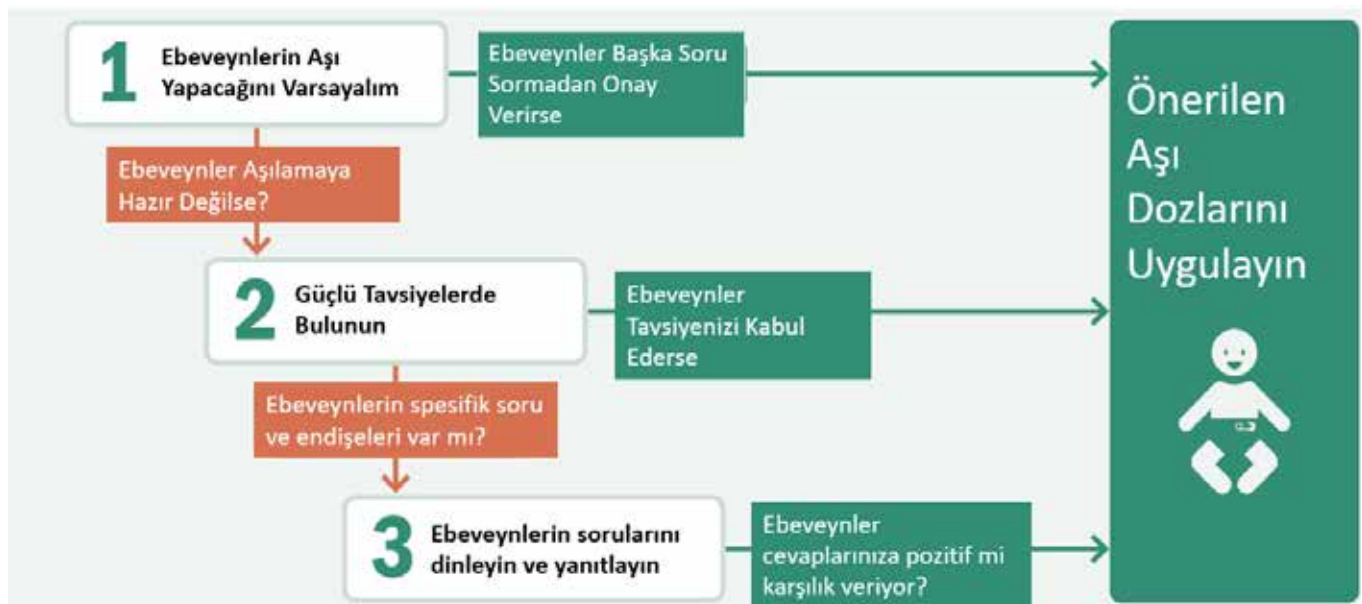
AŞI TEREDDÜTÜ YAŞAYAN EBEVEYNLERLE DOĞRU İLETİŞİM

Mücahit Yıldız¹, Mehmet Alperen Özçelik¹, F. Nur Baran Aksakal¹

¹Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
mucahityildiz78@hotmail.com

Aşı, her yıl dünya çapında 3 milyondan fazla ölümün ve 750 bin çocuğun engelli olmasını önleyen bulaşıcı hastalıkları önlemede en etkili önlemlerden biridir(1). 2012’de aşı tereddütü, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından aşılama hizmetlerinin mevcut olmasına rağmen aşının kabul edilmemesi veya reddedilmesi olarak tanımlandı(2). Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezlerinin raporuna göre, Amerikalı çocukların dörtte biri ila üçte biri aşı tereddütünden etkilenmiştir(1). Türkiye başta olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde aşı tereddütü ve reddi mevcuttur ve aşı reddi vakaları giderek artmaktadır(3). Azalan aşılama oranlarının bir sonucu olarak son yıllarda kızamık, suçiçeği ve hepatit A gibi aşı ile önlenabilir bazı hastalıkların görülme sıklığında önemli bir artış olmuştur(4). Bunun önlenmesinde aşı iletişimi ve sağlık iletişimi önemli rol oynamaktadır. Bu iletişimde sağlık çalışanları kilit konumda bulunmaktadır. Bu derlemede ebeveynlere yönelik aşı kararsızlığına karşı iletişim basamaklarının açıklanması amaçlanmıştır.

Ebeveynler; konu çocuklarına aşı yaptırmak olduğunda sağlık uzmanlarını en güvenilir bilgi kaynakları olarak görmektedir. Sağlık hizmeti sunucularına duyulan güven, aşı tereddütünün önemli bir belirleyicisidir(5). Bu nedenle, ebeveynlere çocuklarına aşı yaptıрма konusunda yardımcı olmak için sağlık çalışanlarının kritik bir rolü vardır.



Şekil 1. Ebeveynler ile İletişim (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)

Ebeveynlerin Aşı Yapacağını Varsayalım

Çocuğun hangi aşıları olması gerektiğini belirtin. Ailelerin büyük çoğunluğu çocuklarına aşı yaptırmayı kabul etmektedirler(6). Çocuklar için aşıları tartışırken, çoğu ebeveynin aşıları kabul etmeyi planladığını hatırlamak ve konuyu bunu akılda tutarak sunmak en iyisidir. Çocuğun aşıları olacağını, ebeveynlerin bu ziyaret sırasında çocukları için önerilen aşıları kabul etmeye hazır olduğunu varsayıyor musunuz gibi belirtin. Sağlık çalışanlarının ebeveynlere aşı planlarını soran bir dil kullandıklarında ebeveynlerin endişelerini ifade etme olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir(7). Bununla birlikte, ebeveynler hala tereddüt ediyor veya endişelerini ifade ediyorsa, bir sonraki adıma geçin ve güçlü tavsiyenizi verin(8).

Güçlü Tavsiyelerde Bulunun

Ebeveynler endişelerini ifade ederse, güçlü aşı tavsiyenizi paylaşın. Ebeveynler aşılar hakkında bilgi almak için sık sık aile üyelerine, arkadaşlara ve web sayfalarına başvursalar da ebeveynler sürekli olarak çocuklarının doktorunu aşı bilgileri için en güvenilir kaynakları olarak görürler. Yapılan bir araştırmada da katılımcıların %92,1'i aşı konusunda sağlık profesyonellerine güvenmektedir(9). Bu benzersiz konumla, aşı kabulü için güçlü tavsiyeniz çok önemlidir. Güçlü tavsiyenizi açıkça belirtin. Uygunsa, o ebeveyn için en etkili olacağını düşündüğünüz şeye bağlı olarak, bilim ve anekdot karışımını kullanan kısa bir destekleyici ifade ekleyebilirsiniz. Çocukları potansiyel olarak yaşamı tehdit eden hastalıklardan korumak için aşıların önemini paylaşın veya aşı ile ilgili kişisel deneyimleriniz hakkında konuşun. "Çocuğunuza bu aşıları bugün yaptırmanızı şiddetle tavsiye ediyorum...", "...Bu aşılar onu ciddi hastalıklardan korumak için çok önemli.", "...Aşılarla o kadar çok inanıyorum ki kendi çocuklarıma zamanında aşı yaptırdım.", "...Kurumumuzda binlerce doz aşı yapıldı ve hiçbir zaman ciddi bir yan etki görmedik." gibi cümleler bu aşamada sizlere yardımcı olabilir.

Ebeveynlerin Sorularını Dinleyin ve Cevaplayın

Ebeveynlerin endişelerini anlamaya çalışın ve istenen bilgileri sağlayın. Araştırmalar, ebeveynlerin çoğunun aşıları desteklediğini gösterse de ebeveynlerin sorularıyla karşılaşmaktadır(10). Bu sorulara örnek olarak; aşıların içeriği, güvenilirliği, etkinliği ve yan etkileri verilebilir. Yapılan bir araştırmada rutin çocukluk aşıları konusundaki tereddütün öncelikle güvenlik endişelerinden kaynaklandığı bulunmuştur(11). Bir ebeveynin endişeleri varsa, önerilen aşı programına uymaya direniyorsa veya güçlü tavsiyenizi sorguluyorsa, bu mutlaka aşıları kabul etmeyecekleri anlamına gelmez. Bazen ebeveynler sadece sorularına cevap vermenizi ister. Endişelerini dinlemeye istekli olmanız, size ve tavsiyenize olan güvenin inşa edilmesinde önemli bir rol oynayacaktır. Cevabını bilmediğiniz sorularla veya bilmediğiniz kaynaklardan gelen bilgilerle karşılaşırsanız, ebeveynin endişelerini kabul etmek ve bildiklerinizi paylaşmak en iyisidir. Ebeveynlerin buldukları bilgileri gözden geçirmeyi teklif edin ve gerekirse daha fazla tartışmak için başka bir randevu ayarlayın(8).

Ya Ebeveynler Aşı Yaptırmayı Reddederse?

Sizler her ne kadar çaba gösterirseniz gösterin bazen ebeveynler yine de aşı yaptırmayı reddetme

tercihinde bulunabilirler. Ebeveynler, güçlü tavsiyeniz ve konuşmanızdan sonra aşıları reddederse, aşağıdaki stratejileri kullanın:

- Bir sonraki ziyaretinizde aşılar hakkında konuşmaya devam edin ve güçlü tavsiyenizi yeniden belirtin.
- Erken belirtiler de dahil olmak üzere aşı ile önlenabilir hastalıkların klinik görünüşleri hakkında ebeveynleri bilgilendirin.
- Sağlık profesyonellerinin başkalarını korumak için önlem alabilmesi adına, çocuk hasta olduğunda, ebeveynlere çocuklarını aile sağlığı merkezine, kliniğe veya acil servise getirmeden önce aramalarını hatırlatın. Aşı yapılmamış hasta bir çocuk için bir klinik ziyareti planlarken, diğer hastalarla, özellikle de tam aşı olamayacak kadar küçük olanlar ve bağışıklık sistemi zayıflamış olanlar ile teması önlemek için mümkün olan tüm koruyucu önlemlerin alınması gerektiğini açıklayın.

Konuşmayı Toparlayın

Başarı her durum için farklı olabilir. Ebeveynlerin tüm aşıları kabul etmesi de bazı aşılar için randevu alması da başarı olarak sayılabilir. Aşı konusunda tereddütlü ebeveynlerin gelecekteki konuşmalar için açık kapı bırakmasını sağlamak da başarıdır. Bir ebeveyn bir kez aşıları reddederse her zaman reddedeceğini göstermez. Gelecekteki ziyaretler sırasında çocuklarını aşılar konusunda güncel tutmanın önemini ebeveynlere hatırlatmaya devam edin ve eğer çocukları aşılama da geri kalırsa, çocukların aşılama zamanını yakalamak için onlarla birlikte çalışın. Başka bir randevu ayarlamak veya ebeveyni onlara sağladığınız ek bilgileri okumaya teşvik etmek doğru bir yaklaşım olacaktır(8).

Sonuç ve Öneriler

Aşı kararsızlığı/tereddütü ve aşı reddine karşı iletişim gün geçtikçe daha önemli hale gelmektedir. Özellikle sağlık çalışanlarına bu konuda büyük görev düşmektedir. Halkın bu konuda en güvenilir bilgi kaynağı olarak gördüğü sağlık çalışanlarının da kendilerini aşı, iletişim ve sağlık iletişimi konularında geliştirmeleri aşı kararsızlığının/tereddütünün azalmasına yardımcı olacaktır. Aşılanan her bireyin sadece kendisini değil aynı zamanda toplumu da koruduğu unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Shen X, Wu X, Deng ZY, Liu X, Zhu Y, Huang YC, et al. Analysis on vaccine hesitation and its associated factors among parents of preschool children in Songgang Street, Shenzhen. Sci Rep-Uk. 2022;12(1).
2. Dubé E, Gagnon D, Nickels E, Jeram S, Schuster M. Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon. Vaccine. 2014;32(49):6649-54.
3. Yigit M, Ozkaya-Parlakay A, Senel E. Evaluation of COVID-19 vaccine refusal in parents. The Pediatric infectious disease journal. 2021;40(4):e134-e6.
4. Gür E. Vaccine hesitancy-vaccine refusal. Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi. 2019;54(1):1.

5. McGregor S, Goldman RD. Determinants of parental vaccine hesitancy. Can Fam Physician. 2021;67(5):339-41.
6. Santibanez TA, Nguyen KH, Greby SM, Fisher A, Scanlon P, Bhatt A, et al. Parental Vaccine Hesitancy and Childhood Influenza Vaccination. Pediatrics. 2020;146(6).
7. Opel DJ, Mangione-Smith R, Robinson JD, Heritage J, Devere V, Salas HS, et al. The Influence of Provider Communication Behaviors on Parental Vaccine Acceptance and Visit Experience. Am J Public Health. 2015;105(10):1998-2004.
8. Prevention CfDCA. Talking with Parents about Vaccines for Infants April 11, 2018 [Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/conversations/talking-with-parents.html#:~:text=Assume%20Parents%20Will%20Vaccinate,-State%20which%20vaccines&text=For%20example%3A,and%20Hepatitis%20B%20shots%20today.%E2%80%9D>].
9. Du F, Chantler T, Francis MR, Sun FY, Zhang X, Han K, et al. Access to Vaccination Information and Confidence/Hesitancy Towards Childhood Vaccination: A Cross-Sectional Survey in China. Vaccines (Basel). 2021;9(3).
10. Hill HA, Elam-Evans LD, Yankey D, Singleton JA, Dietz V. Vaccination Coverage Among Children Aged 19-35 Months - United States, 2015. Mmwr-Morbid Mortal W. 2016;65(39):21-7.
11. Kempe A, Saville AW, Albertin C, Zimet G, Breck A, Helmkamp L, et al. Parental Hesitancy About Routine Childhood and Influenza Vaccinations: A National Survey. Pediatrics. 2020;146(1).

“BEYAZ KUTUP AYISINI” RAHAT BIRAKALIM – İKLİM KRİZİNİ ANLATMADA KLİŞELERİN ÖNÜNE GEÇMEK

Erol Nezi Orhon¹

¹Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema - Televizyon Bölümü, Televizyonda Yapım - Yönetim Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye
nezihorhon@gmail.com

Filmler ve belgeseller, iklim değişikliği ve daha da özelde iklim krizini ifade etmede aslında çok uzun süredir; ancak çok belirgin olmayan bir rol üstleniyordu. Çoğu zaman bilim kurgu olarak yer bulan bir tür ve anlatı yapısı içerisinde ‘felaketlerin’ yer alışı sinemada yer bulan bir boyuttu. İklim krizi gibi küresel sorunların üstesinden gelme ihtiyacı konusunda ve özellikle de farkındalığın artırılmasına yardımcı olmada filmlerin güçlü bir rol oynayabileceği zaman içinde daha da anlaşılmaya başlandı.

Filmler gibi görsel-ışitsel farklı tasarım ve anlatı yapılarının elbette aşması gereken ve iklim krizi gibi bir konuyu dar bir çerçeveye sıkıştıran yaklaşımların fark edilmesi de önemli bir dönüm olarak karşımıza çıkmakta. En dikkat çeken örneklerin başında da iklim krizini yaygın şekilde “kutup ayısı” ile anlatan ve aslında belli bir soyutlama içerisinde tutarak bağlamsal olarak ilişki kurulmasına pek de izin vermeyen yaklaşımları geride bırakma ihtiyacı da belirginleşmiş oldu.

Özellikle Al Gore’un 2006 tarihli «An Inconvenient Truth» adlı belgeselinin iki Oscar kazanması ve filmin “insan eliyle ortaya çıkan iklim değişikliği hakkında daha fazla bilgi oluşturma ve yayma” çabalarından dolayı Nobel Barış Ödülü alması da dikkate çeken bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu çalışma sayesinde filmlerin ve özellikle de belgesellerin farkındalık yaratma ve davranış değişikliği üretme konusundaki rolü yansıtılmaktadır.

THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUAL CARE NEEDS AND HOPELESSNESS LEVELS OF PATIENTS WITH BRAIN TUMORS

Mine Yılmaz Koçak¹, Seçil Erden Melikoğlu², Berna Köktürk Dalcalı³, Keziban Şirin⁴, Hatice Kaya²

¹ Selcuk University, Faculty of Health Sciences, Konya, Turkey

² Istanbul University-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul, Turkey

³ Bandırma Onyedi Eylül University, Faculty of Health Sciences, Balıkesir, Turkey

⁴ Istanbul University-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey

mineyilmazkocak@gmail.com

Abstract

Introduction - Purpose: One of the attempts to spiritual care as an important component of holistic care is to hope. This study was conducted to determine the spiritual care needs and despair levels of patients with brain tumors and to assess the link between them under the presumption that these needs may rise as a result of the health issue experienced by brain tumor patients.

Materials-Methods

A descriptive and correlational study was conducted with 158 individuals who meet the election criteria and voluntarily participating in the neurosurgical clinic of a university hospital. The study data were collected with Patient Information Form, Spiritual Care Needs Inventory (SCNI) and Beck Hopelessness Scale (BHS). The statistical analysis of the data was performed with IBM SPSS Statistics 25 (IBM SPSS, Turkey) program.

Findings

The average age of the patients participating in the study was 48.93 ± 14.67 years. In addition, 58.9 %of women, 46.2 %of primary school graduates, 66.5 %did not work, 33.5 %of chronic disease, 82.9 %of the care was found to support the care. The average score of the SCNI was 67.11 ± 15.70 , and the mean score of the subscales was 38.29 ± 11.40 (meaning and hope), and 29.82 ± 6.28 (caring and respect). The average score of the BHS was 6.87 ± 5.38 , and the mean score of the subscales was 1.43 ± 1.55 (feeling in association with the future); 3.05 ± 2.07 (loss of motivation); 2.10 ± 2.06 (expectations of the future). According to the results of the correlation research, it was determined that there was a very weak relationship between SCNI and BHS score averages ($p = 0.015$, $r = 0.193$).

Conclusion

It was found that patients with brain tumors had a mild hopelessness and a positive relationship between the spiritual care requirements and the hopelessness levels of the patients.

BİR İLÇE DÜZEYİNDE SABİM'E YAPILAN BAŞVURULARIN ANALİZİ: PANDEMİ DÖNEMİ VE ÖNCESİ

Mehmet Akif Sezerol¹, Yusuf Taşçı²

¹Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Öğrencisi, İstanbul, Türkiye

²T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul Üsküdar İlçe Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye
masezerol@gmail.com

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) 2004 yılında başlatılmış olan sağlık hizmeti alan vatandaşların görüş, öneri, şikayet ve teşekkürlerini hızlıca iletebildiği bir iletişim projesidir. 184 SABİM hattı üzerinden gelen başvurular çağrı merkezi tarafından karşılanmakta ve taşra teşkilatına sistem üzerinden iletilmektedir. Pandemi dönemi boyunca da SABİM Covid-19 danışmanlık hattı olarak kullanılmıştır. Çalışmanın amacı ise İstanbul'un bir ilçesinde pandemi öncesi ve pandemi dönemi başvurularını analiz etmektir.

Araştırma kesitsel tipte olup araştırma evrenini 2019 Ocak-2021 Haziran ayları arasında bir ilçede yapılan SABİM başvuruları oluşturmaktadır. Başvuruların tamamı değerlendirmeye alınmıştır. Başvurular konu ve zamanlarına göre analiz edilmiştir. Tanımlayıcı veriler için sayı, yüzde ve ortalama kullanılmıştır. Çalışma için Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınmıştır.

2019 Ocak-2021 Haziran ayları arası 30 aylık SABİM verileri değerlendirildiğinde toplam başvuru sayısı 7316 olup aylık ortalama 244 başvuru yapılmıştır. Bu başvuruların 1601'i (%21,8) 2021 Nisan ayına kadarki pandemi öncesi ilk 15 aylık döneme aittir. Pandemi öncesi en çok başvuru 2020 Ocak ayında (%2,0), pandemi sonrası ise 2021 Nisan ayında (%17,9) yapılmıştır. Pandemi öncesi ortalama başvuru sayısı 107 iken pandemi sonrası ortalama 401'e yükselmiştir. Başvuruların tamamı incelendiğinde en çok başvuru yapılan üç ana konu salgın hastalıklar (%68,1), şikayet (%22,4) ve sağlık çalışanına şiddet (%2,1) konuları olmuştur. Sistemde salgın hastalıklarla ilgili yer alan alt konularda en çok yapılan başvurular pozitif hastaların takip, tedavi ve ilaç talepleri (%14,5) ile aşı uygulamaları (13,2) konusunda olmuştur. Şikayet ana başlığı altında en çok başvuru yapılan üç alt başlık ise işleyiş (%37,7), mesai saatleri (14,0) ve tıbbi uygulama (%13,9) konularıdır. Pandemi dönemi öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında sağlık çalışanına şiddet başvurularında bir değişiklik olmamış, sağlık çalışanlarının bizzat yaptıkları başvuruların tamamının pandemi döneminde yapıldığı saptanmıştır. Şikayet içeren başvurularda ise pandemi öncesine göre %63'lük bir azalma olmuştur. Ayrıca sağlık çalışanlarına teşekkür başvuruları da pandemi dönemi öncesine göre 5,5 kat artmıştır.

Pandemi dönemine girilmesiyle birlikte SABİM başvurularında belirgin bir artış olmuştur. Bunun en önemli sebebi SABİM hattının Covid-19 bilgi ve danışma hattı olarak kullanılması ve salgınla ilgili başvuruların da alınmasıdır. Diğer taraftan şikayet içerikli başvurular pandemi döneminde azalmıştır. Pandemiyle birlikte sokağa çıkma yasağının uygulanması, elektif işlemlerin ertelenmesi sağlık kurumlarına başvuruları azaltmış ve dolayısıyla şikayetlerin azalmasına yol açmış olabilir. Ayrıca

pandemi döneminde sağlık çalışanlarının özveriili çalışmalarının daha çok fark edilmesi sağlık çalışanlarına yönelik teşekkür başvurularını da artırmıştır. Sonuç olarak SABİM'in pandemi boyunca daha sık kullanılması olağan dışı durumlarda vatandaşla kurulacak iletişim kanallarının ne kadar önemli olduğunu göstermiştir.

BİR İLÇEDE KADINLARIN MEME KANSERİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ: BİR MÜDAHALE ÇALIŞMASI

Hacer Demirköse¹, Mehmet Enes Gökler²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Pursaklar İlçe Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Birimi, Ankara, Türkiye

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

hacer_katirci@hotmail.com

Dünyada akciğer kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülen kanser meme kanseridir (1). Kadınlarda görülen kanserler içinde ise meme kanseri dünyada ve Türkiye’de en sık görülen ve en sık ölüme yol açan kanserdir (2). 2018’de dünya çapında 2 milyondan fazla yeni meme kanseri vakası teşhis edildi ve tüm kanserlerin %11,6 ‘sını oluşturdu (3).

Meme kanseri etiyolojik ve klinik olarak heterojen bir hastalıktır. Başta hormonlarla ilgili olmak üzere birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Çalışmalar artan yaş, erken menarş, geç menapoz, ailede meme kanseri öyküsünün bulunması, oral kontraseptif kullanımı, yüksek beden kütle indeksine sahip olmak ve sigara kullanımının meme kanseri gelişme riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (4-6).

Meme kanseri tedavisinde çok büyük ilerleme olmasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerde erken tanıya yaşanan olumsuzluklar ve tanıda gecikmeler nedeniyle prognoz hala kötüdür (7). Her sekiz kadından biri yaşamları boyunca meme kanserine yakalanacaktır (8). Meme kanseri erken bir aşamada teşhis edildiğinde, prognoz morbidite ve mortaliteyi azaltarak iyi olduğuna inanılmaktadır (9). Meme kanserinin erken tanı ve tedaviyle kontrol altına alınması; morbidite ve mortalitenin azalmasını, yaşam kalitesinin yükseltilmesini, yaşam süresinin uzamasını, erken evrede tanı ile meme koruyucu tedavi seçeneklerinin sağlanmasını ve oluşabilecek psikososyal sorunların gidermesini sağlamaktadır. Bu nedenle de erken tanı diğer kanserlerde olduğu gibi meme kanserinde de oldukça önemlidir. Kendi kendine meme muayenesi, mamografi ve klinik meme muayenesi gibi tarama davranışlarının erken teşhis ve ölüm oranlarını azaltmanın bir yolu olduğu düşünülmektedir.

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Pursaklar ilçesinde Pursaklar Müftülüğüne bağlı bazı Kuran kurslarına katılım sağlayan 18 yaş üstü kadınların meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyi belirlemek ve mevcut bilgi düzeylerini arttırmak amacıyla yapılmıştır.

Çalışma Ankara ili Pursaklar ilçesinde 15.03.2022 ile 15.05.2022 tarihleri arasında yürütülen bir müdahale araştırmasıdır. Çalışma Pursaklar Müftülüğüne bağlı bazı Kuran kurslarında gerçekleştirilmiş ve çalışmaya 90 kişi dahil edilmiştir. Literatürden faydalanılarak hazırlanan anket yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik gelir, kronik hastalık gibi demografik özellikleri içeren sorular ve Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testinden oluşmaktadır. Katılımcılar anketi tamamladıktan sonra katılımcılara Halk Sağlığı Uzman Hekimi tarafından meme kanseri, meme kanserinin önlenmesi ve meme kanseri tarama programı ile ilgili eğitim verilmiştir. Bu

eğitim için gerekli olan izinler ilgili yerlerden alınmıştır. Eğitimden 4 hafta sonra aynı katılımcılara Meme Kanseri Bilgi Testi yeniden uygulanmıştır. Meme Kanseri Bilgi testinde en az 1 puanlık artış olması katılımcının eğitimden fayda görmesi olarak değerlendirilmiştir.

Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi Stager tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Ölçekte genel bilgi ve tedavi edilebilirlik olmak üzere iki boyut yer almıştır. Ölçekte toplam 20 adet bilgi sorusu yer almaktadır. 1'den 12'ye kadar yer alan sorular; meme kanseri konusundaki genel bilgileri; 13. sorudan 20. soruya kadar olanlar ise meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgileri içermektedir. Ölçek; Doğru-Yanlış şeklinde cevaplanmaktadır. Doğru cevap verilen sorular için 1'er puan, yanlış cevap verilen sorular ve cevap verilmeyen sorular 0 puan verilerek değerlendirilmektedir. Sorular içinde 8 doğru ve 12 yanlış ifade yer almaktadır. 1, 2, 5, 6, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19 ve 20. Sorular yanlış ifadeyi içerirken diğer sorular doğru ifadeyi içermektedir. Genel bilgi boyutunun Alfa değeri 0,60; tedavi edilebilirlik boyutunun Alfa değeri 0,62 ve ölçek toplamının ki ise 0,71 olarak bulunmuştur (7). Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Başak tarafından 2015 yılında yapılmış ve Genel bilgi boyutunun Alfa değeri 0,49; tedavi edilebilirlik boyutunun Alfa değeri 0,80 ve ölçek toplamının ki ise 0,90 olarak bulunmuştur (10).

Araştırmanın bağımlı değişkeni; Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi puanıdır. Bağımsız değişkenler ise yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, beden kütle indeksi, obezite sınıflaması, fiziksel aktivite yapma durumu, sigara içme durumu, birinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü, kendi kendine meme muayenesini bilme durumu, kendi kendine meme muayenesini yapma durumu, katılımcıların mamografi çekirme sıklığını bildiğini beyan etme durumu, memeye yönelik inceleme amacıyla mamografi ve/veya usg çekirme durumu, şeklinde sıralanmıştır.

Araştırmanın etik kurul izni, 06.01.2022 tarih ve 2022 – 35 sayı numarası ile Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu tarafından alınmıştır. Bir anket ortalama 10-15 dakikada uygulanmıştır. Anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Kişilerden yazılı olarak bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışmamızda araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi için SPSS 22.0 (SPSS Inc. Chicago, USA) istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde verilerek, sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (en küçük- en büyük değer) ile sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov testleri) kullanılarak değerlendirilmiş ve normal dağılıma uymadığı gözlenmiştir. Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası Meme Kanseri Bilgi Testi Puanları Wilcoxon testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmaya 90 kadın katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların ortalama yaşı $42,07 \pm 9,41$ (min:19; max:62)'dir. Katılımcıların %40'ı ilköğretim mezunu, %92,2'si evli, %10'u çalışmaktadır. Araştırmaya katılanların %48,9'u obezdir. Katılımcıların %32,2'sinin bir kronik hastalığı mevcuttur. Kronik

hastalıklar içerisinde %41,4 ile en sık hipertansiyon vardır. Katılımcıların %85,6'sı fiziksel aktivite yapmamakta ve % 78,9'u daha önce hiç sigara içmemiştir.

Katılımcıların %53,3'ü kendi kendine meme muayenesini bildiğini belirtmiştir. Kendi kendine meme muayenesini bilenlerin %31,3'ü bunu KETEM'lerden öğrenmiştir. Katılımcıların %50'si kendi kendine meme muayenesini bazen, aklına geldikçe yapmaktadır, %40'ı da daha önce hiç yapmamıştır. 40 yaş üzerindeki katılımcıların %41,2'si korku-ihmal nedenleri ile daha önce mamografi çektirmemiştir.

Katılımcıların eğitim öncesi Meme Kanseri Bilgi Testi'nden aldıkları puan ortancası 11(min:3; max:18) iken, eğitim sonrası puan ortancası 15 (min:10; max:18)'tir. Eğitim öncesi ve sonrası ortanca puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri

	Sayı	(%)*
Yaşı (n=90)		
Ortalama $\pm$ ss	42,07 $\pm$ 9,41	
Ortanca (IQR)	42 (34-50)	
Eğitim durumu		
Okuma-yazma biliyor	2	2,2
İlkokul mezunu	36	40
Ortaokul mezunu	17	18,9
Lise mezunu	25	27,8
Yüksek öğretim mezunu	10	11,1
Medeni durum		
Evli	83	92,2
Bekar	7	7,8
Çocuk varlığı		
Çocuğu var	81	90
Çocuğu yok	9	10
Çocuk sayısı (n=81)		
Ortanca (IQR)	3 (2-3)	
Çalışma durumu		
Çalışıyor	9	10
Çalışmıyor	81	90
Gelir durumu		
Gelirim giderimin altında	28	31,1
Gelirim giderime eşit	58	64,4
Gelirim giderimin üzerinde	4	4,4
* Sütun Yüzdesi		

Tablo2. Katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri

	Sayı	(%)*
Beden kütle indeksi (BKİ) (kg/m²)		
Ortalama ± ss	30,41 ± 6,11	
Ortanca (IQR)	29,83 (25,56-35,16)	
Obezite sınıflaması		
D	Düşük kilolu (BKİ <18,5)	1,1
	Normal kilolu (BKİ=18,5-24,99)	22,2
	Fazla kilolu (BKİ=25-29,99)	27,8
	Obez (BKİ>30)	48,9
Kronik hastalık durumu		
	Kronik hastalığı var	32,2
	Kronik hastalığı yok	67,8
Kronik hastalıklar**		
	Hipertansiyon	41,4
	Diyabet	13,8
	Hipotiroidi	24,1
	Diğer	20,6
Fiziksel aktivite durumu *		
	Düzenli fiziksel aktivite yapıyor	14,4
	Düzenli fiziksel aktivite yapmıyor	85,6
Sigara içme durumu		
	Hiç sigara içmemiş	78,9
	Sigara içmiş ama bırakmış	11,1
	Halen sigara içiyor	10
* Sütun Yüzdesi		
**Birden fazla kronik hastalık olabilir		

‡ En sık yapılan fiziksel aktiviteler; yürüyüş ve pilates

Tablo3. Katılımcıların meme kanseri ile ilgili bazı bilgi, tutum ve davranışları

	Sayı	(%)*
Birinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü		
Var	9	10
Yok	81	90
Kendi kendine meme muayenesini bilme durumu		
Biliyor	48	53,3
Bilmiyor	42	46,7
Kendi kendine meme muayenesini öğrendiği yer (n=48)**		
KETEM	15	31,3
Sağlık çalışanı	13	27,1
Radyo-tv-internet	14	29,2
Arkadaş-aile çevresi	5	10,4
Dergi-broşür	4	8,3
Kendi kendine meme muayenesini yapma durumu		
Ayda bir defa, düzenli olarak yapıyor	8	8,9
Bazen, aklına geldikçe yapıyor	45	50
Daha önce hiç yapmamış	36	40
Koltuk altında ağrı olduğunda yapıyor	1	1,1
Katılımcıların mamografi çekirme sıklığı ile ilgili beyanı		
Bildiğini ifade ediyor	16	17,8
Bilmediğini ifade ediyor	74	82,2
Mamografi çektime sıklığını bildiğini beyan edenlerin bilgilerinin doğruluğu (n=16)		
Doğru biliyor	5	31,3
Yanlış biliyor	11	68,7
Memeye yönelik inceleme amacıyla mamografi ve/veya usg çekirme durumu		
Hiç çekirtmemiş	52	57,8
1 yıldan daha kısa süre önce çekirtmiş	13	14,4
1-5 yıl süre önce çekirtmiş	21	23,3
6 yıldan daha uzun süre önce çekirtmiş	4	4,4
40 yaş üzerindeki katılımcıların mamografi çekirtmeme nedenleri (n=17)		
Şikayeti olmadığı için çekirtmemiş	5	29,4
Korku-ihmal nedenleri ile çekirtmemiş	7	41,2
Gerek görmediği için çekirtmemiş	4	23,5
Daha önce kanser tedavisi görmüş ve düzenli olarak BT çekildiği için çekirtmemiş	1	5,9

* Sütun Yüzdesi **Birden fazla yerden öğrenmiş olabilir

Tablo 4. Tüm katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi'nden aldıkları puan dağılımları

	Eğitim Öncesi Ortanca (min-max)	Eğitim Sonrası Ortanca (min-max)	P Değeri
Tüm Katılımcılar (n=90)	11 (3-18)	15 (10-18)	<0,001

Bu araştırmada verilen eğitim aracılığı ile kadınların meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyinin artması ve kanser taraması ile ilgili tutum ve davranışlarının olumlu yönde değişmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonuçları verilen eğitimin kadınların meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri üzerinde olumlu etkiler göstermiştir. Ankara'nın Pursaklar ilçesinde yalnızca Müftülüğe bağlı Kuran kurslarında değil, kadınların bulunduğu her ortamda, onların meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyinin artması, mamografi ile ilgili doğru bilgiler edinmeleri için ve meme kanserinde erken tanının öneminin anlaşılması için eğitim çalışmalarının devam etmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Kaynaklar

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International journal of cancer. 2015;136(5):E359-E86.
2. Keskinç B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Karaca M, et al. Türkiye Kanser Kontrol Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 987, Ankara, Türkiye: Anıl Reklam Matbaa, 2016;18-49.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018;68(6):394-424.
4. American Cancer Society. Breast cancer facts & figures 2019-2020; 2020. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf>. Erişim tarihi:30.09.2022.
5. Mahmoud RI, Marei LS, Shareef MH, Tayyem RF. The Association between lifestyle factors and the risk of developing breast cancer in jordanian women. Annals of Cancer Research and Therapy. 2020;28(1):16-21.
6. Colditz GA. Epidemiology and prevention of breast cancer. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention. 2005;14(4):768-72.
7. Alotaibi RM, Rezk HR, Juliana CI, Guure C. Breast cancer mortality in Saudi Arabia: Modelling observed and unobserved factors. PloS one. 2018;13(10):e0206148.
8. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. CA: a cancer journal for clinicians. 2019;69(1):7-34.
9. Davidson A, Chia S, Olson R, Nichol A, Speers C, Coldman AJ, et al. Stage, treatment and outcomes for patients with breast cancer in British Columbia in 2002: a population-based cohort study. Canadian Medical Association Open Access Journal. 2013;1(4):E134-E41.
10. Başak ŞC. Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Bilgi Seviyesi: Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi' nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015, s.53.

BÜRO ÇALIŞANLARININ DİJİTAL TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ezgi Salış¹, Didem Oktar¹, Levent Özcan,¹ Ahmet Ay¹, Muhammed Fatih Önsüz¹, Selma Metintaş¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye
ezgidonmez16@gmail.com

Günümüzde teknolojinin hızlı gelişimi ve yaygınlaşması sebebiyle bireyler dijital bir yaşam tarzına sürüklenmektedir. İş gereği zamanlarının çoğunu dijital ortamlarda geçiren büro çalışanları için dijital kaynaklara aşırı maruziyet sonucu oluşan dijital tükenmişlik giderek önemli bir iş sağlığı sorunu haline gelmektedir. Çalışmada büro çalışanlarında dijital tükenmişlik düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin saptanması amaçlandı.

Kesitsel tipteki çalışma Kasım 2021-Nisan 2022 tarihlerinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde çalışmakta olan büro çalışanları ile yürütüldü. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli etik izin alındıktan sonra çalışma sürecinde iş yerinde bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 658 büro çalışanından 547 (%83,1) kişi ile çalışma grubu oluşturuldu. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerin sözlü onamları alındı ve hazırlanan anket form araştırmacıların gözetiminde yüz yüze görüşme yöntemiyle katılımcılar tarafından cevaplandı. Anket form sosyodemografik özellikleri ve dijital tükenmişlik ile ilişkili olduğu düşünülen değişkenleri, Dijital Tükenmişlik Ölçeği (DTÖ) sorularını ve Maslach Tükenmişlik Envanteri-Genel Form (MTE-GF) ölçeği sorularını içermekteydi. Elde edilen verilerin analizi SPSS (v15.0) paket programıyla değerlendirildi. DTÖ'den elde edilen puanların normal dağılıma uygunluğu açısından Kolmogorov Smirnov testi ve grafikler kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testleri, Spearman Korelasyon analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı. Model oluşturmada önce ölçek puanlarının logaritması alındı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p<0.05$ kabul edildi.

Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 18-61 arasında değişmekte olup ortalama $\pm$ SS 36,8 $\pm$ 9,9 yıldır. Çalışma grubunun %52,3'ü kadın, %62,7'si 40 yaş altında, %60,3'ü evli ve %70,0'ı lisans mezunuydu. Katılımcıların DTÖ'den aldıkları puanların ortancası (min-max) 56 (24-120) idi. Çalışma grubunda tükenmişlik semptomlarından en sık görülenler sırasıyla yorgunluk (%68,2), uyku problemi (%37,1) ve dikkat dağınıklığı (%33,6) idi. Çalışma grubunda son zamanlarda kendini tükenmiş olarak hissedenlerin (%51,0) dijital tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulundu ($p<0,001$).Yapılan çoklu doğrusal regresyonda kronik hastalık varlığı ($p=0,004$), günlük akıllı telefon kullanım süresi ($p=0,015$), dijital araç kullanımının fazla olduğunu düşünme ($p=0,001$), dijital ortamlara yönelik kaygı ($p<0,001$), işinin ruhsal sağlığını olumsuz etkilediğini düşünme ($p=0,001$), sürekli kapalı ortamda çalışmaktan rahatsız olma ($p<0,001$), çalışmaya ara verme/iş değiştirme isteği ($p=0,004$), zaman yönetimi konusunda bilgi sahibi olma ($p=0,001$) dijital tükenmişlikle ilişkili değişkenler olarak bulundu ($R^2:0,265,F:16,176,p<0,001$). Çalışma grubundakilerin DTÖ ile MTE-GF'den aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptandı ($r=0,56, p<0,001$).

Büro çalışanlarında dijital tükenmişlik orta düzeydeydi. Çalışma grubunun dijital tükenmişlik düzeyleri arttıkça genel tükenmişlik düzeyleri de artmaktaydı. Büro çalışanlarında dijital araçların sağlığa uygun şekilde kullanılması ile ilgili bilgilendirmenin yapılması uygun olur.

Anahtar Kelimeler: dijital tükenmişlik, tükenmişlik, büro çalışanları

COMMUNICATION OF SPECIAL GROUPS WITH HORSES IN HIPPO THERAPY PRACTICES

Ali Ekber Ün¹, Cafer Yıldırım²

¹Ankara Yıldırım Beyazıt University, Horse Breeding Vocational School, Ankara, Turkey

²Eskişehir Osmangazi University, Horse Breeding Vocational School, Eskişehir, Turkey

aeun@ybu.edu.tr

Hippotherapy is a form of therapy applied by health professionals, aiming to improve the neuromotor, sensory, cognitive and psychosocial functions of special groups, in which the horse is included in the process. During the hippotherapy practices of special groups, the health professional (physiotherapist, occupational therapist, language-speech therapist) who is the practitioner of hippotherapy uses the multidimensional movements, body temperature and social behavioral presence of the therapy horse as a therapy tool. In hippotherapy practices, practitioners complete their sessions with exercises for special groups, either in the environment of the horse or on the horse, in order to achieve the therapeutic goals that they have determined for special groups. In this context, in hippotherapy practices with special groups, communication is ensured with the participation of the horse, and special groups are connected to life. Horse and special groups, namely two living creatures together, have a great importance in the hippotherapy practices of special groups, where they make positive contributions to the game, treatment and communication.

In this study, information about the stages of communication with horses is given in order to benefit from the therapy of special groups by using the therapy properties of horses in hippotherapy applications, and to act together in the future studies that physicians and health professionals can do with horses in hippotherapy applications and to shed light on academic studies.

Keywords: Horse, Physician, Hippotherapy, Communication, Special Group, Therapist

COMPASION OF THE EFFECTS OF AMLODIPINE AND AENALAPRIL ON SERUM URIC ACID LEVELS IN ESSENTIAL HYPERTENSION IN PEDIATRIC PATIENTS

Özlem Yüksel Aksoy¹

¹T.R. Ministry of Health, Ankara City Hospital, Ankara, Turkey

ozlem_yurtsever@yahoo.com

Essential hypertension has become an important entity in children due to the global pandemics of obesity. Hyperuricemia has shown to be associated with hypertension. This retrospective study was designed to show whether there is an effect of amlodipine and enalapril on serum uric acid levels of pediatric patients with essential hypertension.

The data of the patients who applied to the pediatric nephrology outpatients clinics of Ankara City Hospital between the years of 2020 to 2022 with the diagnosis of essential hypertension were evaluated retrospectively. Patients between the ages of 10 and 18 were chosen as study group. The ones with a systemic disease (other than obesity), with allopurinol treatment and patients having two or more anti-hypertensive medications were excluded. Remaining 114 patients were grouped into three groups as having enalapril, amlodipine, and the ones with no medications. Serum uric acid and creatinine levels of the patients at the end of three to six months period from the beginning of the administration of medical treatment, were recorded and compared between the groups.

Among 114 patients female/male ratio was 36/78. Mean age of the patients was 15. Forty patients were administered enalapril and 30 patients amlodipine. Remaining 44 patients were not taking any medications, but only had advices on life-style modifications. There were no differences between the three groups in terms of age and gender. Mean serum creatinine was 0.68 mg/dL in enalapril and 0.71 mg/dL in amlodipine groups ($p>0.05$). Mean serum uric acid was similar between enalapril and amlodipine groups (5.9 mg/dL vs 5.95 mg/dL) ($p>0.05$). Mean serum uric acid was 6 mg/dL in patients with no medication, the difference was not statistically significant when compared with enalapril and amlodipine groups ($p=0.074$). Serum uric acid levels are not affected from the choice of treatment. Both amlodipine and enalapril can be used in essential hypertension in pediatric patients without the risk of causing hyperuricemia.

CONTACT TRACING DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN DISTRICT HEALTH DIRECTORATE EXAMPLE IN ISTANBUL, TURKEY

İkbal Hümay Arman¹, Yusuf Arman², Meryem Merve Ören³

¹*İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi, İstanbul, Türkiye*

²*Şanlıurfa Suruç 2 nolu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Şanlıurfa, Türkiye*

³*İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktor Öğretim Üyesi, İstanbul, Türkiye*
ikbalhumay@gmail.com

Abstract

After March 2020, with the first case of novel coronavirus, Turkish health care system switched to state of emergency to manage the COVID-19 pandemic. In order to control the pandemic, a scientific committee was established, guidelines were prepared, and filiation/contact tracing studies were started. Field investigation and isolation teams were established, and District Health Directorates (DHD) became frontline primary care organizations to manage contact tracing in Turkey. In this report, pandemic management and contact tracing were evaluated in example of Kartal DHD from Istanbul, Turkey. The report contains the details about the planning process, coordination and cooperation with other institutes. Also, evaluation of the contact tracing and telemedicine usage in the pandemic management is examined as well. This report, with its future perspectives, has been written in terms of preparation for the future pandemics.

Key words: contact tracing, COVID-19, health directorate, field investigation, management, pandemic

Introduction

Covid-19 was first identified in December 2019 in China and subsequently spread to the rest of the world. As of March 2020, the month in which the first Covid-19 case was seen in Turkey, the healthcare system has shifted from its routine operating system to a state of emergency. Immediately after the first positive case in the country, guidelines with algorithms were published for primary, secondary and tertiary centers. District Health Directorates (DHD) were given the job of contact tracing. The necessary information for the management of the pandemic is provided through frequently updated guidelines (1,2). Like all other provincial organizations, the main priority of Kartal DHD is the management of the Covid-19 pandemic after March 2020. People with positive PCR tests were declared as a confirmed case and isolated for 14 days. Close contacts of positive cases were identified and kept in quarantine for 14 days, while in the fall of 2020, the isolation period was reduced to 10 days due to recent studies. As of end of May 2021, the quarantine period was extended to 14 days again in order to prevent the pandemic from getting out of control again because of the new mutations and the time required for vaccination process.

The District of Kartal and The Organizational Structure of the District Health Directorate

The district of Kartal is located in the southeastern portion of Istanbul, the most populated city in Turkey. The population of Kartal is 474,514 and it is the 12th most populated out of Istanbul's 39 districts. (3,4) There are 20 neighborhoods and 2186 streets in Kartal. (3) There are 12.386 people per square meter, and population density is above the Turkish average (2.842). (4)

There is a full-fledged public hospital, a specialty research hospital, an oral dental health clinic and six private hospitals in Kartal. Due to the strong and well-equipped healthcare system, there are admissions from neighboring districts to the healthcare facilities in Kartal.

The District Health Directorate monitors services provided in primary care and is the local authority on administrative matters regarding health. The regulation, execution and inspection of all health services falls under its purview. It is responsible for planning against, managing and reporting anything that threatens public health. The containment of communicable diseases, one of its fields of activity, has become the most important field of activity during the Covid-19 pandemic. Contact tracing is organized and conducted by DHDs for past 15 months.

Kartal DHD Pandemic Management

Priority, Aim and Planning

After 11 March 2020, Kartal DHD aimed to set up the necessary infrastructure and reach all Covid-19 patients on the HSYS Kartal district list, start medication if indicated, make sure the patient gets the appropriate treatment, give information about isolation rules and keep the pandemic under control in the provincial level. In addition, contact tracing of positive cases was aimed to be completed within 24 hours. Meetings were held regularly to identify problems, make rapid decisions as needed and to implement new interventions when necessary. Pandemic management at Kartal DHD are summarized in steps in Table 1.

Table 1: Pandemic Management Planning Steps of Kartal DHD

- The formation of the pandemic management teams
- A meeting to inform the staff about Covid-19
- The formation of the central team to coordinate between field teams
- Educating the field teams about PCR samples via the guidelines
- Checking the adequacy of personal protective equipment in regular intervals
- Coordinating with City Health Directorate, District Police, District Educational Directorate, District Governorship, Mukhtars/Local authority, and Municipality
- Keeping track of Ministry of Health guidelines updates
- The pandemic administrative management team which consists of the director, branch manager, public health specialist, and general practitioners, being in constant contact regarding the current situation
- The constant tracking of test kits and the medicine sent by the ministry of health (first Hydroxychloroquine then Favipiravir) stocks
- Reinforcing field teams when increases in case numbers
- Increasing the number of vehicles and drivers to shorten contact tracing time
- Increasing field team numbers, educating personnel from other departments
- The formation of central calling teams to confirm the validity of addresses given by patients, questioning contacts, and learning the patients' medical history to help the physician decide whether or not to give medicine
- Establishing new ways to answer questions and requests from citizens (e-mail accounts, messaging applications on smartphones etc.)

The most important resource for contact tracing is qualified healthcare workers, followed by personal protective equipment, testing kits, and transport vehicles.

There are a total of 140 staff in Kartal DHD, with 72 regular staff and 68 assigned to the directorate due to the pandemic. It changed during the past year, especially at the peaks of the waves and restricted periods, but in Table 2, it shows the staff at the date of January 2021. In addition to staff, vehicle numbers have also gone up, from 4 in the beginning of 2020 to 13 in the second quarter of 2020 and 26 at the end of 2020, 39 at 3rd wave's peak in March 2021 and 8 again in June 2021.

Table 2. *Distribution of Kartal DHD Staff (April 2021)*

Kartal DHD Staff	Total: 140
Administration	4
Doctor (specialist / general practitioner)	27 (4/23)
Dentist	5
Pharmacist	2
Psychologist	2
Dietician	2
Midwife	28
Nurse	17
Other Healthcare Workers	57
Assignment	Total: 68
Dentist (Specialists as well)	35
Other Healthcare workers	33

Coordination, Cooperation and Motivation

Coordination and cooperation are of vital importance in extraordinary situations such as the Covid-19 pandemic we are in. Up-to-date decisions of the Ministry of Health regarding pandemic management were regularly shared with DHDs by the City Health Directorate, and an expert was appointed for each district by the provincial administration, in addition to interactive meetings. In this way, the necessary communication was established in a short time, even in non-work hours, and the problems were resolved. Field investigation teams consisting of non-healthcare personnel (imam, mukhtar/headman, police, etc.) who monitor the compliance of patients and their contacts with the isolation rules, in addition to the contact tracing teams, contributed to the control of the pandemic. In addition, cooperation with institution managers in institutions affiliated to the Directorate of National Education and the prompt detection of cases ensured that the pandemic was controlled in schools.

The people and organizations with which DHD cooperates are summarized in Table 3.

Table 3: People and Institutions DHD collaborates with

Ministry of Health	Central authority
Istanbul City Health Directorate	All resource management such as supply of equipment, supply of medication, distribution of kits, providing supervision and chain of command
Kartal District Governor's Office	Providing vehicles and drivers
Kartal Education Directorate	Providing the necessary contact with educational institutes
Kartal Police Department	Control of adherence to isolation
Mukhtars and Imam-Hatips	Control of adherence to isolation
Kartal Oral and Dental Health Center	Reinforcement of DHD field teams through assignments
Family Health Centers	Following up risky patients via telemedicine, vaccination center
Other Health Institutions	Increasing contact tracing personnel through assignments

Telemedicine in the Health System and Pandemic Management

E-government (*e-devlet*), electronic information management system (*E-BYS*) and related software is used in all healthcare centers in order to comply with the effort to digitalize government. During the pandemic, a case tracking module integrated with the Public Health Management System (*Halk Sağlığı Yönetim Sistemi-HSYS*) software was launched and is updated every day (5). Ordering samples, writing progress notes, contact tracing, tracking of isolation periods are all done through this software and website by staff with authorization. In addition to this, a mobile application integrated to the HSYS system was developed, called Contact Tracing Tracking System (*Filyasyon Takip Sistemi- FİTAS*). This application allows contact tracing teams access the contact tracing system, check adherence to isolation and give isolation/quarantine report to people while in the field.

Alongside these, DHDs can track their district contact tracing statistics via the Statistical and Causative Analysis in Health (*Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler-SİNA*) website and Spatial Business Intelligence Application (*Mekansal İş Zekası Uygulaması- MİZ*) (6,7).

Evaluation

At the end of each day, the numbers related to the contact tracing of that day are conveyed to the city health directorate's specialist in charge of the district, including details (Table 4).

Table 4: Kartal DHD Daily Contact Tracing Chart

1. Number of cases that were traced
2. Number of traced contacts (including contacts carrying over to the next day)
3. Carried over cases
4. Carried over contacts
5. Number of contact tracing teams for that day (Field teams + central teams)
6. Total number of contact tracing teams (Field teams + central teams)
7. Total number of vehicles
8. Total number of drivers
9. Total number of tests taken that day during contact tracing (tests from contacts + tests from 5-10 day follow up patients)
10. Total number of addresses visited that day
11. Total number of patients given medication that day

In addition to these data, each district can see the average time to reach the cases, the average time to reach the contacts, the average number of contacts per case, the average distance in meters from which the case and the contact's tracing were finished from FİTAS app, on the SINA website.

The evaluation of the characteristics of Kartal DHD in pandemic management are given in Table 5 where it shows the strengths, weaknesses, opportunities and threats.

Table 5: Kartal DHD Pandemic Management SWOT Analysis

STRENGTHS ● There are multiple authorized and auxiliary personnel for the division of labor and management in the district organization. ● The district health director is an experienced manager. This ensures that management takes the right steps in a timely and consultative manner. ● Communication in the Directorate is provided by a closed-circuit telephone line. There is also a direct line with the City Health Directorate. FİTAS has its own telephone line to contact with the patients. ● The Directorate is in a central location, in the Government House building. ● Meeting with the City health directorate every week is important for good communication, meeting demands and providing the necessary support. ● The Ministry's announcement that it would make additional payments to the contact tracing teams increased the motivation of the personnel. OPPORTUNITIES ● The lack of personnel can be easily resolved by assignments from the oral and dental health center, various hospitals, and municipalities. In addition, vehicle reinforcements for the field teams were made by the district governor's office. ● Increasing the personnel in the form of assignments of health workers, reducing the workload and resting the existing personnel with flexible overtime ensure that the personnel remain strong against the pandemic. ● Providing contact tracing services to foreign people is provided through the translator line of the Ministry of Health, which can be used 24/7.	WEAKNESSES ● There are not enough trained/qualified personnel in this district to adapt to the pandemic conditions. It was necessary to appoint physicians, midwives/nurses and dentists for field teams. ● District Health Directorate has many responsibilities apart from pandemic management. Moreover, the ministry had not stopped following up on these duties, and frequently awaits evaluation and reporting. ● Under normal conditions, the Directorate does not have personal protective equipment, drugs, or sample kits in its own warehouse, so it is totally dependent. THREATS ● Because the Directorate does not have its own personal protective equipment stock, and has a shortage of personnel, if it cannot quickly amass the necessary workforce with the necessary equipment, personnel shortages and service disruptions may occur. ● The intensity of the workload, communication problems, the stress brought on by the intensity sometimes causes violence. This situation is not uncommon for Turkey, unfortunately. The Ministry of Health awaits the implementation of certain laws. However, the teams working in the field do not have security support against possible risks when faced with angry citizens. In some cases, the citizens may react to the staff. This situation reduces the motivation of the staff. ● Since all personnel are assigned to services related to contact tracing and pandemic, there may be foreseen and unforeseen disruptions in the provision of health services.
---	---

Conclusion and Recommendations

The Covid-19 pandemic is well managed by the district health directorates in Turkey, especially in primary care. However, in such an outbreak, a permanent solution may be possible with a vaccine with proven effectiveness. At this stage, it is important to obtain vaccines and to vaccinate the population quickly. (8)

The first year of the pandemic has been completed, and in this process, the dedication of the contact tracing teams has been effective in the pandemic management and control efforts. However, in the prolonged pandemic, health workers had to work with sudden assignments outside of their usual places of duty. It is inevitable that this situation will cause anxiety as time progresses. For this reason, it is important to keep strong communication with the field and to rest the staff to keep their motivation strong.

In addition, parameters used to evaluate success of district pandemic management such as from how many meters were contact tracings performed, in how many hours was it performed, the number of contacts added, the percentage of tests taken from contacts, percentage of patients given medication do not provide quality information on how the pandemic is managed in a district. Variables like the area, population, distribution of the population, the presence of hospitals within the district, number of staff of the DHD, the presence or lack of adequate equipment are different for each district. These differences make it difficult to compare the data. In addition, people who cannot be found in the field even if they go to their address, whose official registered residence (MERNIS) address and declared address are different from each other, whose contact addresses are recorded incorrectly / incompletely, as well as foreign nationals who do not have any contact information are the problems that await solutions.

Since the beginning of the pandemic, the algorithms published by the Ministry of Health regarding diagnosis, treatment and contact tracing have been resources that have facilitated the operation in the field. (1,2) Continuing the implementations in accordance with the algorithms determined by the central government will ensure the standardization of the services provided and will increase the confidence of the citizens in the service. In order to end the pandemic, we need to accept that in addition to providing vaccines in an accessible way all over the world, mask, distance and hygiene measures should be a part of our lives from now on. With the new normal paradigm, it seems that we need to be more prepared for the new epidemics that we will encounter in the future. For this, all of society and scientists must be prepared. In order to be prepared for epidemics, detailed due diligence and forward-looking expansions are important.

References

1. Turkish Ministry of Health, Public Health Department. COVID-19 (Sars-Cov-2 Infection) Guideline, "Contact Tracing, Epidemic Management, Home Patient Care and Filiation" (Science Board's Study), Turkey, 28/05/2021. Accessed: 01/06/2022 <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/40795/0/Covid-19rehberitemaslitakibievdehastazlemivefilyasyonpdf.pdf>
2. Turkish Ministry of Health, Public Health Department. COVID-19 (Sars-Cov-2 Infection) Guideline, "Introduction, Epidemiology and Diagnosis" (Science Board's Study), Turkey, 7/12/2020. Accessed: 01/06/2022 <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/Covid-19rehberigenelbilgileripidemiyojivetanipdf.pdf>

3. About Kartal, Kartal Municipality, İstanbul 2021. Accessed: 17/04/2022 <https://www.kartal.bel.tr/tr/kartalrehberi/KartalHakkinda.aspx>
4. Recent Population Evaluation (TÜİK 04/02/2021) Turkish Statistics Institution, 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210#:~:text=T%C3%BCrkiye%20n%C3%BCfusu%2083%20milyon%20614,698%20bin%20377%20ki%C5%9Fi%20oldu>.
5. Public Health Management System, Case Control Module, 2021, Accessed: 01/06/2022 <https://hsys.saglik.gov.tr/Takip/HastaTakip/Anasayfa>
6. Statistics and Causal Analysis in Health (SİNA) Application, Accessed: 01/06/2022 <https://sina.saglik.gov.tr/#/login>
7. Turkish Ministry of Health, Spatial Business Intelligence (MİZ) Application, Accessed: 01/06/2022 <https://miz.saglik.gov.tr/login>
8. Turkish Ministry of Health, COVID-19 Vaccination Information Platform, 2021. Accessed: 01/06/2022 <https://covid19asi.saglik.gov.tr/>

COVID-19 ENFEKSİYONU İLE YOĞUN BAKIMDA TAKİP EDİLEN HASTALARDA GELİŞMİŞ SEKONDER BAKTERİYEL ENFEKSİYON ETKENLERİNİN İNCELENMESİ

Ayşe Ayyıldız¹, Fatih Alper Ayyıldız²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Eskişehir Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Eskişehir, Türkiye

²T.C. Sağlık Bakanlığı, Eskişehir Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Eskişehir, Türkiye

drayseayyildiz@gmail.com

Çalışmamızda COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle takip edilen hastalarda gelişebilecek sekonder bakteriyel enfeksiyon etkenlerini tanımlamak, bu etkenlerin antibiyotik direnç paterninin belirlenmesi ve buna uygun ampirik tedavi başlanması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda üç aylık periyotta Eskişehir Şehir Hastanesi C Blok Yoğun Bakım Ünitesi'nde takip edilen COVID-19 enfeksiyonlu hastalarda alt solunum yolu izolatlarında üremeleri olan hastalar çalışmaya alınmıştır. Bu hastaların demografik verileri, sekonder bakteriyel enfeksiyon etkenleri, bu etkenlerin antibiyotik direnç paternleri kaydedilmiştir. Veriler SPSS 21.0 programı ile analiz edilerek ortalama, standart sapma ve yüzde değerler olarak belirtilmiştir.

3 aylık dönemde takip edilen hastalardan 84'ünde sekonder bakteriyel enfeksiyon etkeni üremiştir. Ortalama yaş 68.14 ± 12.55 olup hastaların yüzde 53'ü bayandı (n=45). Ortalama APACHE-II skoru 18.91 ± 8.15 idi. Hastalarda mortalite oranı %51.1 olarak bulundu (n=43). Gram -negatif bakteriyel enfeksiyon etkenleri sırasıyla Acinetobacter Baumannii (%26.1), Klebsiella Pneumonia (%21.4) ve Pseudomonas Aeroginosa (%10.7) iken gram pozitif bakteri etkenleri sırasıyla Enterokoklar (%5.9) ve Staphilacoccus Epidermitis (%3.5) olmuştur. Gram pozitif bakterilerde vankomisin direncine rastlanmamıştır. Gram negatif bakterilerde ise çoklu ilaç direncine sahip bakteri üremeleri mevcuttur. Gram negatif bakterilerde sırayla gentamisin (%94.5), siprofloksasin (%81.8), amikasin (%76.3), meropenem (%21.8) antibiyotiklerine yüksek oranda direnç görülmüştür.

Çoklu ilaç direnci olan bakteriler yoğun bakımlarda çok büyük bir sorun olmakla beraber önemli morbidite ve mortalite nedenleridir. Etkenlerin erkenden saptanması ve antibiyotik direnç paterninin belirlenerek uygun ampirik tedaviyi başlamak yoğun bakımda ciddi oranda mortaliteyi düşürmektedir. Her yoğun bakım uzmanının kendi hastanesinin florasını ve direnç paternlerini saptayarak mortalite oranını azaltmaya çalışması ve çoklu ilaca dirençli bu bakterilerin yayılımını sınırlaması önem arz etmektedir.

COVID-19 ENFEKSİYONU SONRASI ATİPİK PREZENTASYON İLE BAŞVURAN BİR OLGU: OLGU SUNUMU

Mustafa Uğuz¹

¹Mersin Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Mersin, Türkiye
drmustaufauguz@gmail.com

COVID- 19 Enfeksiyonu solunum sistemi kardiyovasküler sistem başta olmak üzere tüm sistemleri etkileyebilen bir hastalıktır. Post enfeksiyöz dönem de de bir çok sistemi etkileyebilerek sekeller oluşturmaktadır. Santral sinir sistemi de özellikle etkilenen sistemlerden birisidir.

Bu yazıda; COVID-19 Enfeksiyonunu sonrası 2. Ayda hareket kısıtlılığı ile başvuran atipik prezentasyonlu olgu sunulmuştur.

54 yaş erkek hasta, COVID-19 sonrası 2 aydan başlayan sağ bacakta güçsüzlük, kuvvetsizlik hissi, denge bozukluğu, baş ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde DTR sağda hiperaktif sağ da babinski pozitif ve sağ alt ekstremitde de proksimal de güç kaybı mevcuttu. Hasta nöroloji kliniğine interne edildi. Hastanın ateş yüksekliği yok, labaratuvar değerlendirmesinde; WBC $1070 \times 10^3/uL$, Neutrofil $5950 \times 10^3/uL$, Prok 0,02 CRP 1,2 şeklinde idi biyokimyasal parametlerinde patoloji saptanmadı. Hastaya serebra MRI uygulandı ve Bilateral lateral kortikospinal tractta etkilenme, Myelit ?? olarak raporlandı. EMG' de belirgin patoloji saptanmadı. Hastaya lomber ponksiyon uygulandı. Beyin omurilik sıvısı incelemesi (BOS)'nde glukoz:54 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu 150 mg/dl), protein düzeyi 41 mg/dl (15-45 mg/dl), hücre 40/mm³, lökosit ağırlıklı olarak izlendi. BOS örneğinden HSV 1—2ve Toxoplasma gondi için PCR istendi COVID -19 PCR istendi. Bos gram incelenmesinde mikroorganizma saptanmadı. BOS kültüründe üreme olmadı. HSV Tip 1ve 2 ile Toxoplasma gondi PCRT sonuçları negatif olarak sonuçlanır iken BOS COVID-19 PCR'ı pozitif saptandı. Hastaya 7 gün süre ile 1 mg /kg /gün iv steroid (prednizolon) tedavisi uygulandı. Hastanın tedavi sonrası şikayetlerinde belirgin gerileme oldu ve takibe alınarak taburuc edildi. Kontrollerde 2. ayda tam klinik düzelme sağlandı.

SARS-CoV-2nin santral sinir sistemini etkilediği bilinmektedir. COVID-19 enfeksiyonu sırasında yada sonrasında gelişen ensefalitler son günlerde artan oranlarda rapor edilmektedir. Virüsün trans sinaptik yayılımı, olfaktör bulbus aracılığıyla doğrudan viral girişi nazofaringeal girişi ve beyin sapı tutulumunu (rombensefalit) açıklamaktadır. -19 döneminde meydana gelen SSS semptomlarında COVID-19 a bağlı SSS tutulumu akla gelmelidir. Aşılama sonrası ortaya çıkan tablolar içinde ayrıca klinik çalışmaların yapılması gerekmektedir.

COVID-19 PANDEMİSİ BAŞLANGICINDAKİ ESKİŞEHİR ŞEHİR HASTANESİ ACİL SERVİSE BAŞVURAN COVID-19 HASTALARININ KLİNİK DURUMLARININ İNCELENMESİ

Şeyhmus Kaya¹

¹Eskişehir Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Eskişehir, Türkiye

seyhmuskaya@gmail.com

Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan Şehrinde ortaya çıkan SARS CoV-2, dünya çapında birçok ülkeye yayılarak küresel bir salgına neden olmuştur. Bu pandeminin başında kaynak virüs ile ilgili bilgimiz kısıtlı olduğundan bu konuda çok sayıda araştırma yapılmış, herkes bilgi birikimi ve tecrübesini bilimsel çalışmalar aracılığıyla yaymıştır. Biz bu çalışma ile pandemi döneminin başındaki hastanemize başvuran hastaların klinik bilgilerini ve hastalık durumlarını belirlemeyi amaçladık.

Çalışmada Eskişehir şehrinde pandeminin ilk görüldüğü tarih olan 20.03.2020 ile sonrasındaki 2 aylık dönem incelenmiştir. Çalışmaya 561 ardışık hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların COVID-19 tanısı PCR testi ile koyulmuştur. Hastaların hastaneye başvuru anındaki akciğer tutulumları, yoğun bakım ihtiyacı entubasyon durumları incelenmiştir.

Retrospektif olarak incelenen 561 hastanın % 36,3'ünün toraks bilgisayarlı tomografi sonucunda akciğer tutulumu (pnömoni) saptandı. Bu hastaların ise %43,5'i (n=88) viral pnömoni, % 56,5'i (n=114) COVID-19 pnömonisi olarak raporlandı. Bu hastaların 10 (%0.17) tanesi, acile başvurusu sırasında entübe edildi. Bu hastaların 39 (%6,9) tanesi yoğun bakıma yatırıldı. Bu başvuruların 28 tanesi ölüm ile sonuçlandı. Hastaların 47'inde (%.08) ek hastalıkları (Diyabet, Hipertansiyon; Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, iskemik kalp hastalığı, kanser) mevcuttu. Bu hastaların 25'inde (% 53) tek ek hastalık vardı. Ölen hastaların 13 (% 46)'ında 2 ve daha fazla ek hastalığı, 8 (% 29)'unda tek ek hastalık ve 7 (%25) hastada ise herhangi bir ek hastalığı yoktu.

Bu veriler pandeminin başlangıcındaki verileri temsil edip, tanı ve tedavi protokolleri tam olarak belirlenip uygulandıktan sonra hastaneye yatış ve ölüm oranlarında düşmeler tespit edilmiştir.

ÇALIŞANLARDA İŞLE İLİŞKİLİ KAS-İSKELET SİSTEMİ RAHATSIZLIKLARINDA EĞİTİM MÜDAHALELERİNİN ETKİSİ: BİR DERLEME ÇALIŞMASI

Derya Giakoup¹, Emine Şeyma Karatekir¹, Sevgi Canbaz¹

¹*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İş ve Meslek Hastalıkları Yandal Eğitim Programı, İstanbul, Türkiye*

derya.giakoup@istanbul.edu.tr

Kas-iskelet sistemi şikayetleri ve rahatsızlıkları, küresel olarak önemli bir morbidite nedeni ve ekonomik sonuçları olan bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilir (1). Kas- iskelet sistemi rahatsızlıkları mesleki maruziyetlerden kaynaklanabilir ve çalışanlara, ailelerine, işyerlerine ve genel olarak topluma önemli bir yük getirir. Ofis merkezli ve endüstriyel çalışmanın yaygınlaşması, işle ilgili kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının artışı önemli oranda etkilemiştir (2). Sanayileşmenin artmasıyla birlikte işin yürütümü ile ilgili süreçler daha otomatik ve standart hale gelmiştir (3). Bu durum iş yürütümü sırasında çalışanların daha fazla tekrarlayan hareketlerle çalışmasına neden olmuştur. Tekrarlayan hareket ve monotonluk, çalışanın işle ilişkili kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları riskini artıran iki önemli etkidir (4,5).

Genel olarak, işle ilgili kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının yaygınlığı yaşla birlikte artar ve erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir (6,7). İşle ilgili kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, oluşturduğu ağrı ve organ işlev bozukluğu gibi morbidite yüküne ek olarak hem çalışanı hem de toplumu etkileyen işe devamsızlık (*work absenteeism*) gibi sonuçlar da doğurmaktadır. Örneğin, Hollanda'da kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının, işe devamsızlık yapılan günlerin %28'inden sorumlu olduğu bildirilmiştir (7). Birleşik Krallık'ta ise kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının işle ilgili tüm hastalıkların yaklaşık %24'ünü oluşturduğu rapor edilmiştir (6).

Uluslararası Ergonomi Derneği tarafından tanımlanan şekliyle ergonomi, insanlar ve sistemin öğeleri arasındaki etkileşimin anlaşılmasıyla ilgilenen disiplindir. Esasen işi çalışana uydurmakla ilgilenen bir bilim dalıdır. Mesleki kas- iskelet rahatsızlıklarının önlenmesi konusunda ergonomik müdahaleler desteklenmekte ve önerilmektedir. Birçok çalışmada, ergonomik risk faktörlerinin kas-iskelet sistemi şikayetleri ile ilgili olduğu bildirilmiştir (8, 9).

Bu derlemede, iş ile ilişkili kas- iskelet rahatsızlıklarını önlemek için ergonomik önlemlere yönelik yapılan eğitim müdahalelerinin sonuçlarını incelemeyi amaçladık. Bu çalışma sistematik bir derleme olmamakla birlikte mesleki kas- iskelet sistemi hastalıklarının önlenmesine yönelik eğitim müdahalelerine odaklanır.

Bu derlemeye iş yerinde yapılan, iş yeri tabanlı eğitim müdahale çalışmaları dahil edildi. PUBMED, Google Scholar ve Cochrane CENTRAL'de yapılan elektronik veri tabanı aramaları sonucunda, 2018-2022 yılları arasında (son beş yıl dahil edilmiştir) yayınlanan 21 araştırma raporunu çalışmamıza

dahil ettik (n=1024). Veri tabanı taramasında “occupational”, “work”, “musculoskeletal diseases”, “education” kelimelerini kullandık. İki derleme yazarı, elektronik veri tabanı taraması sonucunda belirlenen makale özetlerini inceledi. Derleme için potansiyel olarak uygun olduğu belirlenen çalışmaların tam metinleri değerlendirildi. Fikir ayrılıkları, bir konsensusa varmak için derleme yazarları arasında tartışılarak çözüldü.

Derlemeye, elektronik veri tabanlarında tarama öncesinde belirlediğimiz birincil ve ikincil sonuçlara dayalı çalışmaları dahil ettik. Birincil sonuçlar; ikili bir skala (evet-hayır), Likert skalası, görsel analog skala (VAS) veya ağrıyı ölçen benzer herhangi bir skala kullanılarak kas- iskelet sisteminde ağrı ve/ veya rahatsızlık şikayetlerinin varlığı ya da sıklığı (prevalansı) ve/ veya işle ilgili işlev kaybı olarak belirlendi. İşle ilgili işlev kaybı, kaybedilen iş günü sayısı, iş kaybı, iş engeli ve işlevsellik düzeyi ile ölçülür (10, 11).

İkincil sonuçlar ise şunlardır: Çalışma pozisyonlarında postür değişimi, RULA (Hızlı Üst Ekstremiteler Değerlendirme Yöntemi) skorunda değişim, bilgi veya farkındalık artışıdır. Bu derlemeye yalnızca bir veya daha fazla birincil sonuç bildiren çalışmaları dahil ettik. Bir çalışma yalnızca bir veya daha fazla ikincil sonuç bildirmişse, o çalışmayı bu incelemenin dışında tuttuk.

Uluslararası literatürde, sistematik derleme veya meta-analiz araştırmalarının sunumunun PRISMA (PRISMA Statement: Checklist of items to include when reporting a systematic review or meta-analysis) kontrol listesine göre yapılması önerilmektedir (www.prisma-statement.org). PRISMA Bildirimi'nin amacı araştırmalarının sunumunu geliştirmede yazarlara bir standardizasyon sağlamaktır. Çalışmanın kanıta dayalı şekilde yürütülmesi için çalışmamız sistematik derleme olmamasına rağmen PRISMA kontrol listesinden faydalandık.

Derlemeye 1024 çalışmanın özetleri ve gerekli hallerde tam metinleri değerlendirilerek 21 çalışma dahil edildi. Potansiyel olarak uygun çalışmaları belirlemek için tüm makalelerin referans listelerini kontrol ettik. Bu yaklaşımla herhangi bir ek çalışma belirlemedik.

Çalışmaların yapıldığı ülkeler: Dört çalışma İran'da (12, 13, 14, 15); üç çalışma Türkiye'de (16, 17, 18); Dördü Amerika Birleşik Devletleri'nde (19, 20, 21, 22); biri Japonya'da (23); biri Brezilya'da (24); biri Kanada'da (25); biri İtalya'da (26); biri Almanya'da (27) gerçekleştirilmişti. Ayrıca beş çalışma da farklı ülkelerden derleme şeklindeydi.

Çalışmalardan sekiz tanesi sağlık çalışanlarında, bir tanesi süt işçilerinde, bir tanesi kanatlı hayvan işleme endüstrisi işçilerinde, bir tanesi duvar ustalığı çıraklarında, iki tanesi müzisyenlerde, bir tanesi diş hekimliği öğrencilerinde, dört tanesi de ofis çalışanlarında, bir tanesi petrol ve gaz tesisi çalışanlarında, iki tanesi de fabrika çalışanlarında yapılmıştır.

Çalışmamıza 5'i derleme, 16'i müdahale çalışması olmak üzere toplam 21 makale dahil edildi. Toplam 12 makalede müdahale sonrası çalışanlarda ağrı yoğunluğunda azalma gözlemlendi. Abdollahi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ergonomi eğitim programının ameliyat hemşirelerindeki kas- iskelet sistemi hastalıklarına olan etkisi incelenmiş ve müdahale sonrası kas iskelet sistemi hastalıkları

riskinde ve prevalansında azalma gözlenmiştir (12). Buna benzer şekilde iki çalışma daha kas- iskelet sistemi rahatsızlığının görülme sıklığında azalma bildirmişti. Bir çalışmada duvar ustalığı çıraklarında eğitim müdahalesi sonrası kas- iskelet sistemi şikayetlerinde değişiklik olmadığı görülmüştür. Fakat bu çalışmadaki amaç tedavi değil kümülatif travmanın etkisini önlemeye yönelik olduğu için araştırmacılar bulgularının beklenen yönde olduğunu; önleyici etkinin ortaya çıkması için zamana ihtiyaç olduğunu vurgulamış, semptomlarda bir kötüleşme olmadığı belirtmişlerdi (21). Ayrıca ofis çalışanları ile yapılan bir derlemede de eğitimin kas- iskelet sistemi rahatsızlıkları ve ağrısı üzerine etkisi olmadığı bildirilmişti (28). Orkestra müzisyenlerinde rehabilitasyon programının performans ilişkili kas- iskelet sistemi semptomları ve fonksiyonel kısıtlılık üzerine etkisini ve fizibilitesini inceleyen bir çalışmada kas- iskelet sistemi semptom yoğunluğunda ve fonksiyonel kısıtlanmada azalma izlenirken; semptomların varlığı ve sıklığında değişiklik izlenmemiştir (25). Bu çalışmadan farklı olarak fabrika çalışanlarında, petrol ve gaz tesisi çalışanlarında ve ofis çalışanlarında yapılan üç çalışmada ise eğitim müdahalesi sonrasında semptomların sıklığında azalma bildirilmiştir (15, 17). Müzisyenlerde kas iskelet sistemi semptomlarını önlemeye yönelik müdahalelerin güvenlik ve yararlılığını belirlemek için yapılmış bir derlemeye 14 çalışma dahil edilmiştir. Çalışmalardan 2 tanesinin eğitim müdahalesi olduğu ve bir tanesinde kas iskelet sistemi yaralanmaları sayısında azalma görüldüğü, diğerinde ise değişiklik saptanmadığı belirtilmiştir (27). Adamczyk ve ark. yoğun bakım ünitelerinde güvenli hasta taşıma ve hareketlilik programı ile işle ilgili kas iskelet sistemi yaralanmalarını azaltmayı amaçlamışlar; eğitim müdahalesi sonrası yaralanmalarda ve işten uzak kalma günlerinde azalma gözlemlemişlerdir (22). Benzer şekilde bir fabrikanın çalışanlarında yapılan çalışmada yakınmaların azalmasına ek olarak işten uzak kalınan günlerin azaldığı tespit edilmiştir (17). Derlemeye dahil edilen çalışmalarda hızlı üst ekstremité değerlendirme yöntemi olan ve üst ekstremitéde çalışma duruşlarının incelenebilmesi için geliştirilmiş ve tasarlanmış ergonomik bir risk analiz yöntemi olan RULA yöntemi ile de değerlendirme yapılmıştır. Hemşire, ofis ve fabrika çalışanlarından oluşan örneklemelerde eğitim müdahalesi sonrası iyileşme görülmüş ve RULA skorlarında azalma olduğu saptanmıştır. Hemşirelerde ve ofis çalışanlarında yapılan iki çalışmada ise vertebral kolonda iyileşmeyle birlikte postür düzelmesi bildirilmiştir.

Bu çalışmada eğitim müdahalelerinin çalışanlarda kas iskelet sistemi şikayetleri üzerine etkisi incelenmiştir. Eğitimin kas iskelet sistemi bulgularını olumlu yönde etkilediği gözlenmiştir. Bu olumlu etkilerin ağrı şiddetinde, frekansında, prevalansında azalma; fonksiyonel kısıtlanmada, yaralanmalarda, işten uzak kalma ve kısıtlı gün sayısında azalma şeklinde olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak çalışanlarda kas iskelet sistemi şikayetlerini önleyici eğitim çalışan eğitiminin ve sağlık gözetiminin bir parçası olmalıdır. Mesleğe özgü ergonomi eğitim materyallerinin oluşturulabilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynakça

1. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: Systematic review. Br J Sports Med 2020;54:79-86. Back to cited text no. 1

2. Aas RW, Tuntland H, Holte KA, Røe C, Lund T, Marklund S, et al. Workplace interventions for neck pain in workers Cochrane Database Syst Rev2011; 2011(4):CD008160.
3. Docherty P, Forslin J, Shani AB, editor(s). Creating sustainable work systems: emerging perspectives and practice. 1st Edition. London (UK): Routledge, 2002.
4. Mathiassen SE. Diversity and variation in biomechanical exposure: what is it, and why would we like to know?. Applied Ergonomics 2006;37(4):419-27. [DOI: 10.1016/j.apergo.2006.04.006]
5. Buckle PW, Devereux JJ. The nature of work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders. Applied Ergonomics 2002;33(3):207-17. [DOI: 10.1016/S0003-6870(02)00014-5]
6. Health and Safety Executive. Work-related musculoskeletal disorders in Great Britain (WRMSDs), 2018. hse.gov.uk/statistics.
7. ArboNed. Disease specific absenteeism by gender & Work-disability by cause and age [Ziektespecifiek verzuim naar geslacht & Arbeidsongeschiktheid naar oorzaak en leeftijd]. volksgezondheidenzorg.info
8. Szeto GP, Ho P, Ting AC, Poon JT, Cheng SW, Tsang RC. Work-related musculoskeletal symptoms in surgeons. Journal of Occupational Rehabilitation 2009;19(2):175-84. [MEDLINE: 19381790]
9. Bonfiglioli R, Mattioli S, Spagnolo MR, Violante FS. Course of symptoms and median nerve conduction values in workers performing repetitive jobs at risk for carpal tunnel syndrome. Occupational Medicine 2006;56(2):115-21. [MEDLINE: 16371398]
10. Kitis A, Celik E, Aslan UB, Zencir M. DASH questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms in industry workers: a validity and reliability study. Applied Ergonomics 2009;40(2):251-5. [PUBMED: 18555973]
11. Leak AM, Cooper J, Dyer S, Williams KA, Turner-Stokes L, Frank AO. The Northwick Park Neck Pain Questionnaire, devised to measure neck pain and disability. British Journal of Rheumatology 1994;33(5):469-74. [PUBMED: 8173853]
12. Abdollahi, Tahereh, et al. "Effect of an ergonomics educational program on musculoskeletal disorders in nursing staff working in the operating room: A quasi-randomized controlled clinical trial." *International journal of environmental research and public health* 17.19 (2020): 7333.
13. Karimi, Azim, et al. "A multicomponent ergonomic intervention involving individual and organisational changes for improving musculoskeletal outcomes and exposure risks among dairy workers." *Applied Ergonomics* 88 (2020): 103159.
14. Sanaeinasab, Hormoz, et al. "The effectiveness of a model-based health education intervention to improve ergonomic posture in office computer workers: A randomized controlled trial." *International Archives of Occupational and Environmental Health* 91.8 (2018): 951-962.
15. Khoshakhlagh AH, Majdabadi MA, Yazdanirad S. The impact of ergonomic-educational interventions on reduction of musculoskeletal symptoms among employees of oil and gas installations in Iran. Work. 2022;71(3):651-660. doi: 10.3233/WOR-205231. PMID: 35275588.
16. Sezgin D, Esin MN. Effects of a PRECEDE-PROCEED model based ergonomic risk management programme to reduce musculoskeletal symptoms of ICU nurses. Intensive Crit Care Nurs. 2018 Aug;47:89-97. doi: 10.1016/j.iccn.2018.02.007. Epub 2018 Mar 31. PMID: 29609839.

17. Tanır F. et al. "Bir Otomotiv Fabrikasında Kas-İskelet Sorunları ve İstirahat Raporu Alanlara Verilen Ergonomi ve Egzersiz Eğitimi Sonuçları." *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi* 16.3.
18. Coşkun Beyan, Ayşe, and Duygu Turşucu. "The usage of behaviour based safety process for decreasing work-related musculoskeletal diseases at the sales department of a factory." *Turkish Bulletin of Hygiene and Experimental Biology* 74.4 (2017): 321-332.
19. Sussman M, Sendzischew-Shane MA, Bolanos J, Deshpande AR, Kerman D, Allespach H. Assurance for Endurance? Introducing a Novel Ergonomics Curriculum to Reduce Pain and Enhance Physical Well-Being Among GI Fellows. *Dig Dis Sci.* 2020 Oct;65(10):2756-2758. doi: 10.1007/s10620-020-06406-z. PMID: 32548812.
20. Markwell, Stacy A., et al. "Individualized ergonomic wellness approach for the practicing gastroenterologist (with video)." *Gastrointestinal Endoscopy* 94.2 (2021): 248-259.
21. Hess, Jennifer A., et al. "Safety voice for ergonomics (SAVE): evaluation of a masonry apprenticeship training program." *Applied ergonomics* 86 (2020): 103083.
22. Adamczyk, Mary Ann. "Reducing intensive care unit staff musculoskeletal injuries with implementation of a safe patient handling and mobility program." *Critical Care Nursing Quarterly* 41.3 (2018): 264-271.
23. Imai, Ryota, et al. "Effect of pain neuroscience education and exercise on presenteeism and pain intensity in health care workers: A randomized controlled trial." *Journal of Occupational Health* 63.1 (2021): e12277.
24. Denadai, Michelle Silveira, et al. "An ergonomics educational training program to prevent work-related musculoskeletal disorders to novice and experienced workers in the poultry processing industry: a quasi-experimental study." *Applied Ergonomics* 90 (2021): 103234.
25. Roos, Marianne, and Jean-Sébastien Roy. "Effect of a rehabilitation program on performance-related musculoskeletal disorders in student and professional orchestral musicians: a randomized controlled trial." *Clinical Rehabilitation* 32.12 (2018): 1656-1665.
26. Koni, Adela, et al. "Approach to prevention of musculoskeletal symptoms in dental students: An interventional study." *La Medicina del Lavoro* 109.4 (2018): 276.
27. Becker A, Angerer P, Weber J, Müller A. The prevention of musculoskeletal complaints: long-term effect of a work-related psychosocial coaching intervention compared to physiotherapy alone-a randomized controlled trial. *Int Arch Occup Environ Health.* 2020 Oct;93(7):877-889. doi: 10.1007/s00420-020-01538-1. Epub 2020 Apr 9. PMID: 32274576; PMCID: PMC7452937.
28. Hoe, Victor CW, et al. "Ergonomic interventions for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck among office workers." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10 (2018).
29. Stanhope, Jessica, Dino Pisaniello, and Philip Weinstein. "The effect of strategies to prevent and manage musicians' musculoskeletal symptoms: A systematic review." *Archives of Environmental & Occupational Health* 77.3 (2022): 185-208.

ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞI REDDİ NEDENLERİNİN İNCELENMESİ: KESİTSEL ÇALIŞMA

Feyza Nur Topçu Yenerçay¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Ordu İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Uzmanı, Ordu, Türkiye

fntopcu@hotmail.com

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde en maliyet etkin yöntem olarak kabul edilen koruyucu sağlık hizmeti, bağışıklama hizmetleridir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından bağışıklama hizmetlerinin yaygınlaştırılmasıyla birlikte tüm dünyada ve ülkemizde aşıyla önlenabilir hastalıklara bağlı mortalite ve morbidite önemli düzeylerde azalmıştır. Aşı ile %1-5 arasında değişen oranlarda yeterli bağışıklık sağlanamadığı için, toplumun tamamının eksiksiz olarak aşılınması toplumsal bağışıklığın sağlanabilmesi için gereklidir. Aşı tereddütü birçok karmaşık davranışsal ve sosyal faktörden etkilenebilen, aşıya, zamana, yere göre değişebilen çok boyutlu bir olgudur. Artan aşı reddinin, yakın gelecekte bulaşıcı hastalıkların insidansının artmasına, eradike edilen hastalıkların tekrar ortaya çıkmasına neden olabileceği tahmin edilmektedir. Türkiye’de 2011-2014 yılları arasında aşı reddi nedeni ile aşı yapılmadığı tutanak ile tespit edilen çocukların dağılımına bakıldığında Karadeniz bölgesi ön sıralarda yer almaktadır. Bu çalışmada Ordu ilinde çocukluk çağı aşılarını reddetmiş ebeveynlerin aşı tereddütlerinin gerekçelerini saptamak amaçlanmıştır.

Bu çalışma kesitsel niteliktedir. 01-28.02.2022 tarihleri arasında Ordu ilinde İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Birimine bildirilen aşı reddi başvurularının tamamı çalışmaya dahil edilmiştir. Bu nedenle örneklem hesabı yapılmamıştır. Aşı reddi bildirilen çocukların ebeveynlerine ulaşılarak gerekçeleri sorgulanmıştır. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde değerleri ile verilmiştir.

Araştırma kapsamında 40 ebeveyne ulaşılmıştır. Aşı reddi olan ebeveynlerin 22’si (% 55) aşıların yararlı ve gerekli olmadığını düşünmekteydi. 19’u (%47,5) aşının zararlı maddeler içerdiğini ve otizm gibi bazı hastalıklara neden olduğunu, güvenli olmadığını düşündüğünü ifade etti. Aşıların içeriğinde dinen sakıncalı maddeler olduğunu düşünenlerin oranı % 22,5 olarak saptandı. %70 oranında ebeveyn önerilen aşıların ilaç şirketlerinin ekonomik çıkarlarını korumaya yönelik olduğunu düşünüyordu. Aşı reddi olan ebeveynlerin %65’i aşılarla ilgili bilgiyi internet ve sosyal medyadan edindiklerini belirtti. Çalışmaya katılan ebeveynler arasında aşı karşıtı gruplardan bilgi alanların sayısı, sağlık çalışanlarından bilgi alanlara göre daha fazlaydı. Katılımcıların çoğunluğu aşıları uygulamama kararını eşiyle birlikte (%80) verdiğini beyan etti. Aşı uygulamasını reddedenlerin tamamına sağlık personeli tarafından bu karardan vazgeçmeleri için bilgilendirme yapıldığı belirlendi. 16 ebeveyn tüm çocukluk çağı aşılarını reddetmiş, 12 ebeveyn sadece okul çağı aşılarını reddetmiş, 8’i tereddüt yaşadığını, bu nedenle henüz karar veremediğini belirtmiştir. Aşı reddi olanlar arasında en sık yaptırılmayan aşı 2.aydaki beşli karma aşı olurken (%67,5) en az reddedilen aşı doğumdaki Hepatit B aşısı (%17,5) olmuştur.

Son yıllarda artan aşı tereddütü ve aşı reddi, yıllarca süren büyük çabalarla edinilmiş aşılama çalışmalarının kazanımlarını riske atmaktadır. Çalışmamızda saptadığımız aşı reddi nedenlerinin ilk üçü sırasıyla; aşının yararlı ve gerekli olduğunu düşünmeme, güvenli olduğuna inanmama, dinen sakıncalı maddeler içerdiğini düşünme olarak belirlendi. Aşı reddi ile mücadele açısından, aşılarla ilişkin bilgi eksikliğinin giderilmesi oldukça önemlidir. Ebeveynlere, birinci basamakta bu konuda eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından yeterince bilgilendirilmenin mücadelede etkili olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda hedef kitlenin kültürel ve sosyal özellikleri göz önünde bulundurularak, çok sektörlü, uzun vadeli, iyi planlanmış yaklaşımları benimsemek ve kamu bilincini arttırmak öncelikli hedef olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Aşı, Tereddüt, Aşı reddi, Bağışıklama

DONUK OMUZ TEDAVİSİNDE ANESTEZİ ALTINDA MANİPULASYON VE EKLEM İÇİ STEROİD ENJEKSİYONUNUN KLİNİK VE FONKSİYONEL SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Niyazi İğde¹

¹Akçakale Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Şanlıurfa, Türkiye

ORCID ID: 0000-0001-9097-5992

niyazi_igde@hotmail.com

Donuk omuz veya adeziv kapsülit ağırlıklı olarak konservatif yöntemlerle tedavi edilir. Ancak konservatif yöntemler ile tedavi edilemeyen donuk omuz hastalarında cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Cerrahi tedavi seçenekleri; anestezi altında manipülasyon, açık kapsüller gevşetme ve artroskopik kapsüller gevşetmedir. Dirençli donuk omuz tedavisinde anestezi altında manipülasyon (MUA-manipulation under anesthesia) sonrası genellikle eklem içi steroid enjeksiyonu (ISI-intraarticular steroid injection) tercih edilir. Bu çalışma, eklem içi steroid enjeksiyonu ile birlikte anestezi altında manipülasyonun omuzun ağrı şiddeti ve fonksiyonu üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladı.

2020-2022 tarihleri arasında donuk omuz tanısıyla anestezi altında manipülasyon ve eklem içi steroid enjeksiyonu uygulanan 12 hasta verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, etkilenen taraf, hastalık süresi, ameliyat öncesi ve sonrası VAS skoru, fleksiyon, abduksiyon, dış rotasyon, iç rotasyon dereceleri kaydedildi. Klinik iyileşme GIC'nin 4 puanlık Likert ölçeği (1 = çok düzeldi; 2 = biraz düzeldi; 3 = iyileşme olmadı; 4 = daha kötü) kullanılarak değerlendirildi.

Takip edilen hastaların 7 si kadın 5i erkek, yaş ortalamaları 53,75 (45-64) idi. 8 hastada sağ omuz 4 hastada sol omuz hastalıktan etkilenmişti. Hastaların şikayetlerinin başladığı tarihten ameliyata kadar geçen süre ortalama 18,83 (10-28) hafta idi. Ameliyat öncesi VAS skorları ortalama 6,91(5-9), ameliyat sonrası 1. ay kontrollerinde VAS skorları ortalama 2,08 (1-4) idi. Ameliyat öncesi ve sonrası sırasıyla fleksiyon 100,83 (85-115) – 148,33 (140-160), abduksiyon 62,5 (50-80)-122,91 (105-140), eksternal rotasyon 26,25(15-40)-58,33 (50-70) ve internal rotasyon 1,91(1-3)- 8,75(7-10) olarak ölçüldü. GIC ölçeğine göre klinik iyileşme değerlendirmesi için ameliyat sonrası 1. aydaki kontrolde tüm hastalar tarafından 1 puan verildi.

Anestezi altına manipülasyon ile birlikte uygulanan eklem içi steroid enjeksiyonu sonrası hastaların klinik ve fonksiyonel sonuçlarında hızlı bir iyileşme görülmüştür. Uzun süreli devam eden ve dirençli donuk omuz hastalarında MUA ile birlikte uygulanan ISI etkili ve güvenilir bir tedavi yöntemidir. Daha geniş hasta popülasyonu ile ISI ile ve ISI uygulamadan yapılacak karşılaştırmalı çalışmalar ile kontrollü klinik çalışmaların yapılması donuk omuz tedavisine ışık tutacaktır.

DÜNYADA COVID-19 VE MONKEYPOX SALGINLARININ ÇEVİRİMİÇİ ARAMA MOTORU SORGULARININ İNCELENMESİ

Tayfun Kuçlu¹, Merve Atik Şahin¹, F. Nur Baran Aksakal¹

¹Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8017-0549>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1051-0509>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8624-3307>

tayfunkuclu@gazi.edu.tr

Giriş

Günümüzde, dünya genelinde internet kullanımının yaygınlaşması ile birlikte insanların istedikleri bilgiye ulaşabilmeleri mümkün kılınmıştır. Gereksinim duyulan bilgilerin içinde sağlık ve sağlıkla ilgili konular da sıklıkla yer bulmuştur. Özellikle salgın dönemlerinde bilgi edinmek için arama motorları, sosyal medya platformları gibi çevrimiçi kaynaklar yaygın olarak kullanılmaktadır. Son yıllarda da çevrimiçi kaynaklar halk sağlığına katkı sağlayacak epidemiyolojik çalışmalar için değerli veri kaynağı olarak görülmektedir (1). İnternet aramaları ve sosyal medya verilerinin, süveyans verileriyle ilişkili olduğu ve salgınların gelişiminin öngörülebileceğini söyleyen çalışmalar bulunmaktadır (2).

Yakın zamanda küresel çapta yaşanan pandeminin, insanların salgın durumlarındaki davranış ve yönelimlerini etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bu amaçla 2022-Monkeypox salgınında insanların dünya genelindeki Google arama motoru sorgulamaları irdelenmiştir. Böylece toplumların bilgiye ulaşma hızlarındaki ve amaca yönelik bilgilere ulaşmak için yaptıkları sorgulamalardaki değişimlerin incelenmesi gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada Dünya genelinde, COVID-19 ve 2022-Monkeypox salgınlarının Uluslararası Öne Sahip Halk Sağlığı Acil Durumu (PHEIC) ilan edildikleri tarihlerden bir ay önce ve sonrası dönemlerdeki çevrimiçi arama motoru sorgularının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem

Çalışmada kullanılan veriler Google Trendlerinden elde edilmiştir. Arama için kullanılan anahtar kelimeler COVID-19 ve 2022-Monkeypox salgınlarının Dünya Sağlık Örgütü tarafından uluslararası öne sahip halk sağlığı acil durumu (PHEIC) ilan edildikleri tarihlerin bir ay öncesi ve sonrasını kapsayacak şekilde Google Trendlerinde sorgulanmıştır. COVID-19 salgını için 30.12.2019-29.02.2020 tarihleri arasında, "COVID-19", "Coronavirus", "Corona", "Corona virus" anahtar kelimeleri kullanılarak, dünya genelinde arama gerçekleştirilmiştir. En çok aratılan kelimenin "COVID-19" olduğu görülmüş ve bu anahtar kelime çalışmaya alınmıştır. Aynı şekilde 2022-Monkeypox salgını için 23.06.2022-23.08.2022 tarihleri arasında, "Monkeypox" ve "Monkey pox" anahtar kelimeleri kullanılarak, dünya genelinde arama gerçekleştirilmiştir. En çok aratılan kelimenin "Monkeypox" olduğu görülmüş ve bu

anahtar kelime çalışmaya alınmıştır. Aynı zaman dilimlerinde “COVID-19” ve “Monkeypox” anahtar kelimeleriyle birlikte Google arama motorunda en çok aratılan 10 ilgili konu da çalışmaya alınmıştır.

Etik onay

Google arama motorundaki bilgi topluma açık olduğundan dolayı elde edilen veriler için etik onaya ihtiyaç duyulmamaktadır.

İstatistiksel yöntem

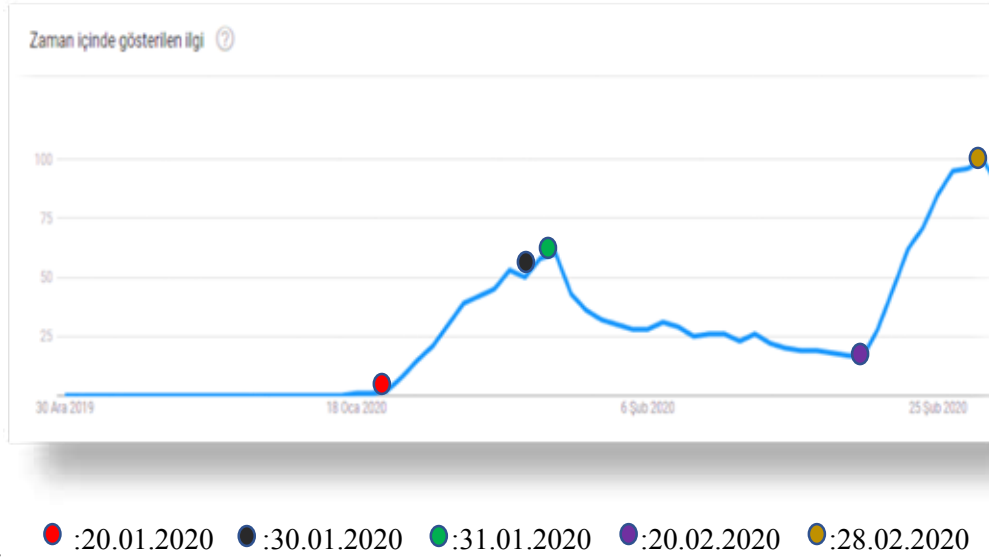
Çalışmada, yukarıda belirtilen anahtar kelimelerle Google Trends’de gerçekleştirilen sorguların belirtilen zaman içerisindeki değişimini inceleyebilmek amacıyla, aramanın gerçekleştirildiği terime ilişkin Dünya’dan yapılmış olan tüm sorgular içerisindeki nispi ölçütü ifade eden zaman içerisinde gösterilen ilgi verisi kullanılmıştır. Bu veri, gerçekleştirilen aramaya zaman içerisinde gösterilen ilgiyi belirtmekte olup, Google arama motoru üzerinden tüm konularda söz konusu zaman aralıkları ve konulardan yapılan tüm aramaların bir oranı olarak değerlendirilmektedir. Zaman içerisinde arama sorgularında artış ve azalış yaşandığı için, Google Trends tarafından sağlanan veriler normalize edilmekte olup, belirtilen zaman ve mekân içerisinde gerçekleştirilen sorguların en yüksek olduğu seviye için maksimum “100” değeri atanmaktadır. “COVID-19” ve “Monkeypox” anahtar kelimelerinin karşılaştırılması Google Trends üzerinden elde edilen veriler ile Microsoft Office Excel programı kullanılarak grafik halinde sunulmuştur.

Bulgular

Çalışmamızda COVID-19 ve Monkeypox ile ilişkili Google arama motoru sorgularının değerlendirilmesi amacıyla, COVID-19 ve 2022-Monkeypox salgınlarının uluslararası endişe verici halk sağlığı acil durumu (PHEIC) ilanından önceki ve sonraki bir aylık sürecin Google Trends grafikleri incelenmiştir.

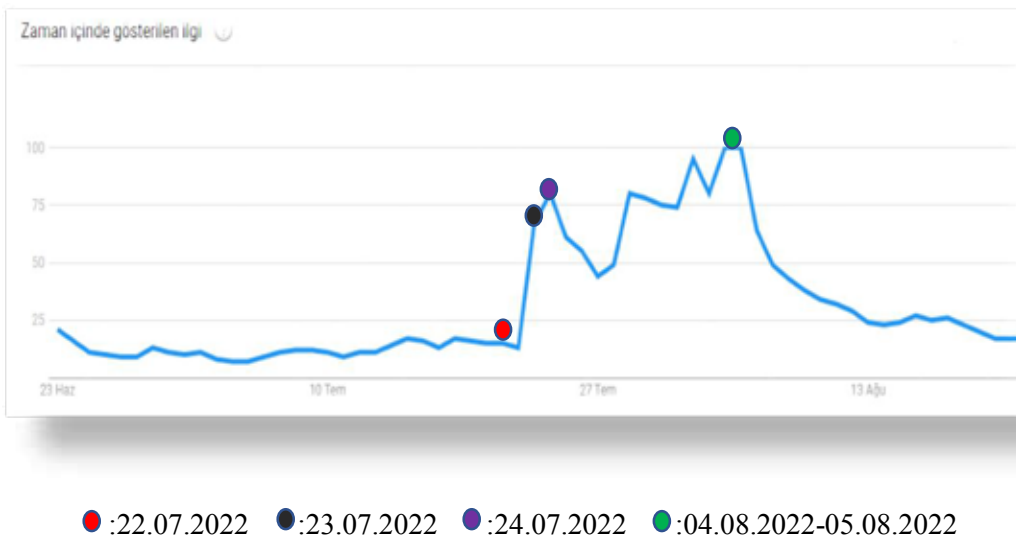
Grafik-1’de görüleceği üzere “COVID-19” anahtar kelimesinin zaman içerisindeki Google arama motorunda sorgulanma sayısında artış izlenmektedir. Grafik-1’de ilk izlenen pikin başlangıç noktası 20.01.2020 tarihidir. Bu pikin tepe noktası ise DSÖ genel direktörünün COVID-19 salgının uluslararası endişe verici halk sağlığı acil durumu ilan ettiği 30.01.2020 tarihinden bir sonraki gün yani 31.01.2020 tarihidir. Daha büyük olan, esas pikin başlangıç noktasının tarihi 20.02.2020, pikin tepe noktasının tarihi 28.02.2020 olarak izlenmektedir.

Grafik-1: “COVID-19” Anahtar Kelimesinin 30.12.2019–29.02.2020 Tarihleri Arasında Dünya Genelindeki Google Arama Motoru Trendi



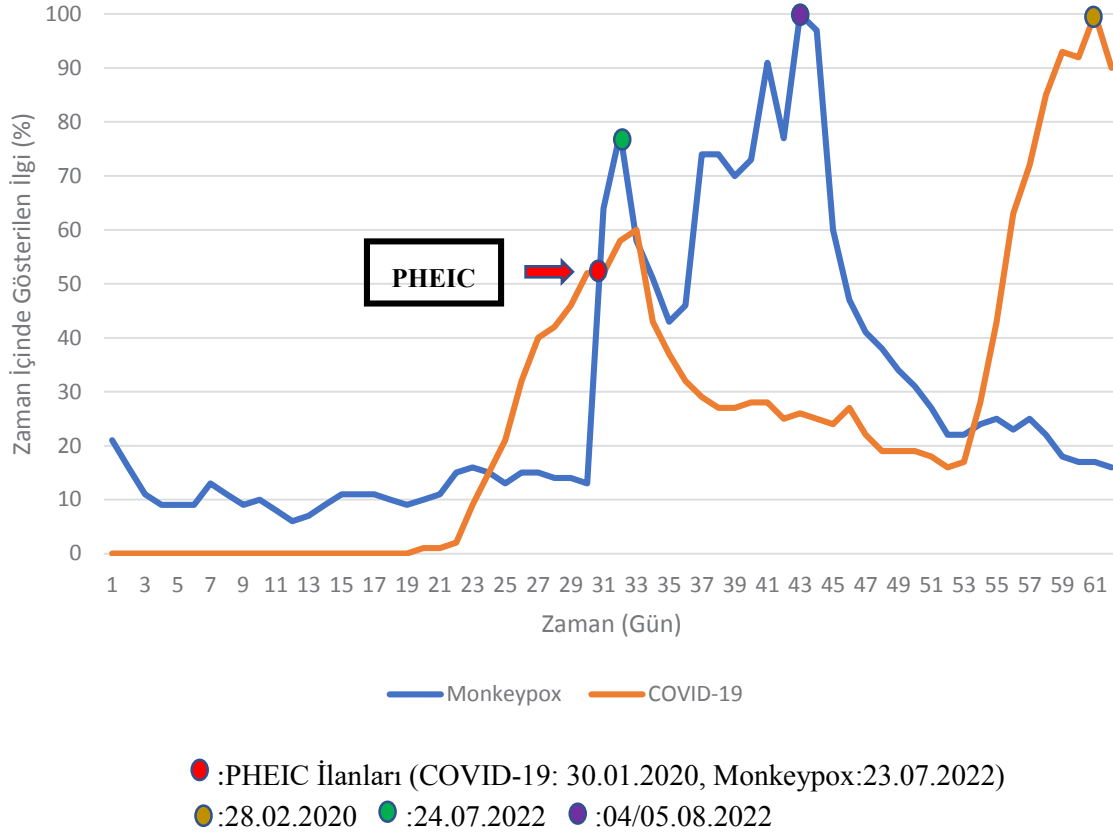
“Monkeypox” anahtar kelimesinin zaman içerisindeki Google arama motorundaki sorgulanma sayısı Grafik-2’de gösterilmektedir. “Monkeypox” anahtar kelimesinin sorgulanmasında 22.07.2022 tarihinde ani bir yükseliş görülmektedir. Bu tarihten bir gün sonra yani 23.07.2022 tarihinde DSÖ Monkeypox virüsü salgınına PHEIC ilan etmiştir. “Monkeypox” virüsünün sorgulanmasındaki artış 22.07.2022–05.08.2022 tarihleri arasında izlenmeye devam etmektedir. Bu yükselişin tepe noktaları ise 04.08.2022 ve 05.08.2022 tarihlerine tekabül etmektedir.

Grafik-2: “Monkeypox” Anahtar Kelimesinin 23.06.2022–23.08.2022 Tarihleri Arasında Dünya Genelindeki Google Arama Motoru Trendi



COVID-19 ve Monkeypox ile ilişkili arama motoru sorgularının değerlendirilmesi amacıyla, COVID-19 ve 2022-Monkeypox salgınlarının uluslararası endişe verici halk sağlığı acil durumu ilanından önceki ve sonraki bir aylık sürecin Google arama sorguları Grafik-3’de gösterilmiştir. Grafikte COVID-19 salgını için 30.12.2019–29.02.2020 tarihleri arasında Dünya genelinde yapılan sorgu kayıtları ele alınırken, 2022 yılındaki Monkeypox salgını için 23.06.2022–23.08.2022 tarihleri arasındaki Dünya genelinde yapılan sorgu kayıtları incelenmiştir. Grafik-3’te görüldüğü üzere COVID-19 salgını PHEIC ilan edilen tarihten 1 gün sonra zaman içinde gösterilen ilgi düzeyi %60’a ulaşmış ve 29 gün sonra en yüksek pikini (%100) yapmıştır. Monkeypox salgınında ise PHEIC ilan edildikten 1 gün sonra zaman içinde gösterilen ilgi düzeyi %80’e ulaşmış ve 12 gün sonra en yüksek pikini (%100) yapmıştır.

Grafik-3: COVID-19 ve Monkeypox Salgınlarının PHEIC İlan Edildiği Tarihlerde Dünya Genelindeki Google Arama Motoru Trendlerinin Karşılaştırılması



“Monkeypox” teriminin Google Trends grafiğinde izlenen pikin başlangıç noktası 22 Temmuz 2022 tarihidir ve aranma oranı %13 olarak bildirilmiştir. Monkeypox salgınının PHEIC ilan edildiği 23 Temmuz 2022 tarihinde aranma oranı %67’e ve bir sonraki gün %80’e yükselmiştir. Daha sonra bu grafik inişli çıkışlı bir eğri çizmeye devam etse de genel itibari ile yükselmeye devam etmiş ve 4-5 Ağustos tarihlerinde en yüksek aranma oranlarına ulaşmıştır (%100). Resim-1’de Monkeypox salgınının günlük vaka sayılarına bakıldığında 24 Temmuz 2020 tarihinden sonra vaka sayılarında da büyük bir yükseliş yaşandığı görülmektedir.

Resim-1: Monkeypox Günlük Vaka Sayısı, Dünya Geneli, 23.06.2022–23.08.2022.



Tablo-1’de Google Trends’te, Dünya genelinde, 30.12.2019–29.02.2020 tarihleri arasında “COVID-19” ve 23.06.2022–23.08.2022 tarihleri arasında “Monkeypox” anahtar kelimeleri ile birlikte en çok aratılan ilgili konular listelenmiştir. Tablo-1’de büyük çıkış olarak işaretlenen terimler, sorgulanma oranlarında %5000’den fazla artış görüldüğü anlamına gelmektedir.

Tablo-1: COVID-19 ve Monkeypox Salgınlarının PHEIC İlan Edildiği Tarihlerde Dünya Genelindeki Google Arama Motoru Trendlerindeki En Çok Araştırılan İlgili Konuların Karşılaştırılması

COVID-19	MONKEYPOX
Çin*	Olağanüstü Hal*
İtalya*	Acil Durum
Covid-19 Pandemisi*	Public Health Emergency
China Virüs*	Çocuk Felci
Ölüm Oranı*	San Francisco
Contagium*	Kaşıntı
2020 Coronavirus Pandemic İn Singapore*	Halk Sağlığı
Vuhan	Hayvan Isırığı
Çince	Aşı
SARS	Deri Döküntüsü
Bulgu	Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi (CDC)
DSÖ	Bulgu

*:Büyük Çıkış

Sonuç Ve Öneriler

Çalışmamızda COVID-19 ve Monkeypox ile ilişkili Google arama motoru sorgularının değerlendirilmesi amacıyla, COVID-19 ve 2022-Monkeypox salgınlarının uluslararası endişe verici halk sağlığı acil durumu ilanlarından önceki 1 ay ve sonraki bir aylık zaman periyodundaki (COVID-19:30.12.2019–29.02.2020 tarihleri ve Monkeypox 23.06.2022–23.08.2022 tarihleri) Google Trends grafikleri incelenmiştir (3, 4). “COVID-19” teriminin PHEIC ilan edildiği tarihten bir gün sonra aranma sıklığı %60’a ulaşırken, “Monkeypox” terimi PHEIC ilan edildiği aynı gün aranma sıklığı %67 ve bir gün sonrasında da %80’e ulaşmıştır. Aynı zamanda bu 2 aylık süreç içinde en yüksek aratılma oranı (%100) COVID-19 için PHEIC ilanından 29 gün sonra gerçekleşirken, Monkeypox’da 12 gün sonra gerçekleşmiştir. “COVID-19” ve “Monkeypox” için oluşturulan Google Trends grafikleri daha yakından incelendiğinde “Monkeypox” için PHEIC ilanından hemen sonraki süreçte yüksek bir trend izlenirken, “COVID-19” için PHEIC ilanından sonraki yaklaşık bir aylık süreçte düşüş izlenmektedir.

Bu veriler ışığında “Monkeypox” salgınında insanların daha hızlı tepki verdiği gözlenmektedir. Bu durumun temelinde tecrübe ve korkunun yer aldığı düşünülebilir. Yakın zamanda yaşanan pandeminin tüm insanlığa getirdiği tecrübe ve bu tecrübeden kaynaklanan korku, Monkeypox salgınında insanların daha hızlı ve daha hassas bir yaklaşım göstermelerini sağlamış olabilir. Monkeypox salgınında insanlar bilgiye daha hızlı ulaşmak istedikleri için çevrimiçi ortamlarda bu konu ile ilgili daha fazla sorgulama yapmış olabilirler. Aynı zamanda çevrimiçi arama motorlarının salgın durumlarında kullanımının yaygınlaşmış olması da bu durumu etkileyen bir diğer aktör olarak düşünülebilir.

DSÖ Genel Direktörü, Monkeypox salgınını PHEIC ilan ederken küresel koordinasyonu, iş birliğini ve dayanışmayı arttırmak amacıyla hareket ettiğini söylemiştir (5). Ayrıca Uluslararası Sağlık Tüzüğü Acil Durum Komitesi, 21.07.2022 tarihli toplantısında; PHEIC ilan edilmesi durumunda Monkeypox salgını ile ilgili yüksek düzeyde bir farkındalık sağlanacağı, böylece virüsün yayılımında da azalmanın beklenebileceğini belirtmiştir (6). Gerçekten de “Monkeypox” teriminin PHEIC ilanından önce Google Trends üzerindeki aranma sıklığı %13 iken, PHEIC ilanı ile birlikte ani bir yükseliş göstererek %80’e ulaşmış ve 12 gün sonrasında en yüksek trendi yakalamıştır (%100). Grafikteki yükselişe yol açan etmenlerden biri de bu süre zarfında Monkeypox’un günlük vaka sayılarının artması olabilir. COVID-19 salgınında PHEIC ilanından sonra ise Google Trend’deki arama sıklığında artış görülmemiş hatta düşüş izlenmiştir. Bu durum insanların salgın hastalığı tanıma ve salgından korunma ile ilgili isteklerini yansıtıyor olabilir. Hastalık ile ilgili bilgilere çevrimiçi kaynaklardan ulaşma yönündeki davranışın artmış olması, toplumların salgın durumlarında daha bilinçli hareket etme isteğinin ve salgına karşı duyulan korkunun eskiye nazaran daha yüksek olduğunu gösteriyor olabilir. 2022-Monkeypox salgınında, DSÖ’nün uyguladığı bu stratejiler göz önünde bulundurularak olası bir salgın durumunda, insanların daha erken ve daha doğru bir şekilde bilgi kaynaklarına ulaşması sağlanabileceği de söylenebilir.

“COVID-19” ve “Monkeypox” anahtar kelimelerinin arama motorunda sorgulandıkları zaman dilimlerinde, en çok aratılan ilgili konulara bakıldığında, 2022-Monkeypox salgın döneminde,

COVID-19 salgın dönemine kıyasla daha bilimsel ve semptomlara yönelik konuların aratıldığı gözlenmektedir. Aynı zamanda infodeminin de önüne geçebilecek şekilde arama motorlarının kullanıldığı söylenebilir. Yakın zamanda yaşanan pandemi ile beraber gelişen infodemi salgınının verdiği tecrübeyle, insanların Monkeypox salgınında bilgi kirliliğinden kaçınmak amacıyla aramalarını “Kaşıntı”, “Deri Döküntüsü”, “Halk Sağlığı”, “Hayvan Isırığı”, “Aşı” ve “CDC” gibi bulaş yolu, semptom ve hastalıktan korunma ile ilgili daha amaca yönelik sorgulamalar gerçekleştirdikleri görülmektedir (7).

Çalışmamızda COVID-19 ve 2022-Monkeypox salgınlarının uluslararası öneme sahip halk sağlığı acil durumu (PHEIC) ilan edildikleri tarihlerin önceki ve sonraki bir aylık süreçte Dünya genelinde Google arama motorunda “Monkeypox” teriminin “COVID-19” terimine kıyasla daha kısa sürede daha fazla ilgi düzeyine ulaştığı gözlenmiştir. 2022-Monkeypox salgınından önce yaşanan COVID-19 pandemisinin insanlarda daha hızlı ve daha doğru bilgi edinme ihtiyacı doğurduğu görülmüştür. Bu anahtar kelimelerle aynı zaman diliminde arama motorunda en çok sorgulatılan ilgili konulara bakıldığında insanların halk sağlığı bakış açısına daha uygun ve infodemi riskinin daha düşük olduğu sorgulamalar yaptıkları görülmüştür. Sağlık ile ilgili konuların çevrimiçi arama motorlarında ve sosyal medya platformlarında etkileşim düzeyleri ve içerikleri ile ilgili yapılacak çalışmalar; sağlık iletişimi, infodemi, sosyoloji, halk sağlığı ve sağlık yönetimi gibi alanlarda günümüz koşullarına adapte olmaya ve toplumun ihtiyaçlarının tespit edilmesine katkı sağlayacaktır. Literatürde bu alanda çalışma sayısının azlığı ise oldukça dikkat çekicidir. Bu alanda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Esen MF. COVID-19 salgınıyla ilişkili semptomların Türkiye’den gerçekleştirilen internet arama motoru sorgularının incelenmesi. Journal of Medicine and Palliative Care.2(1):7-14.
2. Li C, Chen LJ, Chen X, Zhang M, Pang CP, Chen H. Retrospective analysis of the possibility of predicting the COVID-19 outbreak from Internet searches and social media data, China, 2020. Eurosurveillance. 2020;25(10):2000199.
3. World Health Organization. WHO Director-General declares the ongoing monkeypox outbreak a Public Health Emergency of International Concern 2022 [updated 23.07.2022. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/23-07-2022-who-director-general-declares-the-ongoing-monkeypox-outbreak-a-public-health-event-of-international-concern>.
4. World Health Organization. Timeline: WHO’s COVID-19 response 2022. Updated 28.03.2022. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>
5. World Health Organization. Monkeypox 2022. Updated 31.08.2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/monkeypox>
6. World Health Organization. Second meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR) Emergency Committee regarding the multi-country outbreak of monkeypox 2022. Updated 23.07.2022. Available from: [https://www.who.int/news/item/23-07-2022-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-\(ihr\)-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox](https://www.who.int/news/item/23-07-2022-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr)-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox)
7. Zarocostas J. How to fight an infodemic. The lancet. 2020;395(10225):676.

EBELER İÇİN ONLINE EV ZİYARETİ: EBE EVİMDE UYGULAMASININ ANNELERİN ÖZ YETERLİLİK VE ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ

Merve Ayşe Bozkurt¹, Büşra Cesur¹

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sivas, Türkiye

mervebozkurt@cumhuriyet.edu.tr

Ebelik hizmetlerinde bireylerin sağlık kurumu dışında da izlem, bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri alabilecekleri, sürekli iletişim ve etkileşimi destekleyen uygulamalar önem kazanmıştır. Bu çalışma, araştırmacılar tarafından doğum sonu dönemde kullanılmak üzere tasarlanan Ebe Evimde adlı mobil ve web tabanlı bir yazılım sisteminin annelerin öz yeterlik ve anksiyete düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Randomize kontrollü bu araştırmanın örneklemini müdahale ve kontrol gruplarına rastgele ve eşit olarak atanan 120 anne oluşturmıştır. Veriler, “Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikler Bilgi Formu”, “Anne Öz Yeterlik Formu” ve “Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği” kullanılarak Ekim 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Ebe Evimde uygulaması, ebeler ile doğum yapmış anneler arasında karşılıklı etkileşimi sağlayan bir yazılım sistemi olarak tasarlanmıştır. Müdahale grubundaki anne ve ailesine Ebe Evimde uygulaması ile 2-5. gün de birinci, 13-17. günde ikinci ve 30-42. günde üçüncü online ev ziyareti sağlanmıştır. Bireyler ihtiyaç duydukları anda sık sorulan sorular başlığı altından istedikleri konuda başlık aratabilmekte ve okuma yapabilmektedir. Ayrıca 7/24 destek iste butonundan araştırmacıya ulaşabilmişlerdir. Bireyler doğum sonrası 42 gün boyunca bu uygulamayı kullanmışlardır. Kontrol grubundaki annelere herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Veriler, bağımlı ve bağımsız gruplarda tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, min-maks değerler) ve İki Yönlü ANOVA Varyans Analizi, ki-kare analizi ve korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Müdahale ve kontrol grubundaki annelerin Ebe Evimde Uygulamasını kullanımı öncesinde benzer öz yeterlik ve Postpartum anksiyete düzeylerine sahip oldukları bulundu. Ancak, uygulamanın kullanımından sonra, müdahale grubundaki annelerin kontrol grubuna göre öz yeterlik puan ortalamaları anlamlı olarak artarken, Postpartum Anksiyete düzeyleri anlamlı olarak azaldı ($p<0,001$, $p<0.05$)

Ebe Evimde Uygulamasının annelerin öz yeterlik ve Postpartum anksiyete düzeylerini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.

ECZACILIK İLETİŞİMİNDE YENİ DÖNEM: ECZACILIK 4.0 VE TELEFARMASI KAVRAMLARININ İNCELENMESİ

Beşir Sefa Mumay¹, Ömrüm Ergüven¹

¹İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Farmasötik Teknoloji Doktora Programı, İstanbul, Türkiye

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5097-8395>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1191-0830>

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemişlerdir.

Yazar Katkıları

Motivasyon / Konsept: Mumay BS, Ergüven Ö

Çalışma Tasarımı: Mumay BS, Ergüven Ö

Kontrol / Gözetim: Mumay BS, Ergüven Ö

Veri Toplanması ve/veya İşlemesi: Mumay BS, Ergüven Ö

Analiz ve/veya Yorum: Mumay BS, Ergüven Ö

Literatür İncelemesi: Mumay BS, Ergüven Ö

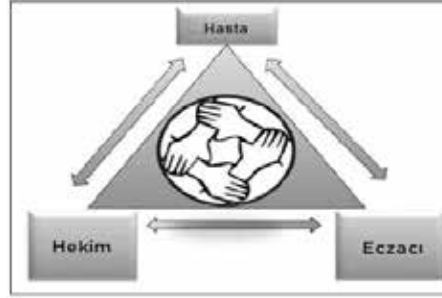
Makalenin Yazılması: Mumay BS, Ergüven Ö

Eleştirel İnceleme: Mumay BS, Ergüven Ö

Teknolojik gelişmeler ve değişimler her meslek grubu için yeni tanımlamalar getirmiştir. Sanayi devrimleri arasından sonuncusu olan Endüstri 4.0 kavramı, her mesleğe kendi reformlarını yapması için zemin hazırlamıştır. Bu değişimin, eczacılık mesleğindeki karşılığı eczacılık 4.0 olarak bilinmektedir (Mumay ve Ergüven, 2021). Eczacılık, multidisipliner bir meslektir. İlk defa 1960'ta tıp fakültelerinden koparak bağımsız bir meslek olarak tanımlanan eczacılık mesleği, o günden bugüne her dönem değişime açık olmuştur (Baytop, 2007). Günümüzde, teknolojiyle birlikte artan değişim zorunluluğu da düşünülünce, hiçbir eczacılık hizmeti teknolojiden bağımsız hareket edememektedir. Eczacılık mesleği özelinde yapılan ilaç danışmanlığı, reçete danışmanlığı, ilaç mühendisliği, bakım hizmeti gibi kavramların da çağımıza ayak uydurması beklenmektedir. Telefarmasi kavramı, tam da bu noktada, eczacılık 4.0 döneminde eczacı danışmanlığını güçlendirecek bir yaklaşımdır. Birçok dünya ülkesinde örneği olmakla birlikte, ülkemiz için yeni bir kavramdır. Bu çalışmanın amacı; güncel veriler ve literatür ışığında, eczacılık 4.0 döneminin bir getirisi olan telefarmasi kavramını inceleyebilmek ve tartışabilmektir.

Geçmişten günümüze eczacının görev ve sorumlulukları

Eczacı, 5 yıl devam eden özelleştirilmiş bir eğitim programını üniversitelerce kabul edilen başarı kriterlerine uygun olarak tamamlamış, ilacı hazırlama ve sunma sanatını bilen, ilaç kullanımına yönelik hastayı eğitebilen kişidir (Toklu, 2015). Genellikle hastaların ilacı kullanmadan önce son uğradıkları yer eczanelerdir ve bu sebeple ilacı kullanmadan önce görüştükleri son kişi de eczacılardır. Şekil 1'de hasta, hekim ve eczacı üçgeni verilerek eczacının ilaç kullanımındaki kritik görevi anlatılmıştır. Bu görevin getirisi olarak, eczacılık mesleği mensubu olan kişilerin, hem ilaca hem hastaya hem de topluma karşı çeşitli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu görev ve sorumluluklar Tablo 1'de detaylandırılmıştır (Mumay, 2021; Toklu, 2015; DSÖ, 1987; FIP, 1996; T.C. Resmi Gazete, 2012).



Şekil 1. Hasta, Hekim ve Eczacı Üçgeni

Tablo 1. Eczacının Görev ve Sorumlulukları

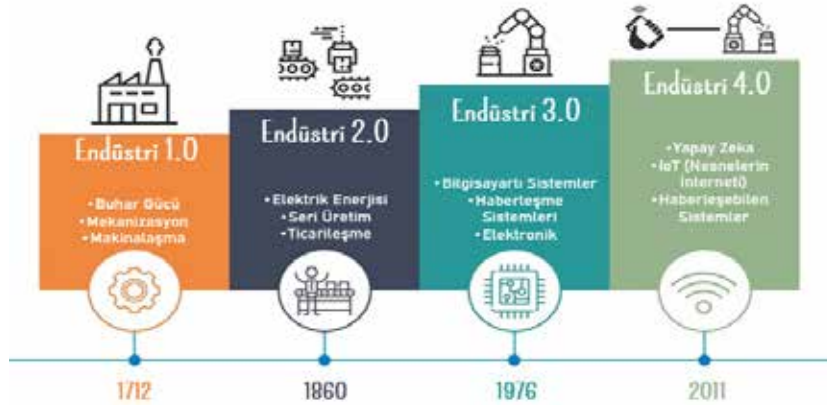
Başlık	Açıklama
İlaç Tedariği	İlaç tedarik zincirinin iyi takip edilmesi ve eczanede bulunması zorunlu olan ilaçların stokta bulundurulması gerekmektedir.
İlaç Analizi	İlaçlarla ilgili içerik ve formülasyon problemlerinde eczacı tarafından analiz raporları hazırlanabilir.
Farmakovijilans Bildirimleri	Eczacı, hasta takibini yaparken Türkiye Farmakovijilans Merkezi'ne bildirilmesi gereken durumlar olduğu zaman raporlayarak bildirmekle yükümlüdür.
İlaç Dağıtımı	İlaçların uygun şartlarda temini, saklanması ve sunulması gereklidir.
İlaç Önerme	Hastanın ihtiyacına ve sağlık durumuna uygun olarak gerektiği veya istendiği takdirde ilaç önerisinde bulunulabilir.
Hasta Takibi	Kronik hastalığı bulunan hastaların uzun süreli ilaç kullanımlarında hem hastanın hem de ilaç kullanımının takibinin yapılması gerekmektedir.
Hekimle İşbirliği	Reçeteyle veya hastayla ilgili sorunların çözümü için iletişim kurulması önemlidir.
Hasta Uyuncu	Hastanın ilaçları almadan önce son muhatap olduğu sağlık uzmanı genellikle eczacı olduğundan hastanın hastalığının niteliğini anlaması, ilaçlarının ne için verildiğini, ne şekilde kullanılması gerektiğini anlaması tedaviye uyuncunu artıran en önemli faktördür.
Hasta Eğitimi	Eczacılar, sağlık danışmanlığı yapabilmelidir. Sağlıkla ilgili konularda hastaların güvenini kazanmalı ve belirli aralıklarla hastaları bilgilendirmesi gerekmektedir.
İlaç Kullanma Alışkanlıklarının Raporlanması	İlaç kullanımı ve ilaç kullanım alışkanlıkları ile ilgili verilerin istatistiksel olarak incelenmesi ve değerlendirilmesi eczacının sorumluluğundadır. Düzenli kayıtlar tutularak saklanması, ilgili makamlarca istenildiğinde sunulması halk sağlığı açısından önemlidir.
Personel Eğitimi	Eczanede bulunan yardımcı eczacı, ikinci eczacı, eczane çalışanları veya eczacılık fakültesi stajyerlerinin görev dağılımlarını gerçekleştirmeli, çalışmalarını denetlemeli ve koordinasyonu sağlamalıdır.

Geçmişten günümüze eczacılık hizmetlerine baktığımızda, eczacının görev ve sorumlulukları temelde benzer kalmıştır. Ancak son dönemde, “Empowering Patient” kavramı global ölçekte önem kazanmıştır. Türkçe’ye “Güçlendirilmiş Hasta Profili” olarak çevirmek mümkündür. Bu kavram kapsamında, hastaların

gün geçtikçe sağlık hizmeti konusunda bilgi sahibi olmaları ve özellikle eczacıların bu konuda hastalara sadece tedavi sürecinde değil, diğer vakitlerde de bakım hizmeti vermesi tartışılmaktadır (Calvillo ve ark., 2013). Bu kavram, eczacıların danışmanlık hizmeti ve sağlığın sürdürülebilirliği konusunda eczacılık mesleğine yeni sorumluluklar yüklemiştir. Alışılmış, standart bir sağlık hizmeti 4 basamaktan oluşur: önleme, teşhis, tedavi, izleme. Bu basamaklardan teşhis dışındaki tüm basamaklarda eczacıların görev alması beklenir. Güçlendirilmiş hasta profilinde, bunlara ek olarak bir basamak daha bekleniyor: Bakım. Günümüzde ve gelecek öngörüsünde, eczacılar, sağlıklı halin sürekli olarak korunmasında düzenli olarak Farmasötik bakım hizmeti sunmak için çalışmalıdırlar.

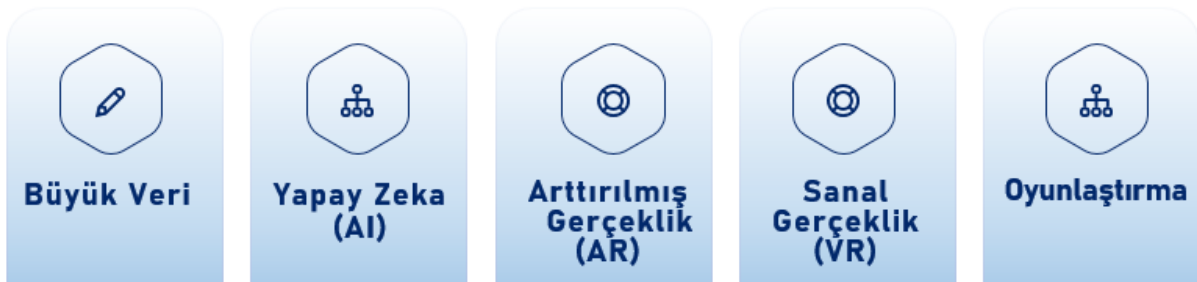
Eczacılık 4.0 dönemi

Tarih boyunca sanayi devrimleri, her dönem için yenilikçi ve inovatif olmuştur. Şekil 2’de sanayi devrimleri ve odaklandığı konular, yıllarıyla birlikte verilmiştir. Her dönemin getirisi, şartları farklı olsa da sanayi devrimleri ile birlikte endüstride gelişmeler hız kazanmıştır (Kılıç ve Alkan, 2018).



Şekil 2. Endüstri Devrimleri, Odak Konuları ve Yılları

Sanayi devrimlerinin en yenisi olan, Endüstri 4.0, yıkıcı teknolojilerin endüstriye uygulanması şeklinde yorumlanabilmektedir (Ergüven ve Ökten, 2022). Yıkıcı teknolojiler Şekil 3’te verilmiştir. Endüstri 4.0 her sektör için ayrı ayrı özelleşmiştir. Eczacılık mesleği özelinde yer alan devrime Eczacılık 4.0 adı verilmektedir. Yıkıcı teknolojiler, eczacılığın birçok alanında kullanılsa da akılcı ilaç kullanımı, eczane hizmetleri, hasta danışmanlığı, hasta bakımı, telefarmasi gibi birkaç özel alt alanda etkisi oldukça güçlüdür (Rio-Bermudez ve ark., 2020; Nelson ve ark., 2020).



Şekil 3. Yıkıcı Teknolojiler

Eczacılık 4.0 dönemiyle birlikte hayatımıza yeni teknolojiler ve yeni kullanım alanları girmiştir. Bu alanlardan telefarmasi ayrı bir başlık olarak anlatılacaktır. Telefarmasi dışında Eczacılık 4.0 dönemine örnek olabilecek bazı alanlardan kısaca bahsedilmiştir:

1. Akılcı ilaç kullanımında yıkıcı teknolojiler

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre akılcı ilaç kullanımı (AİK), hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun, kişisel ihtiyaçlarını karşılayacak dozlarda, yeterli zamanda ve en düşük düzeyde ilaç almalarını sağlayan bir dizi kuraldır (DSÖ, 2006). Bu kuralların algoritmalara bağlanmasıyla Eczacılık 4.0 dönemine uygun uygulamalar geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) merkezli Aicure, örnek olarak gösterilebilir (Labovitz ve ark., 2017).

2. İlaç etkileşimlerini tespit etmede yıkıcı teknolojiler

İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimleri büyük oranda risk taşır ve bazı durumlarda ölümcül olabilir. Bir çalışmada, hastanede yatan hastaların %6,7'sinde ilaç-ilaç etkileşimine bağlı ölüm tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, yalnızca ABD'de ilaç etkileşimlerine bağlı ölümlerin maliyetinin yıllık 136 milyar dolar olduğundan bahsedilmiştir (Hardalaç ve Kutbay, 2014). Yıkıcı teknolojiler, bahsedilen konuda aşağıda belirtilen katkıları sağlayabilir:

- İlaçların geçimliliğinin tespiti,
- Etkin madde etkileşimlerinin kontrolü,
- İlaç-besin etkileşim kontrolü,
- Yan etkiler ve hastalık belirtilerinin kontrolü (Atav, 2020).

SuppX, Türkiye'de kurulan Pharmaino'nun prototip aşamasında olan bir projesidir. SuppX, kişilerin kullandığı ilaçları ve sahip oldukları hastalıkları YZ ile analiz edip önerilerde bulunacak eczane içi sistemdir. SuppX'in amacı, besin takviyelerinin ve dermokozmetiklerin akılcı kullanımını sağlamaktır (Pharmaino, 2020).

3. Tedavi, ilaç ve aşı geliştirme çalışmalarında yıkıcı teknolojiler

Klasik yöntemler kullanılarak yeni bir ilaç geliştirilmesi 12-14 yıl kadar uzun sürebilir ve 2,6 milyar dolara kadar mal olabilir. Yapay zekâ (YZ) bu alanda büyük avantajlar sağlamaktadır. İlaç geliştirme için gereken süreyi kısaltması ve dolayısıyla ilaç geliştirmeye ilişkin maliyetleri azaltması bu alanda yıkıcı teknolojilerin faydasını kanıtlamaktadır. İlaç ve aşı geliştirilmesi ihtiyacı, tüm dönemlerde var olacak sürekli bir ihtiyaçtır. YZ'nin böyle bir konuda sağladığı avantajlar umut vericidir (Oxford Insights, 2019).

4. Eczane eczanesinde kullanılan yıkıcı teknolojiler

Eczaneye gelen bir hastanın, genel sağlık durumunun eş zamanlı değerlendirilmesi oldukça güçtür. Yıkıcı teknolojilerin içerdiği algoritmaları, hastalıkları ve o hastalık için en uygun ilacı doğru

bir şekilde tahmin etmek için kullanılabilir. Eczacı, bilinen ilacı vermek yerine YZ algoritmaları yardımıyla hastaya etkili ilacı sağlayabilir. Ayrıca stok yönetimi için kullanılan çeşitli uygulamalar mevcuttur (Donepudi, 2018).

Telefarmasi Kavramı

Eczacılık 4.0 döneminde yavaş yavaş duymaya başladığımız, inovatif ve güncel yaklaşımlar arasından çarpıcı sayılabilecek olan yeniliklerden birisi telefarmasi kavramıdır. 2002’de ABD’nin Kuzey Dakota eyaletinde “Telefarmasi Projesi” olarak ortaya çıkan bu kavram, kişiselleştirilmiş ve güçlendirilmiş hasta profilinin ihtiyacı olan sürekli bakım hizmeti ve standart eczane hizmetlerine sürekli olarak kaliteli erişim imkânı sunabilmeyi hedeflemektedir. Telefarmasi, hastaların eczacı ile doğrudan temas kuramayacakları yerlerde hastalara telekomünikasyon yoluyla farmasötik bakımın sağlanmasıdır. Telefarmasi hizmetleri arasında ilaç tedavisi izleme, hasta danışmanlığı ve telekonferans veya video konferans yardımı ile hasta uyuncunun izlenmesi yer alır (Kavak, 2021).

Dünya genelinde yaygın bir şekilde kullanılan telefarmasi uygulamalarının, hasta uyuncu ve tedavi takibi açısından oldukça faydalı olduğuna inanılmaktadır. 2017’de ABD’de hastane işlemleri sonrası, hastanın tedaviye uyuncuna yönelik yapılan çalışmada, farmasötik bakım hizmeti verebilen eczacı liderliğindeki telefarmasi programı, hastaların %70’inden fazlasında tedavi ve izleme süreciyle ilgili hataların tespitini ve akut bakım ihtiyaçlarının azalmasını sağlamıştır (Rebello ve ark., 2017).

Pandemi gibi uzaktan sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi gerektiği dönemlerde, eczacılara ulaşmanın verdiği bazı sorunlar raporlanmıştır (Mumay ve Mutlu, 2021). Hasta bakımı ve hastalık bakımı konularında farmasötik bakım hizmeti verebilen eczacılara olan ihtiyacın sürekliliği düşünüldüğünde, telefarmasinin gerekliliği kaçınılmazdır.

Dünya genelinde telefarmasi örnekleri

Telefarmasi uygulamaları, günümüzde Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Avusturya, Finlandiya, İspanya, Hindistan, Mısır, Fransa, İskoçya, Slovenya ve Almanya gibi çok çeşitli ve büyük ülkelere yayılmıştır. Ülkemizde bu kavram henüz çok yeni olsa da, yaygınlaştırılması için çeşitli çalışmalar yürütülmektedir. Tablo 2’de, dünya genelinde telefarmasi uygulamaları arasından seçilen örnekler detaylandırılmıştır (Oppel, 2010; van Dat ve ark., 2022; Baldoni ve ark., 2019; Poudel ve Nissen, 2016):

Tablo 2. Dünya Geneline Telefarmasi Örneklerinin İncelenmesi

Uygulama Adı	Menşei	Açıklama/Spesifikasyon
Alto	ABD	Pandemi öncesinde 13 milyar dolarlık değerleme ile 250 milyon dolarlık yatırım alan Alto firması, bu alanda ilklerden olma özelliği taşıyor.
1mg	Hindistan	Çevrimiçi reçete karşılama ve reçete oluşturma özelliğini en çok kullanan firma olan 1mg, telefarmasi ve teletıp hizmeti sunuyor.
Capsule	ABD	Capsule firması, rakiplerinden farklı olarak ilaç teslimatını bisiklet ile yaparak çevreci bir tutum sergiliyor.
TelepharmRx	ABD	20'ye yakın ülkeye yayılmış bir telefarmasi hizmetidir.
VideoApteecki	Finlandiya	Eczacılarla uzaktan görüşme imkânı sağlayan telefarmasi firmasıdır.
SuperDrug	İngiltere	Özellikle dermokozmetik gibi ilaç dışı ürünlerde eczacı danışmanlığını ön plana çıkaran telefarmasi firmasıdır.
Practo	Hindistan	Teletıp firması olarak kurulduktan sonra gelen talepler üzerine telefarmasi alanına da yönelen firmadır.
Ro	ABD	Özellikle cinsel sağlık ürünleri üzerine danışmanlık ve ürün desteği sağlanıyor.
LloydsPharmacy	İngiltere	İngiltere merkezli telefarmasi firmasıdır.
CVS	ABD	Amerika'daki en büyük zincir eczane ağı olan CVS, 2021 yılında bazı şubelerini kapatarak telefarmasi yatırımlarını arttırdı.
PCA Services	Kanada	Kiosk sistemi benzeri, hastaların eczacılarla ve doktorlar ile uzaktan iletişim kurarak ilacı alabilecekleri bir uzaktan sağlık hizmeti sağlayıcıdır. Şekil 4'te gösterilmiştir.
ASOP Pharma	Çin	Dünya genelinde 3 farklı kıtada 10'a yakın ülkede hizmet veren e-eczane ve telefarmasi firmasıdır.



Şekil 4. PCA Services, Kanada

Sonuç olarak telefarmasinin benimsenmesi, farmasötik bakım hizmeti ile ilgili sorunlar için etkili çözümler sunabilir ve çeşitli sebeplerden dolayı yetersiz hizmet alan bölgelerde uygun bir farmasötik bakım hizmetinin sağlanmasına katkıda bulunabilir. Özellikle pandemi dönemi sonrası telefarmasinin, eczacılık sektöründe farmasötik bakıma katkı sunarak fark yaratma olasılığı oldukça yüksektir. Sağlık kuruluşları hazır olsun ya da olmasın, telefarmasi ve teletıp başta olmak üzere tele sağlık hizmetlerinin değişime öncülük ettiği sanal ve sürekli bakım çağı geldi. Peki, biz bu çağa hazır mıyız?

Daha önceleri eczanelerde yeterli imkânlarla ulaşamayan hasta ve eczacılar için kolaylık sağlaması en önemli yararı olarak gözüktü de, telefarmasinin günümüzde çağın dijital gerekliliklerine uyum sağlayarak eczacılık mesleğinin farmasötik bakım hizmeti ve danışmanlık alanlarında fark yarattığı ve yaratacağı aşikârdır. Bu yönleriyle telefarmasi hizmetlerinin ülkemiz ve dünya genelinde eczaneler ile birleştirilmesinin yaygın hale gelmesi eczanelerin tasarımlarında da devrimlere yol açıp bu devrimler dolayısıyla eczane içi yeni istihdam alanlarına da katkı sağlayabilir. Bununla birlikte, telefarmasi yöntemine benzerlik gösteren yazışmalı canlı sohbet ile eczacı-hasta iletişiminin kurulması da yeni nesil eczane anlayışına hizmet etmeye başlamıştır. Bu da hastaların her an eczacı ile iletişimde kalabilmesi açısından oldukça faydalı bir uygulama olarak göze çarpıyor.

Kaynakça

1. Atav A. 2020. İlaçların diğer ilaçlar ile etkileşimlerinin uzman sistem ile belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul (Türkiye)]: Maltepe Üniversitesi, 2020.
2. Baldoni S, Amenta F, Ricci G. 2019. Telepharmacy Services: Present Status and Future Perspectives: A Review. *Medicina*. 2019; 55(7):327. DOI: 10.3390/medicina55070327
3. Baytop A. 2007. Prof. Kâmil Karamanoğlu'nun (1920-1976) Botanik Gezileri ve Bitki Koleksiyonu. *Osmanlı Bilimi Araştırmaları*, 8(2):83-89.
4. Calvillo J, Román I, Roa LM. 2015. How technology is empowering patients? A literature review. *Health Expect*, 2013;18(5):643-652. DOI: 10.1111/hex.12089
5. Donepudi PK. 2018. AI and Machine Learning in Retail Pharmacy: Systematic Review of Related Literature. *ABC Journal of Advanced Research*. 2018 Nov;7(2):109-112. DOI: 10.18034/abcjar.v7i2.514
6. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1987, "Role of dispensers in Promoting Rational Drug Use in Promoting Rational Drug Use: WHO Action Programme on Essential Drugs and International Network for the Rational Use of Drugs, Eğitim Programı, Nairobi.
7. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). 2006. New tool to enhance role of pharmacists in health care [internet]. Switzerland, WHO; 2006 Nov [30.08.2022'de erişildi]. Erişim: <https://www.who.int/mediacentre/news/new/2006/nw05/en/#:~:text=The%20role%20of%20the%20pharmacist,of%20researcher%20has%20been%20added>
8. Ergüven Ö, Ökten S. 2022. Yapay Zeka'nın Mikrobiyolojide Kullanımı. *Journal of Artificial Intelligence in Health Sciences*. 2022 Aug, 2(2):1-12. DOI: 10.52309/jaihs.v2i2.41
9. FIP, 1996. "The professional role of the pharmacist". *Fédération Internationale Pharmaceutique*. Mesleki Standartlar Raporu, Hollanda.
10. Hardalaç F, Kutbay U. 2014. İlaç İlaç Etkileşimlerinin Jordan Elman Ağları Kullanılarak Sınıflandırılması. *Journal of the Faculty of Engineering and Architecture of Gazi University*, 2014 Mar;29(1):149-154. DOI: 10.17341/gummfd.87747

11. Kavak S. 2021. Eczacılıkta Yeni Trend: Telefarmasi. [internet]. Turkey, Pharmaino, 2021. [30.08.2022'de erişildi]. Erişim: <https://pharmaino.com/eczacilikta-yeni-trend-telefarmasi/>
12. Kılıç S, Alkan RM. 2018. Dördüncü sanayi devrimi Endüstri 4.0: Dünya ve Türkiye değerlendirmeleri. Girişimcilik İnovasyon ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi, 2(3):29-49. DOI: 10.31006/gipad.417536
13. Labovitz DL, Shafner L, Reyes Gil M, Virmani D, Hanina A. 2017. Using Artificial Intelligence to Reduce the Risk of Nonadherence in Patients on Anticoagulation Therapy. Stroke. 2017 Apr;48(5):1416-1419. DOI: 10.1161/STROKEAHA.116.016281
14. Mumay BS. 2021. Adli Bilimler, Adli Eczacılık ve İlgili Alanlarda Kullanılan Yapay Zekâ Uygulamalarının İncelenmesi. Turkish Journal of Forensic Sciences. 2021 June, 20(1):49-55.
15. Mumay BS, Ergüven O. 2021. Artificial Intelligence Applications Used in Pharmacy and Pharmacy Related Fields: Pharmacy and Artificial Intelligence. Journal of Artificial Intelligence in Health Sciences, 1(2):34-42. DOI: 10.52309/jai.2021.12
16. Mumay BS, Mutlu C. 2021. Covid-19 Pandemic and Investigation of Artificial Intelligence Applications Used in the Pandemic. Journal of Artificial Intelligence in Health Sciences. 2021 April, 1(1):16-23. DOI: 10.52309/jai.2021.4
17. Nelson SD, Walsh CG, Olsen CA, McLaughlin AJ, LeGrand JR, Schutz N, Lasko TA. 2020. Demystifying artificial intelligence in pharmacy. American Journal of Health-System Pharmacy. 2020 July;77(19):1556-1570. DOI: 10.1093/ajhp/zxaa218
18. Oppel L. 2010. Drug-dispensing machines. BC Medical Journal, 2010, 52(1):37.
19. Oxford Insights. 2019. Government Artificial Intelligence Readiness Index [internet], England, Oxford Insights and the International Development Research Centre; 2019 Nov [30.08.2022'de erişildi]. Erişim: <https://www.oxfordinsights.com/ai-readiness2019>
20. Pharmaino. 2020. About Pharmaino [internet]. Turkey, Pharmaino Science; 2020 Nov 30.08.2022'de erişildi]. Erişim: www.pharmaino.com
21. Poudel A, Nissen LM. 2016. Telepharmacy: a pharmacist's perspective on the clinical benefits and challenges. Integr Pharm Res Pract. 2016 Oct 26;5:75-82. DOI: 10.2147/IPRPS101685.
22. Rebello KE, Gosian J, Salow M, Sweeney P, Rudolph JL, Driver JA. 2017. The Rural PILL Program: A postdischarge telepharmacy intervention for rural veterans. J. Rural Health 2017, 33, 332-339. DOI: 10.1111/jrh.12212
23. Rio-Bermudez CD, Medrano IH, Yebes L, Poveda JL. 2020. Towards A Symbiotic Relationship Between Big Data, Artificial Intelligence, and Hospital Pharmacy. J of Pharm Policy and Pract. 2020 Nov;13:75. DOI: 10.1186/s40545-020-00276-6
24. T.C. Resmi Gazete, 2012. 6308 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun ile Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun. T.C. Resmi Gazete, 28309, 31 Mayıs 212.
25. Toklu HZ. 2015. Eczacılık Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics, 2015;3(1):74-83
26. van Dat T, Tu VL, Quan NK, Minh NH, Trung TD, Le TN, Phuc-Vinh D, Trinh DT, Dinh LP, Nguyen-Thi H, and Huy NT. 2022. Telepharmacy: A Systematic Review of Field Application, Benefits, Limitations, and Applicability During the COVID-19 Pandemic. Telemedicine and e-Health. June 2022, ahead of print. DOI: 10.1089/tmj.2021.0575

ECZACILIK İLETİŞİMİNDEKİ DİJİTAL UYGULAMALARIN TIP VE SAĞLIK HİZMETLERİNE YANSIMALARI

İpek Eroğlu¹

¹*İstanbul Medipol Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6980-4192>

ipekeroglu@gmail.com

Bu çalışmanın amacı, yıkıcı teknolojiler ve pandemi kaosu içinde bulunduğumuz dijital çağda eczacılık iletişimindeki dijital uygulamaların tıp ve sağlık hizmetleri ile ilişkisini araştırmaktır. Bu alanda yapılmış çalışmaların derlenmesi ile ülkemizde uygulanabilir yeniliklere katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

Ulusal ve uluslararası veri tabanlarında konu ile ilgili anahtar kelimeler ile literatür taraması yapılmıştır. Bu çalışmada incelenen literatürde, birinci basamak sağlık hizmet sunucusu olarak eczacıların özellikle Kovid-19 pandemisi sırasında dijital teknoloji kullanımını arttırmış oldukları gözlemlenmiştir. Örneğin, eczacılar kağıt reçete yerine, e-reçeteye geçiş yapmışlardır. Yüz yüze yerine dijital ortamda ürün siparişi vermeyi tercih etmişlerdir. Hasta ilaç tüketimini izleme ve hasta bakımının takibinde bir araç olarak telefon ve bilgisayar gibi dijital yardımcı cihazlardan yararlanmışlardır. Pandemi sürecinde toplum eczacılarının ilk temas noktası olarak, fiziksel ve sosyal izolasyon sürecinde toplum sağlığı için kritik bir rol üstlenmelerinde dijital teknolojiler ve dijital iletişimin rolü büyük olmuştur. Araştırmalar, toplum eczacılarının daha çok telefonu bir dijital müdahale aracı olarak kullandığı ve bu sayede aşılama oranlarında, sigarayı bırakma, hipertansiyon yönetimi ve ilaç uyumunu artırmada yüz güldürücü gelişmeler yaşanmasına aracı olduklarını göstermiştir. Bu sonuçlar, dijital ortama uyarlanmış iletişim yöntemleriyle, toplum eczacılarının hastalıktan korunma, tanı ve tedavide stratejik olarak hekimlere yüksek destek verebileceğine işaret etmektedir. Yurt dışında yapılan diğer bir çalışmada ise, ilaç reçetelenme işlemlerinin dijital ortama taşınması ve eczacının kontrolüne de açık olmasının istenmeyen ilaç reaksiyonlarında azalmaya yol açtığını ve hastaların daha güvenli tedavi olanağına kavuştuğunu göstermiştir. Sağlık hizmeti sunan ekipte eczacının varlığı müdahalelerin maliyet-etkililik oranlarını da artırmaktadır. Eczacıların dijital yetkinliklerini geliştirmeleri ile geleceğin eczacısı için Dünya Sağlık Örgütü'nün yedi yıldızlı eczacı tanımına en son eklenmesi öngörülen yıldız, pozitif değişim ajanlığı da pandemi sonrası yeni normal dönem eczacılarının başlıca yetkinliklerdendir. Yeni normal dünya düzeninde, tele-danışmanlığa ek olarak, robotik ilaç dağıtımı, hastaların elektronik sağlık kayıtlarının tutulması, karar verme aşamasında bilgisayar tabanlı destek sistemleri ve yapay teknoloji kullanımı gibi diğer dijital teknolojilerin eczane pratiğine giderek artan oranda entegre olacağı öngörülmektedir.

Eczacıların dijital iletişim kullanımında belirgin bir artış olduğu ve stratejik olarak sağlık sektörüne yön veren ekibin dijital iletişim halinde bulunmasının bu alanda yapılacak farklı çalışmalara katkı sunabileceği ifade edilmiştir. Sonuç olarak, konuya ilişkin kapsamlı saha araştırmalarının yürütülmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dijital, Eczacılık, İletişim, Sağlık, Tıp, İnovasyon.

EFFECTS OF QUERCETIN ON GENTAMICIN-INDUCED EXPERIMENTAL LIVER INJURY IN RATS

Ayşe Firuze Bıyık¹, Esin Yuluğ², Engin Yenilmez²

¹Trabzon Kanuni Training and Research Hospital, Histology and Embryology, Trabzon, Turkey

²Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine, Histology and Embryology, Trabzon, Turkey

aysfrz@gmail.com

In addition to antibacterial activity, antibiotics increase the production of reactive oxygen species, damage the cellular redox state and produce toxic effects in organs. Gentamicin (GEN) is a broad-spectrum aminoglycoside-derived antibiotic, effective against resistant strains, especially used in diseases caused by gram-negative bacteria. Although the most common side effects are nephrotoxicity and ototoxicity, acute liver failure is also frequently observed(1-3). Quercetin (QUE), an essential dietary flavonoid, is a powerful antioxidant. It found in many fruits, vegetables and herbs. In addition to it also has antiviral, antibacterial, anticarcinogenic and anti-inflammatory effects. Studies have also shown that quercetin has protective properties against liver damage(4,5). In this study, it was aimed to investigate whether QUE has protective effects on the changes caused by the use of GEN in liver tissue.

In the study, 24 male Sprague Dawley rats were divided into 4 groups. The control group was given daily intraperitoneal saline. In the GEN group intraperitoneal GEN was administered at a daily dose of 80mg/kg for 7 days. QUE was administered intraperitoneally to the QUE group starting from the first day of the experiment, at a daily dose of 50mg/kg. During the experiment, 50mg/kg of QUE and 80mg/kg of GEN were administered intraperitoneally to the GEN+QUE group. At the end of the experiment, while the rats were under anesthesia, the liver was removed and then the rats were sacrificed by exsanguination. Tissues were blocked by routine tissue follow-up. Hematoxylin&Eosin and periodic acid shiff (PAS) staining were performed from the sections taken from the blocks. In the histopathological evaluation, hepatocyte degeneration, vascular congestion, sinusoidal dilatation, congestion in enlarged sinusoids, fatty degeneration and inflammatory cell infiltration were evaluated semi-quantitatively(6). Kruskal-Wallis variance analysis (the Mann-Whitney U test with Bonferroni correction as post hoc) was used $p < 0.05$ were considered to be statistically significant.

In the histopathological evaluation, liver parenchyma structure and hepatocytes were evaluated as normal in the control group. The QUE group was similar to the control group. Fatty degeneration in hepatocytes, sinusoidal dilatation, congestion in sinusoids, and a decrease in PAS positivity in hepatocytes around the central vein were observed in the GEN group. A decrease was observed in the GEN+QUE group, although the pathological findings in the GEN group continued.

It was concluded that QUE may be effective in preventing the damage caused by GEN in liver tissue.

Key words: Gentamicin, quercetin, liver,

References:

1. Karaman, M., Budak, H., & Çiftci, M. (2018). Amoxicillin And Gentamicin Antibiotics Treatment Adversely Influence The Fertility And Morphology Through Decreasing The Dazl Gene Expression Level And Increasing The Oxidative Stress. *Archives Of Physiology And Biochemistry*, 1-9.
2. Artıran, M. Ö., Dönmez, D. B., Bayçu, C., & Yılmaz, H. Gentamisin'le Testis Hasarı Oluşturulan Sıçanlarda C Vitamininin Koruyucu Etkisi *Protective Effect Of Vitamin C From Gentamicin Induced Testicular Damage İn Rats. Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(2), 32-39.
3. Fetouh, F. A., & Azab, A. E. S. (2014). *Ameliorating Effects Of Curcumin And Propolis Against The Reproductive Toxicity Of Gentamicin İn Adult Male Guinea Pigs: Quantitative Analysis And Morphological Study. American Journal Of Life Sciences*, 2(3), 138-149.
4. Samova, S. Patel, C. N., Doctor, H., Pandya, H. A., & Verma, R. J. (2018). *The Effect Of Bisphenol A On Testicular Steroidogenesis And Its Amelioration By Quercetin: An İn Vivo And İn Silico Approach. Toxicology Research*, 7(1), 22-31
5. Tokyol C, Yılmaz S, Kahraman A, Cakar H, Polat C. *The Effects Of Desferrioxamine And Quercetin On Liver İnjury Induced By Hepatic İschaemia-Reperfusion İn Rats. Acta Chirurgica Belgica. 2006 Jan 1;106(1):68-72.*
6. Saral Ö, Yıldız O, Aliyazicioglu R, Yulug E, Canpolat S, Ozturk F, Kolaylı S. *Apitherapy Products Enhance The Recovery Of Ccl4-İnduced Hepatic Damages İn Rats. Turkish Journal Of Medical Sciences; 46(1): 194-202, 2016.).*

EKİPLERARASI İLETİŞİM İÇİN, AFETE MÜDAHALE SİMÜLASYON ETKİNLİKLERİNİN ÖNEMİ: BİR LİTERATÜR ÇALIŞMASI

Nuray Demiralp¹, Filiz Özel², Kemal Demiralp³

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, İş Sağlığı ve Güvenliği, Çanakkale, Türkiye

²Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çanakkale, Türkiye

³Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hareket ve Antrenman Bilimleri Bölümü, Çanakkale, Türkiye
ndemiralp@kastamonu.edu.tr

Afetin en zor dönemi olarak nitelendirilebilecek müdahale aşamasında, farklı disiplinlerden çok sayıda kişi, kurum ve kuruluş, yürütülmekte olan çalışmalara katılım sağlamaktadır. Acil yardım ve müdahalelerin uyum içinde, hızlı, etkin ve verimli şekilde yerine getirilmesi, ekiplerin optimum düzeyde işbirliğine, iletişim becerilerine sahip olmasıyla mümkündür. Bu nedenle, ekiplerin afet ve acil durumlarda, iş akışları, olay yeri yönetimi, ekip işbirliği ekipler arası iletişim, koordinasyon ve kendi sorumlulukları gibi konularda eğitilmesi ve düzenli aralıklarla afet tatbikatlarının yapılması çok önemlidir.

Bu literatür çalışmasının amacı, meslekler arası eğitim odaklı simülasyonlarla bir afet ya da acil durum tatbikatı deneyimleri sırasında katılımcıların meslekler arası yetkinliklerini, ekip çalışmasını işbirliği algılarını ve iletişim becerilerine etkilerinin değerlendirilmesidir.

Konu ile ilgili literatür taraması Haziran-Eylül 2022 tarihleri arasında gerçekleşmiş olup; Pubmed, Science Direct, Scopus, Google Scholar, Medline, Ulakbim, veri tabanlarında “afete müdahale”, “ekiplerarası eğitim”, “simülasyon eğitimi”, “afet tatbikatı”, “ve “yöntem” anahtar kelimeleri ile tarama yapılmıştır. Öncelikle başlık/özeti incelenen araştırmalardan tam metinleri mevcut olanlar dâhil edilmiştir.

Literatür taraması sonucu 21 makale incelendi. Çalışmalara dâhil edilen katılımcıların önemli kısmını hemşirelik öğrencileri oluşturmakla birlikte, tıp, eczacılık, paramedik, itfaiyecilik, askeri sağlık, polis, medya ve sağlık yönetimi programından öğrencilerde bulunmaktadır. Çalışmalar daha çok, afet ile ilgili bir kurs ve sonrası masa başı egzersizler ile simüle edilen senaryolar üzerinden tatbikatları içermektedir. Afet tatbikatları zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve kurtarma aşamalarını içeren afet yönetiminin tüm yelpazesini içermekteydi. Yapılan etkinlikler ise açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan anketler ile değerlendirilmiştir.

Afete müdahale simülasyon etkinlikleri ile çalışmaların sayısı son yıllarda giderek artmaktadır. Çalışmalarda katılımcıların, afet tatbikatları sırasında kişisel sorumluluklarını tanımlamada, etkili iletişim kurmada, güvenlik önlemlerini almada, katılımcıların afet yönetiminde yetkinliklerinde bir artış algıladıklarını ve profesyoneller arası etkili ekip çalışması için olumlu tutumlar geliştirdiklerini doğrulamaktadır. Aynı zamanda çalışmalarda öğrencilerin iletişim, işbirliği, roller ve sorumluluklar,

ekip işleyişi ile ilgili boşlukları belirlediğini göstermektedir.

Simüle edilmiş deneyimler yoluyla profesyoneller arası işbirliğini ve afete hazırlıklı olmayı arttırmaya yönelik uluslararası literatürde çalışmalar bulunmaktadır. Ülkemizde ise bu çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Profesyonel ekip olma yolunda öğrencilerin mesleğe hazır oluşluğunu sağlamak için lisans eğitimlerinde simüle edilmiş olaylar üzerinden ekip çalışmasını, ekip işbirliğini ve ekip iletişimi içeren tatbikatların yapılması son derece önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ekiplerarası iletişim, afet tatbikatı, simülasyon, eğitim

ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE SAĞLIK İLETİŞİMİNDE ETKİLİ BİR ARAÇ: ÇOCUK KİTAPLARI

Özge Tonbuloğlu Altınır¹, Osman Burak Demirbaş¹, F. Nur Baran Aksakal¹

¹Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
ozgealtiner@gmail.com

Giriş

Dördüncü Binyıl Kalkınma Hedefi 'ne (BKH-4) yönelik küresel sağlık politikalarındaki stratejik paradigma değişimleri sayesinde 1990 ve 2015 yılları arasında toplam çocuk ölümlerinde görülen belirgin azalma göstermiştir ki küresel odak birleştiğinde dünya çapında sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine yönelik önemli ilerlemeler kaydedilebilmektedir. "Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri" çağında ise çocukların hayatta kalması ancak gelişim süreçlerinde optimum potansiyellerine ulaşabilmeleri için gerekli kaynaklara adil bir şekilde erişebildiklerinde anlam kazanabilecektir. Etkili erken çocukluk dönemi müdahalelerinin çocuklara öğrenme için nöronal temellerin atıldığı erken dönemlerde (özellikle ilk üç yıl içinde) ulaşması önemli olmakla birlikte çocukların keşfetmesi ve öğrenmesi için evde kitapların mevcudiyeti de olmak üzere erken öğrenme için uygun fırsatların yaratılması erken çocukluk dönemi temel ihtiyaçlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde erken çocukluk eğitimi ve gelişimine dair veriler incelendiğinde çarpıcı sonuçlarla karşılaşmaktadır. Türkiye'de yaşayan 5 yaş altı çocukların sadece %29'unun üç veya daha fazla çocuk kitabı veya resimli kitaba sahip olduğu bilinmektedir(1). Çocuklar, yaşama hazırlanma süreçlerinin her aşamasında çeşitli eğitsel uyarıcılarla karşı karşıya gelirken edebi ürünler bu uyarıcıları çocuklara ulaştırmakta önemli bir araç görevini üstlenmektedir(2). Birçok konuda olduğu gibi, sağlık iletişimi konusunda da çocuk edebiyatı ürünlerinden; çocuk kitaplarından fayda sağlanması mümkün görünmektedir. Böylece çocukların sağlık konusunda yeni kavramları daha iyi anlamaları ve tüm hayatları boyunca gerekli olacak bazı davranış şekillerini edinmeleri sağlanabilmektedir.

Bu çalışmada çocuk kitaplarının erken çocukluk döneminde sağlık iletişimine sunduğu önemli katkılar ve sürece etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Sağlık İletişimi

İletişim; iletilmek istenen düşüncenin karşılıklı olarak, sözlü ve sözsüz becerilerin bir karışımı kullanılarak gönderilmesi ve alınması süreci olarak tanımlanmaktadır(3). Sağlık iletişimi ise, bireylerin ve toplumların sağlığını iyileştirmeye odaklanan kişilerarası veya kitle iletişim faaliyetlerinin bir bütünüdür(4). Sağlıkla ilgili bilgilerin doğru bir şekilde yayılmasının sağlanması, sağlık davranışlarının geliştirilerek, sağlıkla ilgili tutumların istenilen düzeyde değiştirilmesi gibi hedefleri bulunmakla beraber; hem kitle iletişim düzeyinde hem de kişilerarası iletişim düzeyinde ele alınabilmektedir(5). Sağlık iletişimi; bireylerin sağlığının ve yaşam kalitesinin artırılması, ulusal ve evrensel düzeyde sağlık programlarının hazırlanması ve hazırlanan bu programların düzenlenmesi gibi geniş bir etki

alanına sahip olan, teorik ve uygulamalı bileşenden oluşan multidisipliner bir alandır(6). Bireyleri, toplulukları, sağlık hizmeti sunanları, hastaları, politika yapıcılarını, kuruluşları, özel grupları, toplumu etkilemekte, güçlendirmekte ve desteklemektedir. Bu sayede bireysel, toplumsal sonuçları ve halk sağlığını güçlendirici bir sağlık veya sosyal davranış oluşturmaya hedeflemektedir(7).

Erken Çocukluk Dönemindeki Çocuklar ile Sağlık İletişimi

Çocuklar ile sağlık iletişimi biraz daha karmaşık bir süreçtir (8). Çocuklar ile sağlık ile ilgili konularda iletişim kurulurken çocuğun yaş dönemini ve dönemin özelliklerini dikkate almak gerekmektedir. Bir araştırmada çocuk hasta ve hekim arasındaki ilişki geliştirmede, çocukların hekimle olan aktif iletişimlerinin ve çocukların bu iletişime katılımının 4 yaşından itibaren arttığı ve 13 yaşından itibaren ise, çocukların hekimlerle ebeveynlerinden daha fazla iletişim kurduğu ve daha fazla ilişki geliştirdiği gösterilmiştir(9). Çocuğun yaşının iletişimdeki öneminden yine başka çalışmalarda da ayrıca bahsedilmiştir(10). Sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinliğin sağlanabilmesi ve nitelikli bir sağlık bakımının temin edilebilmesi için çocuk hastalar ile yaşlarına ve yaş gruplarının özelliklerine göre iletişim kurulması önem arz etmektedir.

Erken çocukluk dönemi 0-8 yaş arasını kapsayan, gelişimde kritik dönemlerden biridir. Çocuklar birçok gelişim alanında yaşamları boyunca kat edeceği mesafenin yarısını bu dönemde almaktadır. Erken çocukluk döneminde hastalarla iletişimde seçilecek iletişim araçlarının da tıpkı bu dönemdeki çocuklar gibi sürekli bir gelişim ve değişim içinde olması gerekmektedir. Bebek(0-1 yaş) hastalarla iletişimde hekim-hasta iletişiminin odak noktası ebeveynler olmasına rağmen bebeklerle de olabildiğince etkileşim içerisinde olunması ve bebeğin yanında ebeveynine yönelik olumsuz tepkilerden kaçınılması önemlidir. Bebeklerin daha önce içinde bulunmadıkları durumlar ve çevreleri tarafından geliştirilen olumsuz tutum ve davranışlara karşı duyarlı olabileceği unutulmamalıdır. 1-3 yaş (özerklik) dönemindeki çocuklar hastalık algıları henüz oluşmadığından hastalığın ciddiyetini tam olarak algılayamamaktadır. Bu yaş döneminde çocuklar etraflarındaki kaygılarını hissettiklerinde ve yüzlerindeki olumsuz yansımaları fark ettiklerinde hastalık hakkındaki korkuları ve endişeleri artmaktadır. Çocuklarla iletişim kurarak onlarda güven duygusu uyandırabilmek ve hastalık sürecinin neden olabileceği ruhsal travmaları engelleyebilmek için ailenin ve sağlık çalışanlarının onlarla farklı şekillerde (dikkat çekecek hareketler yapma, göz teması kurma, dokunma vb.) iletişim kurması gerekmektedir. 3-6 yaş(oyun) dönemindeki çocuklar daha önceki yaş dönemlerinden farklı olarak sözel iletişimlerinin artması nedeniyle çok fazla soru sorabilmektedir. Çocukların bu sorularına doğru yanıtlar verilmesi ve hastalıklar ve nedenleri açıklanırken onların anlayabileceği somut ifadelerin kullanılması son derece önemli olmaktadır. Bu yaş grubundaki çocuklar için önemli olan çoğunlukla hastalık değil hastalık süreçlerinde ebeveynlerinden ayrılıp ayrılmama ve acı verici işlemlere maruz kalıp kalmama durumları olmaktadır. Yaşadıkları kafa karışıklıkları beraberinde gerçekçi olmayan korku ve kaygıları da getirebilmektedir. Bu dönemdeki çocuklar ile kurulan sağlık iletişiminde sözel iletişimi desteklemek için çocuk kitapları, öyküler ve filmlerin de sürece dâhil edilmesinin iletişimin kalitesini arttırması ve sağlık sonuçlarını iyileştirmesi beklenmektedir. Son olarak, okul dönemindeki çocuklar hastalıkları hakkında karşısındakilere daha fazla bilgi verebilmekte, kendilerine aktarılanları

daha iyi anlayabilmekte ve tedavi süreçlerine aktif katılım gösterebilmektedir. Bu dönemdeki çocuklara yapılacak olan girişimler veya tedavi yöntemleri ile ilgili bilgilendirmelerde bulunulurken oyuncak bebek veya resimli kitaplardan yararlanılabilmektedir. Sağlık çalışanlarının okul çağındaki çocuklara isimleriyle hitap etmesi, onları sabırla dinlemesi, onların sorularına yanıt vererek iletişim kurmaya teşvik etmesi; çocukların kendi hastalık tanı ve tedavi süreçlerine dâhil edilebilmesi için büyük önem taşımaktadır. Unutulmamalıdır ki, çocukluk döneminde özellikle 1-12 yaşlar arasında çocuklarla iletişim kurmanın en iyi yöntemlerinden birisi oyundur ve oyun yoluyla çocukları tanımak, sözel olarak ifade edemedikleri ya da ifade etmekten çekindikleri durumları oyun üzerinden öğrenmek mümkün olabilmektedir(11).

Erken Çocukluk Döneminde Sağlık İletişiminde Kitapların Rolü ve Önemi

Çocuğun her açıdan hızlı bir değişim ve gelişim içinde olduğu yılları kapsayan erken çocukluk dönemindeki öğrenme yaşantıları daha sonra kazanılacak becerilere bir temel oluşturmaktadır. Bu dönemin özellikleri dikkate alındığında, doğumdan itibaren başlayan süreçte uyarıcı çevre, çeşitli eğitim materyalleri ve özellikle de kitaplar, çocuğun gelişiminin desteklenmesi açısından çok önemli araçlar olarak görülmektedir (5,12). Kitaplar erken dönemlerde çocukların bilgiye eğlenceli bir şekilde ulaşmalarını sağlayarak çocukların öğrenme deneyimini zenginleştirmede ve geliştirmede önemli rol oynamaktadır. Bu doğrultuda çocukların doğru alışkanlıklar kazanacakları içerik ve kavramlarla tanıştırılması eğitim süreçlerine önemli katkılar sağlamaktadır(13).

Çocukların yaşamının ilk yılları hızlı bir büyüme ve gelişme sürecini içinde barındırdığından, gelişim alanlarında ilerlemelerini teşvik edecek müdahalelere ihtiyaçları bulunmaktadır(14). Çocuk, yaşama hazırlanma sürecinin her aşamasında çeşitli eğitsel uyarıcılarla karşı karşıya gelirken edebi ürünler bu uyarıcıları çocuklara ulaştırmakta önemli bir araç görevini üstlenmektedir(2). Birçok konuda olduğu gibi, sağlık iletişimi konusunda da çocuk edebiyatı ürünlerinden; çocuk kitaplarından fayda sağlanması mümkün görünmektedir. Böylece çocukların sağlık konusunda yeni kavramları daha iyi anlamaları ve tüm hayatları boyunca gerekli olacak bazı davranış şekillerini edinmeleri sağlanabilmektedir. Edebi ürünler aracılığı ile çocuklar ile kurulan sağlık iletişimi, sağlığı düzeltmek amacıyla yapılabildiği gibi, hastalıklardan korunma, acil durum hazırlığı ve önlemi, yaralanma ve şiddete karşı korunma ve çevresel sağlık gibi geniş konu alanlarında da uygulanabilmektedir.

Sağlıklı çocukların hastalıklar, yaralanmalar ve diğer sağlık konularındaki anlayışları, erken çocukluk eğitimi ve pediatrik sağlık bakımı alanında çalışan profesyonellerin ilgisini çekmektedir. Resimli kitaplara erken maruz kalmanın çocukların çevrelerindeki dünya hakkında gelişen bilgilerine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları pek çok konuda hasta eğitimi yöntemi olarak resimli kitapları kullanmaya yönelebilmektedir(15). Beslenme, fiziksel aktivite, bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına önemli olan alanlarda yapılan çalışmalar çocuk kitaplarının sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine yönelik katkılarının boyutunu ortaya koymuştur. Geçmişte yapılan pek çok çalışma göstermiştir ki sebze hikâyesi/resmi içeren kitaplar küçük çocuklarda sebzeleri tatma isteğini artırmaktadır(16-19). Yine son zamanlarda yapılan

bir çalışmada da çocukların daha yabancı oldukları sebzelere (kereviz gibi) karşı resimli kitaplar sayesinde olumlu tutum geliştirdikleri gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışmada resimli kitapların sadece gıda ile ilgili uyarılara karşı değil gıda dışı uyarılara karşı da çocuklarda olumlu tutumlar geliştirme potansiyelinin olduğu ve halk sağlığı uygulama alanlarında (erken çocukluk dönemindeki çocuklara diş temizliği hakkında bir kitap okumanın çocukların dişlerini temizleme isteğini artırabileceği gibi) önemli roller üstlenebileceğinden bahsedilmiştir(20). Başka bir çalışmada ağız ve diş sağlığı konusunda çocuklarda farkındalık geliştirilmesi amacıyla hikâye kitapları kullanılmıştır. Oyun ve geleneksel anlatım yöntemleri ile karşılaştırıldığında hikâye kitapları dinleyenlerin hayal gücünü harekete geçirmesi ve hikâyeci ile dinleyici arasında etkileşim oluşturmaya yönüyle yenilikçi ve ilham verici bir sağlık iletişimi aracı olarak gösterilmiştir. Kitaplarda yer alan süper kahramanların sağlıklı alışkanlıkları ve olumlu diş hekimi ziyareti deneyimlerinin onları taklit etmeleri için çocuklarda harika bir motivasyon geliştirdiğinden bahsedilmiştir(21). Literatür, çocukların muhtemelen örgün eğitime başladıklarında hastalık bulaşmasına ilişkin karmaşık bir nedensel anlayış geliştirdiklerini öne sürse de, yakın zamanda bu konuda yapılan bir çalışma okul öncesi çağındaki çocukların sadece hastalık bulaşmasını öğrenebilecek kapasitede olmakla kalmayıp, aynı zamanda bilgilerini adaptif davranışlarına rehberlik etmesi amacıyla da kullanabileceklerini göstermiştir. Çalışmada okul öncesi dönemdeki çocukların hastalık bulaşması ile ilgili birkaç nedensel açıklamadan birini içeren bir kitap sağladıktan sonra kitap okumadan öncesine göre bu açıklamaları kullanma olasılıkları ve daha da önemlisi bulaş ile ilgili doğru açıklamaları yapabilen çocukların kontamine bir oyuncaktan kaçınma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur(22). Hikâye kitabı okumanın 4-7 yaş arasındaki çocukların hastalık bulaşması hakkındaki bilgilerini artırabileceğine dair başka kanıtlar da mevcuttur (23). Erken çocukluk dönemindeki çocukların hikâye kitapları okuyarak yeni biyolojik gerçekleri öğrenebileceklerini gösteren çalışmalar giderek artmaktadır. Koronavirüs (COVID-19) pandemisinin etkilerinin halen sürdüğü günümüzde bu bulgular özellikle önemli görünmektedir.

Hasta çocuklar ile sağlık iletişimi değerlendirildiğinde ise çocuk edebiyatı hastalık, ameliyat ve hastaneye yatış hakkında bilgi vermek ve korkuları tahmin edip ele alarak hasta ve ailesinde güven ve uyum duygusu oluşturmak için kullanılabilir. Çocukların yaklaşık %30'u çocukluk döneminde en az bir kez hastaneye kaldırılmaktadır(24). Hastalık ve hastaneye yatma durumları, çocukların endişe ve korku yaşamasına neden olmaktadır. Hastaneye yatmaya ek olarak cerrahi bir girişiminin yapılması ise çocukları hem psikolojik hem de fizyolojik yönden daha fazla etkilemektedir(25-28). Bu konuda Cooper ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada hikâye anlatımının sağlık iletişiminde çok faydalı bir araç olduğundan ve hem çocuklar hem de ebeveynleri için karar vermeyi kolaylaştırmada, kaygıyı azaltmada değerli bir araç olarak kullanılabileceğinden bahsedilmiştir(29). 4-8 yaş arasındaki ameliyat olan çocuklarda hikâye anlatıcılığının anksiyete ve davranış bozukluklarına etkisinin incelendiği başka bir çalışmada da ameliyat öncesi hikâye anlatımının çocuğun çevreye aşinalığını artırabileceği, yakın stresin zararlı etkilerini azaltabileceği, çocuğun hastane ortamına, ameliyata ve ameliyathaneye karşı tutumunu değiştirebileceği sonucuna varılmıştır(30). Başka çalışmalarda da elektif cerrahi geçiren çocuklarda ameliyat öncesi kaygıyı azaltmada görsel-işitsel müdahalelerin etkinliğini gösterilmiştir(31). Aminabadi ve arkadaşları (2011) ise, diş hekimini

ziyaret eden çocuklarda ağrı ve kaygıyı azaltmada görsel hikâye anlatımının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu saptamıştır(32). 2018 yılında yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, girişimsel bir işlem olan damar yolu açılması sırasında hikâye okumanın çocukların stres düzeyini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Çalışmada okul öncesi çağındaki çocukların, özellikle 4 ile 5 yaş arasındaki çocukların, diğer yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında, dikkat dağıtma temelli müdahalelere daha açık olduğu gösterilmiştir. Başka yaygın girişimsel işlemler ve uygulamalar için de kitapların geliştirilmesi ve pratikte rutin olarak kullanılmasının çocuklar ile sağlık iletişimine önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmüştür(33). Yine çocuk kitaplarının ciddi bir hastalığı olan çocuklar ve sevilen birinin ölümüyle baş eden çocuklar için ölümle ilgili iletişimi kolaylaştırma potansiyeline sahip olduğu belirtilmektedir(34). Yaşamı sınırlayan bir hastalıkla yaşayan ve hastalıkları hakkında açık iletişim alan çocuklar önemli ölçüde daha az kaygı ve depresyon yaşamakta, ancak hem sağlık bakımı verenler hem de ebeveynler çoğu zaman ciddi derecede hasta bir çocukla bu konuyu ele alırken hem doğru dili bulmada hem de yaklaşımda zorluklar yaşamaktadırlar(35,36). Bu konuda hayata geçirilebilecek bazı önemli eylemlerin (paylaşılan bir kitap listesi veya bir kitap hediyesi gibi) hem aileleri hem de palyatif bakım veren ekipleri güçlendirme ve teşvik etme potansiyeline sahip olacağı ön görülmektedir.

Sonuç

Hikâyelerin ve hikâye kitaplarının sağlık iletişimi için sunduğu eşsiz fırsatların değerlendirilmesi için özellikle erken çocukluk dönemindeki çocukları, ebeveynlerini ve sağlık hizmeti sunucularını hedef alan girişimlerin planlanması, bu girişimlerin uzun dönemli etkilerini ortaya koyan çalışmaların yapılması bir gereklilik olarak görülmektedir. Hem çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesi hem de hasta çocuklar ile hastalık, ameliyat ve hastaneye yatış gibi konularda iletişimin sağlanabilmesi için sağlık çalışanlarının çocukların gelişim dönemlerine uygun materyalleri seçme ve sağlama çabalarının desteklenmesi ve özellikle erken çocukluk döneminde bu müdahalelerin hayata geçirilmesi büyük önem arz etmektedir.

Kaynakça

1. Enstitüsü, H. Ü. N. E. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA 2018: Ana Rapor.
2. DİLEK, A. (2014). 4-6 YAŞ ÇOCUK ÖYKÜLERİNDEKİ KADIN KAHRAMANLARIN MESLEKSEL ANALİZİ. *Journal Of Qafqaz University*, 2(1), 94-102.
3. McCabe C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of clinical nursing*, 13(1), 41-49.
4. Ishikawa, H., Kiuchi, T. Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial Med* 4, 18 (2010). <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-18>
5. Er, S. (2016). Okulöncesi dönemde anne babaların etkileşimli hikâye kitabı okumalarının önemi. *Başkent University Journal of Education*, 3(2), 156-160.
6. Kartal N. , Erigüç G. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE BİR UNSUR OLARAK SOSYAL MEDYA: BİR SOSYAL İÇERİK PLATFORMUNDAKİ SAĞLIK HABERLERİNİN İNCELENMESİ. *e-gifder*. 2018; 6(1): 569-587

7. Schiavo, R. (2013). Health communication: From theory to practice (Vol. 217). John Wiley & Sons.:9
8. Cingi, C., Yüksel, E. & Çatlı, T. (2019). Hastayı tanıma ve hastalar arası iletişim, içinde E. Yüksel (Ed.), *Sağlık Kurumlarında İletişim*, (ss. 93-109), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
9. Cox, D. E., Smith, A. M., Roger, L. B. & Fitzpatrick, A. M. (2009). Learning to participate: effect of child age and parental education on participation in pediatric visits. *Health Communication*, 24(3), 249-258.
10. Stivers, T. (2012). Physician-child interaction: when children answer physicians' questions in routine medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 87(1), 3-9.
11. ALKAN, A., & ÖZYILDIZ, K. H. SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA ÇOCUK HASTALARLA İLETİŞİM. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 415-434.
12. ASLIŞEN, E. H. T. (2017). Okul Öncesi Dönem Çocuklarına Yönelik Hazırlanan Resimli Hikâye Kitaplarındaki İletişim Engelleri ve Çocukların Gelişimleri Üzerindeki Etkileri. *Uluslararası Erken Çocukluk Eğitimi Çalışmaları Dergisi*, 2(1), 10-25.
13. Kepenekçi K. ve Aslan C. (2011). *Okul öncesi döneme seslenen kitaplarda çocuk hakları*. <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/4890/Okul%c3%b6ncesi%20D%c3%b6neme%20Seslenen%20Kitaplarda%20%c3%87ocuk%20Haklar%c4%b1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> adresinden alınmıştır.
14. Curtis, A. ve O'Hagan, M. (2003). *Care and education in early childhood: A student's guide to theory and practice*. London and New York: RoutledgeFalmer Taylor & Francis Group.
15. Manworren, R. C., & Woodring, B. (1998). Evaluating children's literature as a source for patient education. *Pediatric Nursing*, 24(6), 548.
16. Owen LH, Kennedy OB, Hill C, Houston-Price C. Peas, please! Food familiarization through picture books helps parents introduce vegetables into preschoolers' diets. *Appetite*. 2018;128:32-43.
17. H Houston-Price C, Butler L, Shiba P. Visual exposure impacts on toddlers' willingness to taste fruits and vegetables. *Appetite*. 2009;53(3):450-453.
18. Heath P, Houston-Price C, Kennedy OB. Let's look at leeks! Picture books increase toddlers' willingness to look at, taste and consume unfamiliar vegetables. *Front Psychol*. 2014;5:191.
19. de Droog SM, Buijzen M, Valkenburg PM. Enhancing children's vegetable consumption using vegetable-promoting picture books. The impact of interactive shared reading and character-reproduct congruence. *Appetite*. 2014;73(suppl C):73-80.
20. Heath, P., Houston-Price, C., & Kennedy, O. B. (2014). Let's look at leeks! Picture books increase toddlers' willingness to look at, taste and consume unfamiliar vegetables. *Frontiers in psychology*, 5, 191.
21. Sharma, S., Saxena, S., Naik, S. N., Bhandari, R., Shukla, A. K., & Gupta, P. (2021). Comparison between Conventional, Game-based, and Self-made Storybook-based Oral Health Education on Children's Oral Hygiene Status: A Prospective Cohort Study. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 14(2), 273.
22. Conrad, M., Kim, E., Blacker, K. A., Walden, Z., & LoBue, V. (2020). Using storybooks to teach children about illness transmission and promote adaptive health behavior—A pilot study. *Frontiers in psychology*, 11, 942.

23. Williams, J. M., & Binnie, L. M. (2002). Children's concepts of illness: An intervention to improve knowledge. *British journal of health psychology*, 7(2), 129-147.
24. Smeltzer Suzanne CC, Bare Brenda G. Brunner S Text Book of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
25. Mooney KM. Perioperative management of the pediatric patient. *Plast Surg Nurs* 1997;17:69-73; quiz 74-5.
26. İşler A, Esenay FI, Başbakkal Z. Çocukların gelişimsel yaş dönemlerine göre tıbbi terimleri algılayışları. *Türk Ped Arş* 2006;41:100-106.
27. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Mayes LC, Weinberg ME, Wang SM, MacLaren JE, et al. Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children. *Anesthesiology* 2007;106:65-74.
28. Vatansever N. Çocuk Cerrahisi'nde Ameliyat Olan 8-12 Yaş Grubu Çocukların Hastane Ortamı ve Operasyondan Etkilenme Durumlarının Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2008.
29. Cooper K, Hatfield E, Yeomans J. Animated stories of medical error as a means of teaching undergraduates patient safety: an evaluation study. *Perspect Med Educ*. 2019;8(2):118-122.
30. Sekhavatpour, Z., Khanjani, N., Reyhani, T., Ghaffari, S., & Dastoorpoor, M. (2019). The effect of storytelling on anxiety and behavioral disorders in children undergoing surgery: a randomized controlled trial. *Pediatric health, medicine and therapeutics*, 10, 61.
31. Chow CH, Van Lieshout RJ, Schmidt LA, Dobson KG, Buckley N. Systematic review: audiovisual interventions for reducing preoperative anxiety in children undergoing elective surgery. *J Pediatr Psychol*. 2015;41(2):182-203. doi:10.1093/jpepsy/jsv094
32. Aminabadi NA, Vafaei A, Erfanparast L, Oskouei SG, Jamali Z. Impact of pictorial story on pain perception, situational anxiety and behavior in children: a cognitive-behavioral schema. *J Clin Pediatr Dent*. 2011;36(2):127-132.
33. Kuo, H. C., Pan, H. H., Creedy, D. K., & Tsao, Y. (2018). Distraction-based interventions for children undergoing venipuncture procedures: a randomized controlled study. *Clinical nursing research*, 27(4), 467-482.
34. Arruda-Colli, M. N., Weaver, M. S., & Wiener, L. (2017). Communication about dying, death, and bereavement: a systematic review of children's literature. *Journal of palliative medicine*, 20(5), 548-559.
35. Last BF, van Veldhuizen AMH: Information about diagnosis and prognosis related to anxiety and depression in children with cancer aged 8-16 years. *Eur J Cancer* 1996; 32A:290-294.
36. Breyer J: Talking to children and adolescents about cancer. In: Wiener L, Pao M, Kazak AE, Kupst MJ, Patenaude AF, Arceci RJ (eds): *Pediatric Psycho-Oncology: A Quick Reference on the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. New York, NY: Oxford University Press, 2015, pp. 221-239.

FALLS IN THE ELDERLY ADULTS

Tuğbe Duygu Özmet¹

¹Bahcesehir University, Faculty of Health Sciences, Nursing Department, Istanbul, Turkey

tugbaduygu.ozmet@hes.bau.edu.tr

Introduction Aim: The WHO states that the number of people aged 65 and over in developing countries is 1 billion in 2020; It is reported that this number will reach 1.5 billion in 2050 and the elderly population will increase the most in developing countries. An increase in the elderly population is expected in Turkey, as in the rest of the world.

Accordingly, the ratio of citizens over the age of 65 to the population has increased by 22.5 percent in the last five years. The number of people over the age of 65 was 6 million 495 thousand 239 in 2015. This figure has increased to 7 million 953 thousand 555 in 2020. However, it is expected that the population over 65 years of age in Turkey will constitute 10.8%, 13.6% and 17.3% of the total population in 2030, 2040 and 2050, respectively.

Biological and psychosocial regressions occur in the elderly adults. This situation causes difficulties in daily living activities. In this context, an increase in the risk of falling is observed. In particular, one third of the population over the age of 75 falls at least once a year. Falls are among the most common causes of injury and mortality in the elderly. According to the data of the CDC, 34,000 individuals over the age of 65 died in 2019 due to falls. It causes an annual health expenditure of 50 million dollars. In addition, in 2019, 3 million individuals over the age of 65 applied to the emergency room due to falling. About 10% of falls result in serious injury and death. Therefore, falls; It is a major public health problem in terms of medical and economic consequences in the elderly adults. Factors affecting the risk of falling include increasing age, chronic diseases, the use of auxiliary and multiple drugs, and the presence of stairs in the place of residence. In addition, among environmental factors, items such as dark environment, slippery floors, carpets and cables increase the risk of elderly people falling. Approximately 33% of the falls occur in nursing homes, 36% in the home environment and 62% in the home environment.

Results: The increase in the elderly population reveals the need for studies on the elderly. At the same time, it is recommended to develop guidelines for the fall risks of the elderly, to expand the use of fall risk scales in primary health care services, and to carry out regular health screenings.

FEAR OF COVID-19 AND COPING STRATEGIES OF NURSING STUDENTS DURING CLINICAL EDUCATION ABOUT SURGICAL NURSING

Fadime Gök¹, Ayla Yavuz Karamanoğlu¹, Tuğçe Yeşilyaprak²

ORCID: 0000-0003-0415-4234

ORCID: 0000-0002-9252-5570

ORCID: 0000-0001-9955-8677

¹ Pamukkale University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Denizli, Turkey

² Pamukkale University, Denizli Vocational School of Health Service, Denizli, Turkey

fadimgok@gmail.com

Nursing students have experienced psychological problems like fear, anxiety and depression during the COVID-19 pandemic. If they develop effective coping strategies, they can eliminate these problems and offer more effective clinical care. However, nursing students' coping strategies and the effectiveness of these strategies during the pandemic are unclear. For this reason, this research was carried out to determine the level of fear of Kovid-19 and coping strategies of nursing students during the pandemic period.

The universe of the research consisted of students (n=183) studying in the Nursing Department of the Faculty of Health Sciences of a University in the 2020-2021 academic spring semester in Turkey and taking the Surgical Diseases Nursing course. Sample selection method was not used. All students who agreed to participate in the study were included in the sample (n=150, 81.2%). Data, "Socio-demographic data form", "Corona Virus Fear Scale" and "Epidemic Coping Scale" were used. The questionnaire was delivered to the students via online platforms (Google Forms, WhatsApp and e-mail). Students who volunteered to participate in the study filled out the questionnaire. Written permission was obtained from the non-interventional research Ethics Committee (09.06.2021-E.60759) to conduct the study. Data were evaluated with number and percentage, mean and standard deviation, one way ANOVA, Independent Sample T-Test. The size of the relationship between the analyzes found to be significant was analyzed by linear regression analysis. Correlation analysis was performed between the level of fear of Kovid-19 and the level of coping with stress. Significance level $p < 0.05$ was accepted for all tests.

The mean score on the Fear of COVID-19 Scale was 19.13 ± 5.09 (Table 3). The fear of COVID-19 had a significant relation with death anxiety ($p=0.003$) and the feeling of guilt ($p=0.032$). The mean score on the Coping with the Outbreak Scale was 46.56 ± 12.03 and the mean scores on cognitive coping, transcendental coping and behavioral coping were 9.64 ± 3.47 , 9.36 ± 3.50 and 12.18 ± 4.75 respectively. The mean score on coping with COVID-19 had a significant relation with the type of the high school the students graduated from ($p=0.025$), anxiety about failure to find a job ($p=0.0001$), death anxiety ($p=0.014$) and anger ($p=0.048$).

The students had a moderate level of fear of COVID-19 during the pandemic. They experienced the feelings of fear, guilt, anger and burnout. They were also anxious about failure to find a job and dying. They had a moderate level of coping with the pandemic.

Keywords: Nursing, Surgical nursing student, Pandemic, Fear, Coping

GAZETELERİN ENGELLİLERE YÖNELİK SÖYLEMSEL PRATİĞİNİN 2022 YILI ÖRNEKLEMLERİYLE ELEŞTİREL SÖYLEM ÇERÇEVESİNDE ÇÖZÜMLENMESİ

Engin Yıldız¹

¹Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema-Televizyon Bölümü, Eskişehir, Türkiye
enginyildiz6226@gmail.com

Sanayi devrimi ile birlikte meydana gelen gelişmeler sonucunda, birçok mecrada ilerleme sağlamıştır. Bu alanlardan biri de medya kurumudur. Sanayi devrimi sonrası matbaa yaşanan gelişmelerle radyo, gazete ve televizyon gibi medya öğeleri toplumun bir parçası olmuştur. Aynı zamanda toplum, haberleri medya kuruluşlardan almaktadır. Dolayısıyla medyanın haberleri sunma şekil ve söylem geliştirmesi toplumu etkilemektedir. Bunun yanı sıra medyanın egemen fikirleri yeniden üretmek gibi bir özelliğini de belirtmek mümkündür. Bu noktada medyanın engellilere yönelik geliştirdiği söylemlerin bir ideoloji ve yaklaşım çerçevesinde bulunduğu söylenebilir. Gazetelerde yer alan engelli söylemsel pratikleri Teun Van Dijk'ın eleştirel söylem çözümlemesi kapsamında analiz edilmektedir. Bu çalışmanın problemi gazetelerde yer alan engelli haberlerinin nasıl bir söylemle sunulduğudur.

Engellilerin toplumda negatif algısının oluşmasında medyanın önemli yer tuttuğu öne sürülebilir. Bu nedenle gerçekleştirilen çalışmanın, engellilere yönelik oluşturulan negatif algının sorgulanmasına neden olacağı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, bu çalışma 2022 yılında gazetelerde yer alan engelliler ile ilgili haberlere odaklanmıştır. Konun amacına uygun seçilmiş üç haber ile eleştirel söylem çözümlemesi amaçlanmıştır. Böylece engellilere yönelik oluşturulan negatif tutumları tespit ederek, bu tutumun sorgulanmasını hedeflemiştir. Engelli çalışmalarında, araştırma yapmadan önce engelli ve engellilik tanımlarının yapılarak araştırmanın gerçekleştirilmesi önemlidir. Bu kapsamda TDK'ya (2022) göre engelli: "Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal veya sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmiş, toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri çeken kimse" şeklinde tanımlanmaktadır. Engellilik kavramı ise engellilerin toplumsallaşması ve kamusal alanda yer edinmesiyle ilgili kavramı ifade etmektedir. Engellilik ise "Bireyin engelliliğinden dolayı yaş, cinsiyet, toplumsal ve kültürel etkenlere bağlı olarak bir rolü yerine getirmesini sınırlandıran ya da engelleyen dezavantaj durumudur" (Oliver, 1996, s. 22). Bu bilgiler kapsamında engellilik olgusu çeşitli hukuki ve toplumsal gelişmeler sonucu medya ve siyasetin gündeminde geçmişe göre daha fazla yer edinmektedir. Engelli kişilerin medyanın konusu olmasının önemli bir nedeni de hukuksal ve toplumsal gelişmişliği ile paraleldir. Engellilerin geçmişe yıllara göre toplumda ve toplumsal kurumlarda daha fazla görünür olmalarının önemli nedenlerinden biri engelliliğin sosyal model çerçevesinde ele alınarak politika üretilmesidir. Bu nedenle engelliliğin sosyal model aşamasına gelme sürecinin tarihsel hukuki incelenmesi gerekmektedir.

Engellilerin uluslararası alanda hukuksal olarak haklarının geliştirilmesinde Birleşmiş Milletlerin

1946 yılında engelliler için eğitim ve rehabilitasyon politikalarının geliştirilmesi çalışmalarını gündeme almıştır. 14 Aralık 1946 yılında UNRA (United Nation Relief and Rehabilitation Administration) Birleşmiş Milletler Yardım ve Rehabilitasyon İdaresi İkinci Dünya Savaşı sonrası ihtiyacı olan devletlere temel yardımlar amacıyla kurulmuştur (Ertürk, 2003, s. 60-61). Ancak bu durum engellilerin tıbbi ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamayı sağlayamamıştır. 1950 yılına gelindiğinde ise Birleşmiş Milletler Sosyal Komisyonu kurularak ‘Fiziksel Engellilerin Sosyal Rehabilitasyonu’ ve ‘Görme Engellilerin Sosyal Rehabilitasyonu’ adlı iki rapor hazırlanarak engellilerin rehabilitasyon, istihdam ve eğitim gibi konularla ilgili çalışmalar gerçekleştirmiştir (Campbell & Oliver, 1996, s. 19).

Engelli bireylerin şartlarının koşullarının iyileştirilmesi için Birleşmiş Milletler 1960’lı yıllarda Sosyal Gelişme ve Kalkınma raporu hazırlatarak engellilerin topluma entegrasyonu çalışmaları ön plana çıkmıştır. Bu nedenle engellilerin sosyal güvencelerinin olması ve sosyal yaşama katılımının sağlanması hedeflenmiştir. 1970’lerde engelli hareketlerin ortaya çıkması ve gelişmesiyle birlikte, engelli hakları insan hakları çerçevesinde değerlendirilmiştir. Benzer şekilde, engellilerin entegrasyonu için farkındalık çalışmaları yapılmıştır. ILO, UNESCO, WHO ve UNİCEF gibi kuruluşlarla engellilerin entegrasyonu desteklenmiştir. (Ertürk, 2003, s. 61-62). 1980 yılları ise engelli hakları açısından önemli olmuştur. BM 1981 yılını ‘Dünya Sakatlar On Yılı’ ilan ederek, “Sakatlar için Fırsat Eşitliği” sloganıyla engelli farkındalığı gündemde tutmuştur. (Burcu, 2007, s. 70)

BM’ 1990 yılında da ‘Herkes için bir toplum’ sloganıyla engellilerin spor, sanat, siyaset, kültür, istihdam gibi toplumun her alanında, toplumun diğer bireyleriyle eşit fırsatlardan yararlanılması için mücadele edilmiştir (Preistley, 2001. S. 4-5). Benzer biçimde, BM tarafından 1992 yılında 3 Aralık günü “Uluslararası Engellilik Günü” ilan edilmiştir. 13 Aralık 2006 yılında ise yine BM tarafından “Engelli Haklarına İlişkin Sözleşme” metnini imzalamıştır. Bu noktada, engellilerin toplumun her alanında fırsat eşitliğini savunan anlayış yasal boyutta güvenceye alınmıştır. Uluslar arası yaşanan bu gelişmeler engellilerin toplumun her alanında daha fazla görünür olmalarını sağlamıştır.

Türkiye’de ise engellilik Kore ve Kıbrıs savaşları sonrası Birinci Kalkınma Planında (193-1967) sakat bireylerin durumlarının iyileştirilmesi gerektiği öne sürülmüştür. Ancak pratik olarak bir adım atılamamıştır. İkinci Kalkınma Planında (1968-1972) ise kamusal alanda ilk politik adım atılmıştır. Engellilerin tıbbi hizmetlere erişim ve istihdam konularında rehabilitasyon hizmetleri için bütçe hazırlanmıştır. Fakat Birinci Kalkınma Programında olduğu gibi pratik bir adım atılamamıştır. Üçüncü Kalkınma Programında (1973-1977) engelliler için ilk kez özürlüler tanımına yer verilmiştir. Aynı zamanda yoksulluk programı içinde 2022 sayılı yasa ile engellilere gelir destek programa uygulamaya konulmuştur (Sallan Gül ve Samav, 2021, s. 83).

1980’li yıllarda ise BM’nin 1983 ile 1992 yıllarını “Özürlüler On Yılı” olarak ilan etmesinin ardından, Türkiye’de etkilenmiştir. 1983 Yılında engellilerin bakımı ve sosyal güvenceye alınması ile ilgili çalışmalara yapılmıştır. “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu” (SHÇEK) engelliler ve kimsesiz çocuklara yönelik önemli bir kurum olmuştur. 1989 yılında ise Başbakanlığa bağlanmıştır (Sallan Gül, 2006, s. 297). 1997 yılında engelli politikalarını hayata geçirmek için Başbakanlık Özürlüler İdaresi

Başkanlığı (ÖZİDA) kurulmuştur. Avrupa Birliği (AB) uyum sürecinde de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile engelli haklarının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi AB standartlarında ele alınmıştır (Sallan Gül ve Samav, 2021, s. 87-89). Bu bilgiler kapsamında Türkiye’de engelliler yıllar içerisinde genişleyen hakları paralelinde, hayatın her alanında daha fazla yer almışlardır.

Engelli haklarının yasal güvenceye alınması, engellilere yönelik geleneksel ve tıbbi modelden, sosyal modele geçişin sağlandığı söylenebilir. Bu noktada engelli modellerini tanımlamak gerekmektedir. Geleneksel/Ahlaki model, insanlığın doğuşundan, engellilere tıbbin müdahale ile iyileştirilebileceği döneme kadar olan süreyi kapsamaktadır. Bu modelde engellilik bir cezanın, kötülüğün, günahkarlığın karşılığı olarak “cezasını” çeken kişi olarak ele alınmıştır (Whyte & Ingstad, 1995, s. 10). Tıbbi model ise engellilik sakatlık boyutunda değerlendirilmiş ve engelliler tıbbin bir sorunu olarak ele alınmıştır. Sakat bireylerin iyileştirilerek “normalleştirilmesi” anlayışına odaklanılmıştır. Bu modelde, sapkın ve hasta bedenlerin iyileştirilmesi temel alınmıştır (Wright, 1983, s. 122). Sosyal model ise yaklaşık son kırkıyı kapsamaktadır. Sosyal modelde, engellilerin toplumun her alanında eğitim, sanat, siyaset, spor, turizm, ulaşım gibi sosyal alanlara erişimindeki bariyerleri ortadan kaldırmayı hedefleyen anlayışı ifade etmektedir. Aynı zamanda bu modelde engelliler bireysel olarak ele alınmaz ve toplumun bir parçası olarak toplumsal ele alınmaktadır. (Sallan Gül ve Samav, 2021, s. 58).

Engelliler son yıllarda sosyal model anlayışı ile değerlendirilmesi sonucu, toplumsal alanlarla pozitif noktada yer almışlardır. Dolayısıyla daha fazla görünür olmalarından dolayı medya organlarının daha sık konusu olmuştur. Medyada ve de özellikle gazetelerde söylemsel pratiğin bir nesnesi olmuşlardır. Çalışmada engellilerin gazetelerde sunulma şekli eleştirel söylem çözümlemesi yöntemiyle incelenmektedir. Bu noktada söylem ve söylem analizini açıklamak önemlidir. Söylem “görüş ve bakış açısı, anlatım şekli, kişi ya da topluluğa ait karakteristik özellik taşıyan öğretiler, ideoloji, sözlü ya da yazılı metinler, biçim, dil, sav ve görüşler” olarak tanımlanmaktadır (Kocaman, 2009, s. 5). Söylem kavramının temel işlevinin araştırmacılara, ifade edilen herhangi bir aktarım ile ilgili görüş ifade etmesidir. Bu bağlamda Zengin (2017, s. 10) şunları vurgular: “sosyal, kültürel ve tarihsel bir bağlam içerisinde iletişim kuran dil kullanıcılarının dünyayı algılama biçimleri, ideolojiler ve güç dengeleri hakkında fikir verir.” Engellilerin gazetelerdeki söylemlerinin arka planında ve alt metninde, engellileri algılayış biçimi hakkında bilgiler sunar.

Çalışmada, örneklem nitel araştırma yöntemi kapsamında yer alan eleştirel söylem çözülmesi yöntemi çözümlenmektedir. Söylem ve eleştirel söylem geniş bir alanı kapsadığından, incelenecek olan engellilik konusuna en uygun yöntem, Juan Van Dijk’ın eleştirel söylem çözümlemesi olduğu vurgulanabilir. Van Dijk’ın eleştirel söylem çözümlemesi temel alınarak analiz yapılmaktadır. Van Dijk eleştirel söylem çözümlemesinde temel aldığı kavramların başında sosyal eşitsizlik kavramı gelmektedir. Egemen olan iktidar yapısının sosyal eşitsizliği üretirken nasıl bir söylem yarattığına dikkat çekmektedir (Van Dijk, 1993, s. 249). Bunun yanı sıra, Van Dijk şunu ekler, medyada herhangi bir görüş veya yaklaşım ideolojik çerçevede oluşturulup, izleyicinin/okuyucunun düşüncelerine etki edebilir ya da onları ikna edilebilir (Van Dijk, 1993, s. 250). Eleştirel söylem çözümlemesi sözlü iletişimde veya metin yapılarında kullanılan dili, iletişim stratejilerini ve kelime seçimlerini

incelemektedir. Zira söylem üretmenin bir tercih işi olduğu vurgulanmaktadır (Van Dijk, 2015b, s.466).

Bu araştırmada, örneklem seçimi konunun amacına uygun örneklerle gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçiminde farklı gazetelerde yer alan engelli söylem pratikleri araştırılmıştır. Bu çalışmada örneklem belirleme metodu olarak *Amaçlı Örneklem* seçilmiştir. Amaçlı örneklem, nitel araştırma geleneği içinde gelişen, olasılıklı olmayan ve örneklem alınırken önceden tanımlanmış ve belirlenmiş birimlerin amaca uygun bir şekilde seçildiği ve incelendiği bir örneklem alma yöntemidir (Yıldırım ve Şimşek, 2011, s.107; Erdoğan, 2012, s. 210). Bu çerçevede medyada farklı gazete ve internet gazetelerinde yer alan haber söylemleri incelenmiştir. 2022 yılı içerisinde, engelliler ile ilgili farklı gazetelerde yer alan üç haber incelenmiştir.

Örnek 1: Gazete Duvar 18 Temmuz 2022

Haber Başlığı: “Başkandan ‘engelli yolu’ sorusuna cevap: Her yer bitti engelli kaldı.”

Haber Girişi: Ardahan Belediye Başkanı Faruk Demir’in bir kişinin, “Engelli yolu ne olacak?” sorusuna “Her yer bitti engelli kaldı” cevabı, sosyal medyada tepkilere neden oldu. (Haberin tümü için bkz)

Haberde engellilerle ilgili yer alan söylemsel pratikte bulunulması, engellilerin sosyal eşitsizlik ve ayrımcılık çerçevesinde okunabilir. Zira öncelikli olarak engelli olmayan bireylerin ulaşımını, erişimi düşünülmektedir. 2022 yılında Türkiye’deki bir ilin Belediye Başkanı tarafından “Her yer bitti engelli kaldı” söylemi aleni şekilde engellileri küçük düşüren, onlara karşı ayrımcı söylemde bulunulması, medyada da yeniden üretilerek verilmiştir.

Örnek 2: TGRT Haber 7 Şubat 2022

Haber Başlığı: “Bakan Derya Yanık: Şubat ayı yaşlı aylığı ve engelli aylıklarını hesaplara yatırıyoruz.”

Haber Girişi: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanı Derya Yanık, Şubat ayı yaşlı aylığı ve engelli aylıklarını farklarıyla birlikte hesaplara yatırılacağı müjdesini verdi. Bakan Yanık, engelli ve yaşlı vatandaşlara yönelik hizmetlerin insan odaklı ve hak temelli politikalar çerçevesinde yürütüldüğünü ifade etti. (Haberin tümü için bkz)

Türkiye’de engellilerden sorumlu Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanı ve sözcülerinin genel söylemi, tüm engellileri yardıma muhtaç pozisyonunda göstermektedir. Örnek haberde yer alan “engelli aylıkları”, engellilere yardım (aylık) paralarının yatması gibi söylemler, engellerinin tümünü kapsamamaktadır. Ancak genel söylem tüm engellilerin yardıma muhtaç olduğu, fakir olduğu algısını yaratmaktadır. Haberde sunuluş biçimi de bu algıyı yeniden üretmektedir.

Örnek 3: Birgün Gazetesi 26 Eylül 2022

Haber Başlığı: “Otizmli Mehmet Eres’in, kaldığı bakımevinde işkence sonucu öldüğü iddia edildi.”

Haber Girişi: Büyükçekmece’de 20 yaşındaki otizmli Mehmet Eres’in 5 yıldır kaldığı bakımevinde,

kötü muamele ve işkenceye maruz bırakılarak ölümüne sebep olunduğu iddia edildi. Mehmet Eres'in halası Emel Şen, "Sorumluların tutuklanmasını istiyorum" dedi. Şen, avukatı aracılığıyla söz konusu bakımevi yetkililerine 1 milyon liralık manevi tazminat davası açtı. (Haberin tümü için bkz)

Engelliler medyada genel çerçevede negatif unsurlarla ön plana çıkmaktadır. Bu negatif öğelerden bazıları karşılaştıkları ayrımcılık, nefret söylemi, ölüm gibi unsurlardır. Örnek haberde olduğu gibi devlet kurumunun bakımevinde, otizmli engelli bir bireyin ölümüne yer verilmektedir. Medya genel çerçevede engellilerin negatif unsurlarla anılmasına neden olmaktadır.

Sonuç olarak engelliler ile ilgili gazetelerde oluşturulan söylemsel pratikler ve öne çıkarılan haberler değerlendirildiğinde, Van Dijk'ın eleştirel söylem çözümlemesi yönteminde belirttiği gibi sosyal eşitsizlik vurgusu belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra gazetelerin engellilere yönelik negatif tutumu yeniden ürettiği çözümlenmiştir. Örneklem haberlerde bu durumu kanıtlayacak şekilde kendisini göstermektedir. Aynı zamanda gazetelerde oluşturulan söylemlerin engellilere yönelik olumsuz algıların oluşmasına neden olduğu ve bunu yeniden ürettiği anlaşılmaktadır.

Kaynaklar

1. Bucu, E. (2006). "Özürlülük Kimliği ve Etiketlemenin Kişisel ve Sosyal Söylemleri." Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 23 (2), s. (61-83).
2. Campbell, J. & Oliver, M. (1996). Disability Politics. Routledge: Londra.
3. Ertürk, E. (2013). Disability in Turkey. Boğaziçi Üniversitesi, Atatürk İlke ve İlkeleri Anabilim Dalı. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
4. Kocaman, A. (2009). *Söylem üzerine*. Ankara: Odtü Yayıncılık.
5. Oliver, M. (1996). Understanding Disability: From Theory to Practice, Basingstoke: Macmillan.
6. Preistley, M. (2001). "İndroduction:The Global Centext of Disability", içinde Disability and the Life Course , (Ed.) M. Priestly, Cambridge Press, Cambridge.
7. Samav, F. D. & Sallan Gül, S. (2021). *Sakatlığın Değişen Yüzü ve Engellilik Sosyolojisi: Normalleştirme, Sağlıklaştırma ve Evde Bakımın Kadınlaşması*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
8. Sallan Gül, S. (2006). *Sosyal Devlet Bitti, Yaşasın Piyasa*. e-babil yayınları: Ankara.
9. Van Dijk, Teun A. (1993). Principles of Critical Discourse Analysis. *Discourse and*
10. *Society*, (4) 2, (s. 249-283).
11. Van Dijk, Teun A. (2015b). Critical Discourse Analysis. D. Tannen, H. Hamilton ve D.
12. Schiffrin (Ed.), *Handbook of Discourse Analysis* (İkinci Basım) içinde (s. 466-485).
13. Chichester: Wiley Blackwell.
14. Yıldırım, H. ve Şimşek, A. (2013). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Ankara:

15. Seçkin Yayıncılık.
16. Zengin, E.S. (2017). *Özneden nesneye: Söylem analizi üzerinden hayvanın değişen statüsü hakkında bir inceleme*. Yayımlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi: Ankara.
18. Wright, B. (1983). *Physical Disability: A Psychological Apporoach*, 2. Basım, Harper & Row, New York.
19. Whyte, S. & Ingstad, B. (1995). "Disability and Culture: An Overview", içinde *Disability and Culture*, (Eds.) S. R. Whyte & B. Ingstad, University of Colifornia Press, California.

Haber-İnternet Kaynakları

- 1) <https://www.gazeteduvar.com.tr/baskandan-engelli-yolu-sorusuna-cevap-her-yer-bitti-engelli-kaldi-haber-1573800> (Erişim Tarihi: 20 Eylül 2022).
- 2) <https://www.tgrthaber.com.tr/ekonomi/subat-ayi-yasli-ve-engelli-ayliklari-yatiyor-2811970> (Erişim Tarihi: 15 Eylül 2022).
- 3) <https://www.birgun.net/haber/otizmli-mehmet-eres-in-kaldigi-bakimevinde-iskence-sonucu-oldugu-iddia-edildi-404008> (Erişim Tarihi: 26 Eylül 2022).
- 4) <https://www.tdk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 3 Eylül 2022).

GEBELİK VE MAYMUN ÇİÇEĞİ VİRÜSÜ

Ayşe Çitil Doğan¹

¹Özel İnova Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Aksaray, Türkiye

aysecitil@yahoo.com

Maymun çiçeği salgını ile ilgili Eylül 2022 tarihine kadar dünya genelinde 52.000 den fazla vaka bildirilmiştir. Yenidoğan ve hamilerdeki bulaşma şimdiye kadar az sayıda olsa bile ciddi hastalık yapma potansiyelinden dolayı kadın doğum camiasında bu virüs dikkatle takip edilmektedir. Hamilelerdeki vakalar daha çok yerel bildiler ve haber medyası tarafından rapor edilmiştir ve şimdiye kadar toplam gebelik ile ilgili 10 vaka bildirilmiştir. İlk vaka 23 Temmuz 2022’de ABD’de rapor edilmiştir, vertikal geçiş olmadığı ancak önlem amaçlı yenidoğana profilaktik aşı immünoglobulini verilmiş ve maymun çiçeği hastalığı geliştirmedeği rapor edilmiştir.

4 Ağustos 2022’de Brezilya, São Paulo Hükümeti, iki hamile kadına maymun çiçeği teşhisi konduğunu ve sağlık uzmanları tarafından izlenmekte olduğunu duyurdu. 26 Ağustos’a kadar Brezilya sağlık yetkilileri toplamda dokuz gebelik vakası (dördü São Paulo’da, üçü Rio de Janeiro’da, biri Minas Gerais’te ve bir tanesi Ceará’da). 1 Eylül’e kadar sekizinde maymun çiçeği PCR doğrulandı, Ceará’daki kadının testi negatif çıktı. 5 Ağustos’ta, São Paulo’daki yerel bir gazete, enfekte hamile kadınlardan birinin hem anne hem de bebek stabil durumdayken bulaşma aşamasını geçtiğini bildirdi, vertikal geçiş ile ilgili hiçbir bilgi yoktu. 4 Ağustos’ta, Minas Gerais’te 26 yaşındaki cilt lezyonları ile hastaneye başvuran maymun çiçekli yaşlı hamile kadın, 14 Ağustos’ta sağlıklı bir bebek doğurdu. Doğumdan sonra bebeğinden izole edildi ve 17 Ağustos’ta sağlıklı bir şekilde taburcu edildi. Yenidoğan asemptomatikti vertikal geçiş yoktu; ancak anne taburcu edildiğinde hastanede kalmaya devam etti.

Şu ana kadar olan vakalara dayanarak; hamile kadınlarda bildirilen maymun çiçeği enfeksiyonlarının hiçbirinin şiddetli olmadığı ve hamile kadınların hamile olmayan kişilere göre daha şiddetli hastalığa veya daha kötü sonuçlara sahip olduğuna dair bir kanıt olmadığı görülüyor. Bununla birlikte, anne de dahil olmak üzere yüksek risk altındaki popülasyonlarda maymun çiçeği hastalığının seyrini, yönetimini, tedavisini ve sonuçlarını ve ayrıca aşılanmanın güvenliğini ve etkinliğini daha iyi anlamak için uluslararası bir kayıt veya raporlama sistemine acilen ihtiyaç vardır. Bu şekilde dünya çapında hastalara doğru tavsiye ve kanıta dayalı bakım sağlanabilir. Ne yazık ki, şu anda harici olarak doğrulanamayan seyrek bilgiler sağlayan haber kaynaklarına güvenmek zorundayız. Bununla birlikte, endemik olmayan ülkelere göre endemik ülkelerde gebelikte daha yüksek sayıda maymun çiçeği enfeksiyonu rapor edilmiştir.

GÖÇMEN VE MÜLTECİ HASTALARA SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA HEMŞİRELERİN YAŞADIKLARI ZORLUKLAR VE KÜLTÜRLERARASI DUYARLILIĞIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şule Özdemir¹, Dilek Kıymaz²

¹Samsun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

²Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hemşire, Samsun, Türkiye

sule.ozdemir@samsun.edu.tr

Türkiye’de yaşayan göçmen ve mülteci sayısı son yıllarda önemli düzeyde artmıştır. Bu artış ekonomik, sosyal, sağlık ve kültürel sorunları da beraberinde getirmektedir. Göçmen ve mültecilerin karşılaşmış oldukları sorunların başında barınma ve sağlık sorunları ön sıralarda gelmektedir. Bu çalışmada sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda önemli yeri olan hemşirelerin göçmen ve mülteci hastalara bakım verirken yaşadıkları zorlukların ve kültürlerarası duyarlılığın değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı-kesitsel nitelikte olan bu çalışma, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerde 1-30 Ağustos 2022 tarihleri arasında anket uygulanarak yürütüldü. Örneklem seçilmemiş, göçmen ve mülteci hastalara bakım vermiş olan hemşirelerin tamamına ulaşılmaya çalışıldı(n=176). Çalışmaya katılmayı kabul eden 153 hemşireye ait veriler toplandıktan sonra 31 anket eksik veriler nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Toplamda 132(%75,0) hemşire ile çalışma tamamlandı. Anketin ilk bölümünde sosyo-demografik sorular ve göçmen/mülteci hastalara bakım verirken yaşanan zorluklara yönelik oluşturulan toplam 20 soru bulunmaktaydı. İkinci bölümde “Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği (KDÖ)” uygulandı. Chen ve Starosta’ nın 2000 yılında geliştirdiği bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bulduk ve ark. tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Ölçek 24 maddeden oluşmakta ve beş alt boyut içermektedir.

Bu çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS 20.0 paket programı kullanıldı. Sonuçlar verilere göre ortalama $\pm$ standart sapma ve sayı(%) kullanılarak ifade edildi. Verilerin analizinde Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi ile Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Tüm testler için istatistik anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

Araştırma için Samsun Üniversitesi KAEK etik onayı alındı.

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $32,22\pm7,78$ yılı. Katılımcıların %87’i(n=115) kadın, %66,7’si lisans mezunu, %82,6’sı evli olup %51,5’i cerrahi servislerinde çalışmaktaydı. Hemşirelerin %65,2’sinde(n=86) göçmen veya mülteci hastalara bakım vermede istek olmadığı, %47,7’sinde(n=63) bakım verirken yeterli hissetmediği, %87,9’unda(n=116) bakım verirken zorluk çektiği, %62,1’inde hasta veya hasta yakınlarının olumsuz tutumlarıyla karşılaştığı saptandı.

Katılımcıların KDÖ’den aldıkları toplam puan $61,58\pm9,96(32,0-80,0)$ olarak bulundu. KDÖ toplam puan açısından değerlendirildiğinde göçmen veya mülteci hastalara bakım verirken zorluk

çekenlerde($62,25 \pm 9,64$), zorluk çekmeyenlere göre($56,68 \pm 11,11$), bakım verirken iletişim yöntemi seçiminde; tercümandan yardım alanların($63,52 \pm 8,39$), hastalardan Türkçeyi bildiği kadarıyla sorununu anlatmasını bekleyenlerden($56,88 \pm 13,48$) daha yüksek puan aldığı bulundu(sırasıyla $p=0,035, p=0,008$). Ayrıca göçmen veya mülteci hastalarla ilgili kültürel bilgi kaynağı olarak medya ve önceki deneyimlerinden yararlananların toplam puanları anlamlı olarak yüksek saptandı($p<0,05$).

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun göçmen veya mülteci hastalara bakım verirken özellikle dil konusunda zorluk yaşadığı, hasta veya hasta yakınlarının olumsuz tutumlarıyla karşılaşma durumlarının fazla olduğu görülmektedir. Bakım verirken zorluk yaşayan hemşirelerde kültürlerarası duyarlılık puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu hastalara müdahalelerin ayrı birimlerde yapılması veya daha sık uygulanacak olan kurum içi eğitimlerle hemşirelerin bu konuda desteklenmesi sağlık hizmeti sunumunda faydalı olabilir.

GÖZ ARDI EDİLEN BİR YAKLAŞIM: TEK SAĞLIK

Mehmet Alperen Özçelik¹, Mücahit Yıldız¹, F. Nur Baran Aksakal¹

¹Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
alperenozcelik@yahoo.com

Tek sağlık girişimi, insanlar, hayvanlar ve çevre için sağlık hizmetlerinin tüm yönlerinde iş birliklerini genişletmek için dünya çapında bir stratejidir(1). Amerikan Veteriner Hekimleri Birliği tarafından “insanların, hayvanların ve çevremizin optimal sağlığını elde etmek için yerel, ulusal ve küresel olarak çalışan birden fazla disiplinin ortak çabası” olarak tanımlanmaktadır(2). Bu bağlamda toplum sağlığını, hayvan sağlığını ve çevre sağlığını birbirinden bağımsız olarak düşünmek yanlış bir yaklaşımdır. Bu sıkı ilişki ve iş birliği günümüzde tek sağlık kavramını ortaya çıkarmıştır. Bilimsel olarak ilk defa Alman tıp bilim adamı Dr. Rudolf L. K. Virchow tarafından dile getirilmiştir(3). Daha sonra Virchow’un öğrencisi olan Kanada kökenli Sir William Osler veteriner tıbbı ile insan tıbbının birbirini tamamladığını ve bu konseptin tek tıp konsepti olarak algılanması gerektiğini ifade etmiştir(4). Dünyada ‘Tek Sağlık’ 2000’li yıllara kadar “One Medicine / Tek Tıp”, 2000-2008 arasında “One World-One health /Tek Dünya-Tek Sağlık” olarak gündem olmuştur. Uluslararası literatürde 2008’den sonra, “One Health / Tek Sağlık” olarak kullanılmaya başlamıştır.

Tek Sağlık İlgili Alanları

Tek sağlık yaklaşımının kapsamı oldukça geniştir. Zoonotik hastalıklardan antimikrobiyal direnç, gıda güvenliğinden vektör kaynaklı hastalıklara, biyoterörizmden çevre sağlığına ve daha birçok konu tek sağlık yaklaşımının ilgi alanları içerisinde. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2017 yılı raporunda insanlardaki enfeksiyonların %60’ının zoonotik ajanlardan, yeni ortaya çıkan enfeksiyonların %75’inin zoonoz olduğunu, biyoterör ajanlarının %80’inin zoonoz kaynaklı olduğunu bildirmiştir (5). SARS, ebola, HIV/AIDS gibi ortaya çıkan zoonotik hastalıklar da tek sağlık kavramının önemini ortaya koymakta, çünkü sadece beşeri yönden bu hastalıklara yaklaşarak çevre ve hayvan komponentlerini görmezden gelmek olanaksızdır.

Tek Sağlık ve Antimikrobiyal Direnci

Tek sağlık ilgi alanlarından birisi de kuşkusuz antimikrobiyal direnç konusudur. Robinson ve arkadaşları tek sağlık ilkelerini özetlemede antimikrobiyal dirençten daha iyi bir yol olduğunu hayal etmenin zor olduğunu belirtmişlerdir. Antimikrobiyal direnç tek sağlık sorunu olmanın yanı sıra tek dünya sorunudur. Hayvancılık ve tarımsal ürünlerin global hareketlerinin artması ve bu hareketlerin insan seyahatiyle birleşmesiyle birlikte antimikrobiyal direnç genlerinin de hızla yayılmasını kolaylaştırmaktadır(6). Antimikrobiyallerin aşırı kullanımı birçok sektörde (insan, hayvan, tarım) görülmektedir. Antimikrobiyal direnç, insanların, hayvanların ve çevrenin sağlığını etkileyen çeşitli mikrobiyal popülasyonları içeren karmaşık etkileşimlerle karakterize edilen ekolojik bir sorundur. Tek Sağlık gibi koordineli, çok sektörlü bir yaklaşım kullanarak bu karmaşıklığı ve ekolojik doğayı hesaba katarak direnç sorununu ele almak daha mantıklıdır. Örneğin antimikrobiyal direnç

perspektifinden, üçüncü nesil sefalosporinler, hem insan hem de hayvan sağlığı için kritik öneme sahip olduğu düşünülen antimikrobiyallerin iyi örnekleridir. Hayvanlarda tedavi veya profilaksi amacıyla toplu olarak ilaç kullanılmasındaki temel endişe hayvanlardaki direncin seleksiyona uğraması ve hayvanlardan insanlara yayılmasıdır (7). Kanatlı sürülerine toplu ilaç verilmesinin ardından *Campylobacter jejuni* arasında direncin ortaya çıktığı, kritik öneme sahip başka bir antimikrobiyal sınıfı olan florokinolonlarla paralellikler vardır. Florokinolonların gıda hayvanlarında hiçbir zaman onaylanmadığı Avustralya'da, gıda hayvanlarında florokinolon dirençli suşlar çok nadirdir(7, 8).

Tek Sağlık ve Çevre

Çevre, tek sağlık üçlüsünün en değişken ve kompleks sektörü olarak düşünülebilir. Antibiyotik direnci, her üç sektörde de mevcut olduğu için “özgün Tek Sağlık sorunu” olarak tanımlanmış olsa da antibiyotik direncinin yükü çevrede en az anlaşılandır(9).

Çevre sorunları, iklim değişikliği ve bunun insan, hayvan ve çevre sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle tek sağlığın çevre komponenti ilgi çekmeye başlamıştır. İklim değişikliği de Tek Sağlık kapsamında çevre bileşenine yerleştirebilir(9). İklim değişikliğinin ve iklim değişkenliğinin sağlık üzerindeki etkilerinin bir arada ele alınması, onları diğer sayısız küresel değişim olgusundan ayırmanın zorluğunu göstermektedir. İklim değişikliği, demografik, sosyal ve ekonomik, çevresel ve peyzaj değişiklikleriyle örtüşmektedir(10). Vektör, rezervuar ve patojen yaşam döngülerindeki değişikliklerin yanı sıra evcil ve vahşi hayvan ve bitki hastalıkları çok sayıda karmaşık süreçten etkilenir(11). Bu aynı zamanda etkileşen türler, trofik kaskadlar ve habitatların değiştirilmesi veya yok edilmesi arasındaki senkronizasyonun bozulması için de geçerlidir(12). Her ne kadar geri plandaymış gibi gözükse de yaşadığımız çevredeki ufak değişiklikler bile hem hayvan hem insan hayatını etkilemektedir.

Tek Sağlık ve COVID-19

COVID-19 da tek sağlıkkavramı için önemli sayılabilecek bir olaydır. COVID-19, dünya çapında dramatik insan hayatı kaybına yol açan, pandemiye neden olan SARS-CoV-2'nin neden olduğu yüksek oranda bulaşıcı ve patojenik bir viral enfeksiyondur(13). COVID-19'un yarasalarda ortaya çıktığı, daha sonra diğer hayvanlara yayıldığı ve ardından Çin'in Wuhan kentindeki canlı hayvan pazarından insanlara yayıldığı düşünülmektedir(14). COVID-19'un da bir zoonoz olduğu göz önüne alındığında insan, hayvan ve çevre etkileşiminin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Birçok bilimsel otorite, tüm dünyayı istisnasız bir şekilde etkileyen ve sarsan bu pandeminin altında yatan sebeplerin yeryüzünde gerçekleştirilen kontrolsüz tarım, ormanlık alanların tahribi, düzensiz altyapı faaliyetleri, madencilik, yaban hayvanlarının illegal ticareti gibi unsurlar olduğunu kabul etmektedir. Bu bağlamda SARS-CoV-2 gibi önemli insan koronavirüslerinin vahşi yaşama müdahalenin bir sonucu olarak yarasalardan köken aldığı düşünülmektedir. Özellikle son yıllarda hayvanlardan insanlara bulaşan enfeksiyonların sıkça ortaya çıkışı Tek Sağlık yaklaşımının; salgınların araştırılması, kontrolü ve önlenmesi gibi hemen hemen her alanda önemli rol oynadığı ve üzerinde titizlikle durulması gereken bir konu olduğunu ortaya koymaktadır. Yeni ve yeniden ortaya çıkan zoonotik hastalıklara karşı gelecekteki mücadelede

daha etkili olabilmek için her düzeyde ve ortamda Tek Sağlık uygulamalarını daha da genişletmek ve en üst düzeye çıkarmak için tüm dünyaca birlikte çalışma zorunluluğu benimsenmelidir(15).

Tek Sağlık ve Gıda Güvenliği

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 48 milyon gıda kaynaklı hastalık, 128.000 hastaneye yatış ve 3.000 ölüm olduğunu tahmin etmektedir(16). Hızla değişen ve birbirine eskisine göre daha bağlı bir dünyada yaşamaktayız. İnsan nüfus artış hızı da göz önüne alındığında bu artan nüfusu da besleme zorunluluğu doğmuştur. Yapılan bir çalıştayda insan nüfusunu beslemek için 30 milyar hayvan üretildiğinin tahmin edildiği söylenmiştir(17). Sadece insan değil hayvanların da küresel hareketleri tek sağlık kavramının önemini gözler önüne sermektedir. Gıda güvenliğini yönetmek için tek sağlık yaklaşımına ihtiyaç vardır. Örneğin Norovirüs zoonotik bir ajan olmamasına rağmen, gıda ve su yoluyla taşınan ve insandan insana bulaşan güçlü bir Tek Sağlık unsuruna sahiptir. AB'de rapor edilen norovirüs salgınlarına esas olarak kontamine sebzeler, meyveler, tahıllar, filizler, otlar ve baharatlar neden olmuştur (18). Yakın dönemde 12 farklı ülkede ortaya çıkan Salmonella salgını da gıda güvenliği ve tek sağlık konusuna güzel bir örnek teşkil etmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Tek Sağlık kavramı yeni değildir, ancak çağdaş zorluklarımızı ve sağlığınıza yönelik tehditleri hem anlamak hem de ele almaya yardımcı olmak için önemli bir kavram olarak yeniden ortaya çıkmıştır. Günümüzde meydana gelen değişiklikler göz önüne alındığında tıp alanının tek bir yöne odaklanmaması gerektiği açıktır. İletişimin çok daha kolay ve global olduğu dünyamızda sağlık iletişiminin de artırılması gerekmektedir. Sektörler arası iş birliği gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Tıp alanında da çalışmalar yapılırken tek bir yöne odaklanmak yerine iş birliği sağlanarak daha geniş yaklaşımlar tercih edilmelidir. İnsan sağlığı ile ilgili araştırmalar yapılırken hayvan ve çevrenin de etkisi her zaman göz önünde bulundurularak Tek Sağlık kavramının hayatımızda daha fazla rol alması sağlanmalıdır. Hem tıp fakültesi müfredatlarına hem de veterinerlik fakültesi müfredatlarına tek sağlık ile ilgili derslerin eklenmesi yetişen hekimlerin daha yetkin bireyler olacağını düşündürmektedir.

1. Overgaauw PAM, Vinke CM, Hagen M, Lipman LJA. A One Health Perspective on the Human-Companion Animal Relationship with Emphasis on Zoonotic Aspects. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11).
2. Association AVMA. One Health: a new professional imperative, one health initiative task force: final report July 15, 2008. Schaumburg: American Veterinary Medical Association.
3. CEVİZCİ S, ERGİNÖZ E. Kamu Sağlığına Yönelik Veteriner Halk Sağlığı Hizmetleri ve Bu Alandaki Fırsatların Değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Veteriner Dergisi. 2009;23(1):65-71.
4. BAKIRCI S. Tek Sağlık: Niçin Önemli? Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics. 2018;4(2):99-105.

5. WHO O. One health. World Health Organization. 2017.
6. Robinson TP, Bu D, Carrique-Mas J, Fèvre EM, Gilbert M, Grace D, et al. Antibiotic resistance is the quintessential One Health issue. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2016;110(7):377-80.
7. Collignon PJ, McEwen SA. One Health-Its Importance in Helping to Better Control Antimicrobial Resistance. *Trop Med Infect Dis*. 2019;4(1).
8. Cheng AC, Turnidge J, Collignon P, Looke D, Barton M, Gottlieb T. Control of fluoroquinolone resistance through successful regulation, Australia. *Emerging infectious diseases*. 2012;18(9):1453.
9. Essack SY. Environment: the neglected component of the One Health triad. *Lancet Planet Health*. 2018;2(6):e238-e9.
10. Hwang J, Lee K, Walsh D, Kim S, Sleeman JM, Lee H. Semi-quantitative assessment of disease risks at the human, livestock, wildlife interface for the Republic of Korea using a nationwide survey of experts: A model for other countries. *Transboundary and emerging diseases*. 2018;65(1):e155-e64.
11. Semenza JC, Suk JE. Vector-borne diseases and climate change: a European perspective. *FEMS Microbiol Lett*. 2018;365(2).
12. Zinsstag J, Crump L, Schelling E, Hattendorf J, Maidane YO, Ali KO, et al. Climate change and One Health. *FEMS Microbiol Lett*. 2018;365(11).
13. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. COVID-19 infection: Emergence, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *Journal of advanced research*. 2020;24:91-8.
14. Sellars L, Bernotas K, Sebo J. One Health, COVID-19, and a Right to Health for Human and Nonhuman Animals. *Health Hum Rights*. 2021;23(2):35-47.
15. ŞİMŞEK A, Irmak D. Tek sağlık kavramı açısından SARS-CoV-2 ve diğer coronaviruslar. *Academic Platform Journal of Halal Lifestyle*. 2020;2(1):44-55.
16. Scallan E, Hoekstra RM, Angulo FJ, Tauxe RV, Widdowson MA, Roy SL, et al. Foodborne illness acquired in the United States--major pathogens. *Emerg Infect Dis*. 2011;17(1):7-15.
17. Mack A, Hutton R, Olsen L, Relman DA, Choffnes ER. Improving food safety through a one health approach: workshop summary: National Academies Press; 2012.
18. Boqvist S, Söderqvist K, Vågsholm I. Food safety challenges and One Health within Europe. *Acta Veterinaria Scandinavica*. 2018;60(1):1-13.

GÜNCEL BİLGİLER IŞIĞINDA POLİO VE AŞI İLETİŞİMİ

Nilüfer Merve Çelik¹, Merve Tokatlı Doğan¹, F. Nur Baran Aksakal¹

¹Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
drnilufermervecelik@gmail.com

Poliomyelit (çocuk felci), poliovirüsün neden olduğu aşı ile önlenabilir bulaşıcı bir hastalıktır (1).

Picornaviridae ailesinden bir enterovirüs olan poliovirüs, merkezi sinir sistemini istila ederek klinik etkisini gösterir (2,3). İnsanlık tarihi boyunca poliomyelitin felce ve ölümlere neden olduğu bilinmektedir (2,3). Eski Mısır'da, M.Ö. 1400'lü yıllardan kalma bir tablette, bacağına çocuk felci sekeli olan bir mısırlı tasvir edilmektedir. 20.yy aşı öncesi dönemde ise dünyada her 200 çocuktan 1'inin poliomyelit geçirdiği bilinmektedir. En yıkıcı çocuk felci salgını ise 1916 yılında New York'ta 9,000 vaka ve bu vakaların 2,343'ünün ölümü ile tarihe geçmiştir. Yine 1916'da Amerika'da 27,000 vakanın 6,000'i ölümle sonuçlanmıştır (3). John Franklin Enders, Thomas Huckle Weller ve Frederick Chapman Robbins'in 1949'da poliovirüsün invitro kültürlerde çoğaltılabildiğini göstermeleri, virüslerin yeterli miktarda üretilme kapasitesine ulaşılması ile viral aşılar için bir dönüm noktası olmuştur (2,3). Bu üç bilim insanı 1954'te bu keşifleri ile nobel ödülü kazanmışlardır (3).

Salk ve arkadaşları 1955 yılında inaktif polio aşısının (İPV) lisansını, Sabin ve arkadaşları ise 1962 yılında canlı, attenüe oral poliovirus aşısının (OPV) lisansını almışlardır (4). Amerika'da 1950'lerde yıllık 20.000 olarak bildirilen paralitik vaka sayısı, aşı sonrası dönemde 1960'da 2,525'e, 1965'te 61'e düşmüş, 1979 yılında ise son paralitik poliomyelit vakası bildirilmiştir (3,5). 1988'de Dünya Sağlık Asamblesi, 2000 yılına kadar çocuk felcini ortadan kaldırmak için bir kampanya başlatmıştır. 1988'de 350.000'in üzerinde olan küresel insidans, 2001'de 500'ün altına düşmüştür (6).

Türkiye'de de 1963 yılında OPV ile aşılama çalışmaları başlamıştır. Türkiye 1989 yılında eradikasyon programına dahil olarak ulusal aşı günleri düzenlemiş, riskli bölgelerde mop-up çalışmaları yürütmüş ve vaka sayısında dramatik bir azalma sağlamıştır (4,7,8). 1998 yılında 33 aylık Melik Minas Türkiye'de son poliomyelit vakası olarak tarihe geçmiştir (9). 2002 yılında Türkiye çocuk felci olmayan ülke sertifikasını almıştır (8).

Üç vahşi poliovirüs suşundan (tip 1, tip 2 ve tip 3) tip 2 1999'da eradike edilmiştir. Vahşi poliovirüs tip 3 de 2012'den bu yana görülmemektedir. Vahşi poliovirüs tip 1 ise dünyayı özellikle endemik olduğu bölgeleri etkilemeye devam etmektedir (8). GPEI (Küresel Polio Eradikasyon Kuruluşu'nun-Global Polio Eradication Initiative)'nin bildirdiğine göre 2017'den bu yana yıllık vaka sayısı dolaşan aşı ilişkili poliovirüs tip 2 (cVDPV2)'nin, vahşi poliovirüs tip 1'den daha fazladır. 2020'de Dünya'da 33 ülkeden, toplamda 1000'den fazla cVDPV2 paralitik poliomyelit vakası rapor edilmiştir. Bu durum cVDPV2'nin küresel bir salgına yol açması endişesine neden olmaktadır (10). GPEI, 2022-2026 Polio Eradikasyon Stratejisinde iki temel hedef belirlenmiştir. Bu hedeflerden birincisi vahşi poliovirüs tip 1'in endemik olduğu bölgelerde poliovirüs bulaşlarını durdurma. İkinci hedef ise; cVDPV bulaşlarının durdurulması ve endemik olmayan ülkelerde salgınları önlemektir (10).

Her ne kadar Türkiye’de 1998 yılından itibaren poliomiyelit vakası görülmemiş olsa da tüm dünyada poliovirüs eradike edilinceye kadar tehlike devam etmektedir. Dünya’da pek çok ülkede poliyomyelit vakasız geçen uzun yıllar sonrasında gerçekleşen poliomiyelit salgını örnekleri görülmüştür (11,12). Bu nedenle poliomiyelite karşı neredeyse tamamen koruyuculuk sağlayan polio aşılması ve bağışıklama oranlarının artırılması geçmişte olduğu gibi günümüzde de önemini korumaktadır (3). Bağışıklama oranlarını artırmada aşılama hizmetlerine adil ve verimli erişimin sağlanmasının yanı sıra, aşı iletişiminin güçlendirilmesi de önem taşımaktadır. Aşı iletişimi, aşıyla ilgili karar vermenin itici güçleri hakkındaki anlayışı derinleştirmeyi, aşı kabulünü artırmak için farklı politika yaklaşımlarını değerlendirmeyi ve aşı tereddüdünü ele almak için iletişim stratejilerini belirlemeyi kapsamaktadır. Polio aşı iletişiminin göz ardı edilmesi halinde çocuk felcini yok etme fırsatı kaçabilir ve vaka oranlarında artış olabilir. Bu derlemenin amacı güncel bilgiler ışığında poliomiyelit ve aşı iletişimini değerlendirmektir.

POLİOVİRÜSLER

Poliovirüsler, ‘Picornaviridae’ ailesinin ‘Enterovirus’ cinsi tek zincirli RNA virüsüdür(3,13). Poliovirüsün üç serotipi bulunmaktadır: Poliovirüs 1, 2 ve 3 (PV1, PV2 ve PV3) (13) Epidemilerin çoğuna sebep olan tip 1 poliovirüsdür (8). Aşılarla ilişkili olarak ise tip 2 ve tip 3 serotipleri daha fazla görülmektedir (8).

Poliovirüs izolatları, karşılık gelen OPV suşu ile karşılaştırıldığında genetik dizilimlerine göre sabin aşı virüsünden %1’den az farklılık gösterenler sabin-like (aşı virüsü), %1-%15 arasında farklılık gösterenler aşı türevi polio virüs (VDPV) ve %15’den fazla farklılık gösteren virüsler de vahşi virüs olarak tanımlanmıştır (14).

Poliovirüslerin bilinen tek doğal konağı insandır. Yalnızca insanlara bulaşırlar(3). Hastaların gaitası ile virüsün atılımı yaklaşık bir ay kadar sürer ve virüs dış ortamda 1-3 ay kadar canlı kalabilir. Bulaşıcılığı yüksek olan virüs, fekal-oral yolla bulaş gösterir(5). Epidemiler sırasında, farengial yolla bulaş riski de mevcuttur(8).

Başta 5 yaş altındaki çocukları etkileyen çocuk felci, poliovirüslerin neden olduğu, omurilik ön boynuzundaki motor nöronların enfeksiyonudur (5,15). Klinik özellikler semptomların şiddetine göre sınıflandırılmıştır. Vakaların çoğu (yaklaşık %95) asemptomatiktir. Asemptomatiklerin, paralitik hastalara oranı 50:1 ile 1000:1 arasında değişmektedir. Genellikle 1 haftada geçen gastroenterit ve grip benzeri hastalık şeklinde kendini gösteren form olan abortif poliomiyelit, yaklaşık %4 ila %8 oranında görülür (5). Nonparalitik formda abortif formdaki bulgulara ek olarak baş ağrısı, hiperestezi ve meningeal irritasyon bulguları gibi santral sinir sistemi semptom ve bulguları da görülür. Paralitik form ise abortif ve nonparalitik hastalık bulgularıyla başlar. 1-7 günlük bir iyilik halinden sonra periferden başlayarak merkeze ilerleyen asimetrik, genellikle alt ekstremitede görülen paraliziler gelişir(3,H). Paralitik formda %5-10 ölüm ve %40 sekel riski vardır(3).

Çocuk felcinde paralizileri engelleyebilen küratif bir tedavi günümüzde mevcut değildir. Hastalıktan korunma ise sadece aşılama ile mümkündür(3).

POLİO AŞILARI

Çocuk felcinden korunmak için iki tip aşı geliştirilmiştir: inaktif polio aşısı (İPV) ve canlı oral polio aşısı (OPV). Oral polio aşısının monovalan, bivalent ve trivalent formları mevcuttur(8). İnaktif aşıya göre daha ucuz olması, oral uygulanabilme kolaylığı, orofarenks ve bağırsak endotelinde aktif atenüe enfeksiyona neden olarak serum antikor üretimi ile sistemik bağışıklık oluşturma yanı sıra lokal IgA'yı uyatarak intestinal bağışıklık sağlaması gibi avantajları mevcuttur. Oral polio aşısı uygulanması sonrasında zayıflatılmış virüs gaitayla atılır ve temaslı kişileri de koruyarak toplum bağışıklığına katkıda bulunur(16) Ancak oral çocuk felci aşısı canlı attenuue bir aşı olmasından dolayı nadir durumlarda(2.7 milyonda bir) aşıyla ilişkili paralitik çocuk felci olarak bilinen bir felce neden olabilir. Ayrıca uzun süreli replikasyon sonrasında edinilmiş nörovirüslarla aşı kaynaklı poliovirüslerin(VDPV'lerin) oluşumuna neden olabilir(8,17). Oral polio aşısı bu nedenlerle poliovirüs eradikasyonu sırasında kullanılması gereken bir aşı iken inaktif aşı, eradikasyon gerçekleşikten sonra tek başına kullanılması önerilen aşıdır(8).

nOPV2(Novel Oral Polio Aşısı): nOPV2, tip 2 monovalan oral polio aşısının(mOPV2) değiştirilmiş bir versiyonudur. Aşı suşunun genomunda hedeflenen bölgelere yapılan modifikasyonlardan dolayı mOPV2'den daha fazla genetik stabiliteye sahiptir. Aşının artan genetik stabilitesi, aşıyla ilişkili paralitik poliomyelit riskini azaltmanın yanı sıra yeni tip 2 cVDPV oluşumunu da azaltır(18). Bu nedenle, nOPV2'nin cVDPV2 iletimini kesmek için önemli bir araç olma potansiyeline sahip olduğu düşünülmektedir (10).

nOPV2 aşısının faz 1 ve faz 2 çalışmaları önceki yıllarda tamamlanmış ve Mart 2021'de Nijerya nOPV'yi ilk kullanan ülke olmuştur (18,19). GPEI, nOPV aşılarının hayatımıza girmesiyle 2023 sonunda cVDPV2 ilişkili vakaların son bulduğunu bildirmeyi ve 2026 sonunda ise vaka olmayışının kesinleşmesini ummaktadır(10).

POLİO VE AŞI İLETİŞİMİ

Halk sağlığında en büyük başarılarından biri olarak kabul edilen aşılama, DSÖ(Dünya Sağlık Örgütü) 2019 verilerine göre yılda 2 ila 3 milyon arasında ölümü önlemektedir. Çocuk felci hastalığının dünyada birçok ülkede ortadan kaldırılması da aşılama sayesinde olmuştur (20). Tüm başarılarına rağmen aşı karşıtlığı, aşı tarihi başlangıcından itibaren tüm dünyada önemli bir sorun olmuştur (21). 2019'da DSÖ, küresel sağlığa yönelik ilk on tehlide aşı tereddütlerini de dahil etmiştir. Aşı tereddüdü, bir ya da daha fazla aşı için aşıyı yaptırmayı geciktirme veya aşıya ulaşılmasına rağmen aşıyı reddetme durumudur. Hiçbir aşıyı yaptırmama ise aşı reddi olarak tanımlanmaktadır (20).

Aşı tereddüdü ve reddinin dramatik sonuçları olabilmektedir. Polio aşı tereddüdü sonucunda da geçmişte ve günümüzde bedeller ödendiği ve ödenmekte olduğu görülmektedir. Hollanda'da 1992-1993 yıllarında vakasız seyreden 14 yılın ardından dini nedenlerle aşılamaı reddeden sosyal ve coğrafi olarak kümelenmiş bir toplulukta tip 3 poliovirüse bağlı salgın meydana gelmiş ve sonucunda 2 ölüm ve 59 kişide paralizisi meydana gelmiştir (11). Somali, vakasız geçen 6 yılın ardından insani

kriz nedeniyle aşıya ulaşım sıkıntısı sonrası 2013'te çocuk felci salgını yaşamıştır (12). Nijerya'da 2003-2004 yıllarında bazı eyaletlerde OPV'nin HIV'i yaydığı ve kısırlığa neden olduğu söylentileri sonrası kullanımı askıya alınmış 2002'de 202 olan Nijerya'daki insidans, 2006'da 1143'e sıçramış ve virüsün Nijeryalı türleri Afrika ve ötesine yayılmıştır. Salgına müdahale faaliyetleri GPEI'ye 500 milyon dolardan fazlaya mal olmuştur (6). Ekim 2021'de, Ukrayna'daki son vakadan 5 yıl sonra 17 aylık bir bebekte akut flask paralizi (AFP) nedeniyle alınan numunelerde VDPV2 tespit edilmiştir. 2020'de ulusal bağışıklama kapsamı üç doz çocuk felci aşısı için %83 olarak saptanmış olup DSÖ'nün polio eradikasyonu için belirlediği stratejilerdeki aşılama oranının altındadır (8,22).

Polio ve Aşı Tereddüdü Belirleyicileri

2012'de aşı tereddüdünü ele almak amacıyla Stratejik Danışma Grubu [Strategic Advisory Group of Experts (SAGE)], aşı tereddüdü belirleyicileri matrisini oluşturmuştur. Matrise göre aşı tereddüdü üç kategoriye ayrılmıştır. İlk kategori, bağlamsal etkiler; sosyo-kültürel, çevresel, tarihi, ekonomik veya politik faktörleri, iletişim ve medya ilişkilerini, ilaç endüstrisini, geçmiş deneyimleri ve coğrafik engelleri içermektedir. İkinci kategori olan bireysel etkiler ve grup etkileri; aşıya ilişkin kişisel algı kaynaklı etkileri veya sosyal / akran ortamının etkilerini kapsamaktadır. Son kategori ise aşı veya aşılama özgü etkiler; doğrudan aşıyla veya aşılama ile ilişkili olan etkileri kapsar (23).

Pakistan'da Nisan 2019'da sosyal medyada çocuk felci aşısının yan etkileri hakkında paylaşılan yanlış bir söylenti ülkedeki çocuk felci ile mücadele çabalarını büyük ölçüde etkilemiş, Nowshera şehrinde aşı reddi bir ay içerisinde 256'dan 88.000'e yükselmiştir (24). Pakistan'da yapılan başka bir çalışmada OPA aşısının reddedilme nedenleri sıklık sırasıyla OPA'nın doğum kontrolüne neden olabileceği, OPV'ye karşı dini liderler, hastalığa yakalanmadan aşılarmaya dair duyulan şüphe, aşının domuz eti ile kontamine olduğu algısı olarak bildirilmiştir (25). Kamerun'da yapılan bir çalışmada da benzer şekilde OPA aşısının güvenli bulunmadığı, infertiliteye neden olduğunun düşünüldüğü gösterilmiştir (26). Türkiye'de 2014 yılında 19 ilde yürütülen mop-up kampanyasında bir aile sağlığı merkezinde OPA aşı uygulanmasını reddeden ailelerin %21'i aşının zararlı olabileceği düşüncesiyle aşığı reddetmiştir (27). Türkiye'de çocuğuna aşı yaptırmamış 33 ailenin değerlendirildiği Topçu ve ark.'nın yaptığı çalışmada aşı yapılmama nedeni olarak ebeveynlerin yarısından fazlası "çocuklar için tehlikeli olabilir" ve "aşılara güvenmemek" yönünde görüş bildirmişlerdir (28). Türkiye'de aşı güvensizliğinin temel sebeplerine bakıldığında aşı içeriğine güvenmeme, aşı yan etkilerinden korkma, dini sebepler, aşı ile ilgili medyada yer alan olumsuz haberler sayılabilir (29).

Polio özelinde toplumlarda cVDPV'ye karşı farkındalığın düşük olması ve çocuk felcinin artık bir tehdit olarak algılanmaması gerektiğine dair yanlış bir güvenlik duygusunun oluşmuş olması da önemli bir sorun olarak görülmektedir. Bu algının daha fazla çocuk felci aşısının gerekliliğine ilişkin şüpheleri güçlendirmesi olasıdır. Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Kenya ve Nijerya'da yürütülen bir çalışmada cVDPV hakkında farkındalık ve bilgi düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur (30). Ülkemizde ise cVDPV farkındalığı üzerine yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır.

Polio ve Aşı Tereddüdü ile Mücadele

Aşı reddinin çözümünde iki farklı yol ön plana çıkmaktadır. Birincisi aşırı yasayla zorunlu hale getirmektir ancak zorunluluğun tarihte aşı reddini artırdığı görülmüştür. İkincisi ve daha fazla kabul gören yol ise iknaya dayalı bilgilendirme/iletişim politikalarıyla toplumun aşılama karşı güvenini pekiştirerek desteğini almaktır (31). Polio Eradikasyon Programı, başladığı tarihten itibaren tıbbi veya epidemiyolojik temelde alınan kararları, etkilenen toplumlara açıklama yani toplumla iletişim içinde olma ihtiyacı ile karşı karşıya kalmıştır. Toplumlara fayda sağlamayı amaçlayan bu kararlar, yeterli iletişim müdahaleleri tarafından desteklenmedikleri takdirde toplumlar tarafından kabul edilmesinde sorunların yaşanması olasıdır. GPEI, polio için iletişim stratejileri çerçevesini, maksimum OPV kapsamını sağlamak için olumlu ve ölçülebilir toplumsal ve davranışsal değişimi teşvik etmeyi amaçlayan sistematik, planlı ve kanıta dayalı bir stratejik süreç olarak tanımlamıştır. Geçmişte çocuk felci eradikasyon stratejilerinin, sağlık çalışanlarını çocuk felci ve çocuk felci aşısı konusunda bilgilendirmeye ve eğitmeye odaklandığı gözlemlenirken, yeni stratejilerin sosyoekonomik normları ve toplumsal gerçeklikleri koruma konusundaki kamuoyu algısını değiştirme üzerine kurulu olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarına güven inşası ve aile ile topluma sürdürülebilir sağlık faydalarına daha çok odaklanılmıştır. Önceki çocuk felci iletişim stratejileri bireyleri hedef alırken, son stratejiler ebeveyni çocuklarına aşı yaptırmaktan caydıran toplumsal değerlerin yanı sıra dinamik farkındalığı da tam olarak ele almak üzere planlanmıştır. İletişim müdahalelerinin ebeveynlerin çocuklarına aşırı tekrar tekrar yaptırmayı kabul etmeleri için ebeveynlerin toplum ihtiyaçları, tutumları ve davranışları hakkında derin bir anlayışa dayanması gerekmektedir (32).

Polio aşı kararsızlığında birbiri üzerine kurulu dört ana faktör önem taşımaktadır: hastalık farkındalığı, aşı farkındalığı, toplumda aşı algısı ve sağlık çalışanına karşı olan algı (33). Polio aşı kararsızlığı ile mücadelede toplumun hastalık ve aşı hakkında resmi kanallardan ve hekimler yoluyla doğru bilgiye ulaşmasının sağlanmasıyla farkındalık artırılmalıdır. Devlet politikaları, toplum tarafından kabul görmüş kişilerin aşı hakkındaki düşünceleri, sosyal medya ve iletişim araçlarının etkisi toplumsal doğru aşı algısının geliştirilmesinde oldukça önemlidir. Toplumda önde gelen kişilerinin aşı kampanyalarında rol alması ve sosyal medya, iletişim araçları kullanılarak toplumun aydınlatılması alınabilecek önlemler arasında yer almaktadır. Aşı kararsızlığını aşmak için önemli bir aşama olarak sağlık çalışanlarına olumlu algının geliştirilmesinde sağlıkta güven inşasını sağlamaya ve hekim-hasta iletişimini güçlendirmeye yönelik politikaların geliştirilmesi gerekmektedir.

Toplum gönüllüleri ve sivil savunuculuk da aşı kararsızlığıyla mücadelede önem taşımaktadır. CORE Grup Polio Projesi (CGPP) kapsamında Etiyopya'da eğitim almış toplum gönüllülerinin ev ev gezerek yaptıkları çalışmalar neticesinde oral çocuk felci aşısı yaptırmaya yüzdesi 2012 ile 2017 arasında %61.1'den %73.5'e yükselmiş ve tam aşılanmış çocukların yüzdesi %24,7'den %43,6'ya çıkmıştır (34). Aynı proje ile Nijerya'da da 12-23 aylık tam aşılanmış çocukların yüzdesi %33'ten %57'ye yükselmiştir. Hindistan'da polio eradikasyon programının yol katetmesinde toplum gönüllülerinin büyük katkısı olmuştur. CGPP ile pek çok ülkede polio açısından elde edilen başarılar toplum gönüllülerinin özellikle ulaşılması zor popülasyonlar için önemini ortaya koymaktadır (35).

Uluslararası kuruluşlar, çocuk felci eradikasyonunda aktif rol alsalar da polio ile mücadelede her ülke kendi toplumsal değerlerini göz önünde bulundurarak yerel stratejik planlarını da geliştirmelidir. Türkiye'nin polio ve aşı iletişimi konularında güncel stratejik planının bulunmaması büyük eksiklik olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyada eradikasyon süreci devam ederken aşı iletişiminin güçlü tutulması ve yerel stratejilerin belirlenmesi, eradikasyon sağlanmış ülkelerde yeni salgın oluşturma ihtimalini en aza indirmek açısından önem taşımaktadır.

Sonuç

Aşılama ile dünyanın pek çok bölgesinde poliovirüslere karşı başarı kazanılmıştır. Üç poliovirüs serotipinden ikisinin eradikasyonu tamamlanmıştır. Ancak vahşi polio tip 1 ile aşı ilişkili poliovirüsler dünya için tehlike oluşturmaya devam etmektedir. Aynı zamanda son yıllarda polio tip 1'den daha fazla aşı ilişkili poliovirüs vakası bildirilmektedir. Dünya'da ulaşımın kolaylaşması bulaşıcı hastalıkların yayılımını kolaylaştırmaktadır. Herhangi bir yerdeki çocuk felci virüsü, dünyadaki tüm çocuklar için tehdit oluşturmaktadır. Poliovirüslerle mücadele dünyada tümünden eradikasyon sağlanana kadar sürecektir. Bu eradikasyon sürecinde en etkin yöntem eskiden olduğu gibi günümüzde de aşılamadır. Bu nedenle polio aşı iletişimi mücadelenin önemli bir ayağını oluşturmaktadır. Toplumun ve sağlık çalışanlarının polio hakkında yeterli farkındalığa sahip olması, polio aşı iletişimini geliştirmek için ulusal ve uluslararası stratejilerin geliştirilmesi ve uygulamaya konulması geçmişte olduğu gibi bugün de önemini korumaktadır.

Kaynaklar

- 1- O'Grady M, Bruner PJ. Polio Vaccine. [Updated 2022 Jan 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526039/> (erişim tarihi:28.08.2022)
- 2- Baicus A. History of polio vaccination. *World J Virol.* 2012;1(4):108-114.
- 3- Mutlu A. Salgın Haberleri 2018 Aşı Türevi Poliovirüs Salgınları. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi.* 2018;3(3):85-95.
- 4- Akdeniz M. , Kavukcu E. Aşılama ve Aşıların Tarihçesi. *Aile Hekimliği.* 2016; 8(2): 11-28.
- 5- Mehndiratta MM, Mehndiratta P, Pande R. Poliomyelitis: historical facts, epidemiology, and current challenges in eradication. *Neurohospitalist.* 2014;4(4):223-229.
- 6- Ghinai I, Willott C, Dadari I, Larson HJ. Listening to the rumours: what the northern Nigeria polio vaccine boycott can tell us ten years on. *Glob Public Health.* 2013;8(10):1138-1150.
- 7- Canbaz S., Pekşen Y. Türkiye'de Poliomyelit Eradikasyon Çalışmaları. *O.M.Ü. Tıp Dergisi.* 2000;17(4): 213-220.
- 8- Yapıcı G. , Yeniocak Tunç A. Ülkemizde Aşı ile Korunabilen Hastalıklara Yönelik Yürütülen Eliminasyon ve Eradikasyon Programlarının Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi.* 2019; 9(2): 171-183.

- 9- Global Polio Eradication Initiative. (2001). Global Polio Eradication : progress 2000. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66763> (erişim tarihi:28.08.2022)
- 10- Global Polio Eradication Initiative. (2021). Polio Eradication Strategy 2022-2026: Delivering on a Promise. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031937> (erişim tarihi:28.08.2022)
- 11- Oostvogel PM, van Wijngaarden JK, van der Avoort HG, et al. Poliomyelitis outbreak in an unvaccinated community in The Netherlands, 1992-93. *Lancet*. 1994;344(8923):665-670. doi:10.1016/s0140-6736(94)92091-5
- 12- Kamadjeu R, Mahamud A, Webeck J, et al. Polio outbreak investigation and response in Somalia, 2013. *J Infect Dis*. 2014;210 Suppl 1:S181-S186. doi:10.1093/infdis/jiu453
- 13- Wolbert JG, Higginbotham K. Poliomyelitis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; June 21, 2022.
- 14- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update on vaccine-derived polioviruses--worldwide, April 2011-June 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61:741-746.
- 15- Saglan R. Salgın haberleri. *Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 2016; 1(1),58-62.
- 16- Howard RS . Poliomyelitis ve postpolio sendromu. *BMJ* 2005; 330 :1314 doi:10.1136/bmj.330.7503.1314
- 17- Ciapponi A, Bardach A, Rey Ares L, et al. Sequential inactivated (IPV) and live oral (OPV) poliovirus vaccines for preventing poliomyelitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;12(12):CD011260. Published 2019 Dec 5. doi:10.1002/14651858.CD011260.pub2
- 18- Polio Global Eradication Initiative - nOPV2: Clinical Development Summary Updated June 2022 https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/06/nOPV2-Clinical-Development-Summary_June-2022-Update_Final-EN.pdf (erişim tarihi:30.08.2022)
- 19- Polio Global Eradication Initiative- Global Overview – Status of Polio Eradication Information Note For The Special Focus Session On Polio 2021 Annual Session of the UNICEF Executive Board https://www.unicef.org/executiveboard/media/5501/file/2021_AS-SFS-Polio_Global_Overview-Information_note-EN-2021.05.20.pdf (erişim tarihi:30.08.2022)
- 20- Etesamınia S. , Bağcı Derinpınar K. Aşı Tereddütlerinde Sosyal Medyanın Rolü. *USAYSAD*. 2021; 7(2): 377-390.
- 21- Kader Ç. Aşı Karşıtlığı: Aşı Karasızlığı ve Aşı Reddi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2019;4(3):377-88.
- 22- World Health Organization [Disease Outbreak News/Item/Circulating vaccine-derived poliovirus type 2 \(cVDPV2\) – Ukraine](https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/circulating-vaccine-derived-poliovirus-type-2-(cvdvpv2)-ukraine) [https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/circulating-vaccine-derived-poliovirus-type-2-\(cvdvpv2\)-ukraine](https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/circulating-vaccine-derived-poliovirus-type-2-(cvdvpv2)-ukraine) (erişim tarihi:29.08.2022)
- 23- Düzgün M. V. , Dalgıç A. İ. Toplum Sağlığı İçin Giderek Artan Tehlike Aşı Reddi Önlenebilir Mi?. *Güncel Pediatri*. 2019; 17(3): 424-43
- 24- Ittefaq M, Abwao M, Rafique S. Polio vaccine misinformation on social media: turning point in the fight against polio eradication in Pakistan. *Hum Vaccin Immunother*. 2021;17(8):2575-2577. doi:10.1080/21645515.2021.1894897

- 25- Murakami H, Kobayashi M, Hachiya M, et al. Refusal of oral polio vaccine in northwestern Pakistan: A qualitative and quantitative study. *Vaccine*. 2014;32(12):1382-7
- 26- Feldman-Savelsberg P, Ndonko FT, Schmidt-Ehry B. Sterilizing vaccine sorthe politics of the womb: retrospective study of a rumor in Cameroon. *Med Anthropol Q* 2000;14(2):159-79.
- 27- Erdem Ö, Toktaş İ, Çelepkolu T, Demir V. [The reasons of vaccination rejection during the mop-up oral polio vaccination campaign: A family health center experience]. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2017;9(1):19- 23.
- 28- Topçu S, Almış H, Başkan S, Turgut M, Orhon FŞ, Ulukol B. Evaluation of Childhood Vaccine Refusal and Hesitancy Intentions in Turkey. *The Indian Journal of Pediatrics* (January 2019) 86(1):38-43
- 29- Tekinel B. Tehlikeli Olan Hangisi ? Aşı Mı? Aşı Karşıtlığı Mı ?. *AEGEAN J MED SCI*. 2020; 3(2): 80-82.
- 30- Lorenzetti L, Haydarov R, Namey E, et al. Exploring public perceptions of vaccine-derived poliovirus and a novel oral polio vaccine in the Democratic Republic of the Congo, Kenya, and Nigeria [published online ahead of print, 2022 Jul 20]. *Vaccine*. 2022;S0264-410X(22)00591-6. doi:10.1016/j.vaccine.2022.05.020
- 31- Özata, F. Z. & Kapusuz, S. Aşı Kararsızlığı Ve Aşı Reddi Konusuna Sosyal Pazarlama Bakış Açısından Çözüm Önerileri . *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* , 2019;20 (1) , 65-83 . <https://dergipark.org.tr/tr/pub/anadoluibfd/issue/47503/600039> (erişim tarihi:28.08.2022)
- 32- Polio Global Eradication Initiative- Communication for Development Guidelines for Responding to Polio Events and Outbreaks Post Switch, Updated November 2016 https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/C4DGuidelines_OutbreakPostSwitch_Nov2016_EN.pdf (erişim tarihi: 26.09.2022).
- 33- Global Strategy The Strategy For Polio Communication, 2016 https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Polio-Communications-Global-Guide-Part-1-or-4_Jan2016_EN.pdf (erişim tarihi:27.09.2022)
- 34- Stamidis KV, Bologna L, Bisrat F, Tadesse T, Tessema F, Kang E. Trust, Communication, and Community Networks: How the CORE Group Polio Project Community Volunteers Led the Fight against Polio in Ethiopia's Most At-Risk Areas. *Am J Trop Med Hyg*. 2019;101(4_Suppl):59-67. doi:10.4269/ajtmh.19-0038
- 35- Losey L, Ogden E, Bisrat F, et al. The CORE Group Polio Project: An Overview of Its History and Its Contributions to the Global Polio Eradication Initiative. *Am J Trop Med Hyg*. 2019;101(4_Suppl):4-14. doi:10.4269/ajtmh.18-0916

HASTA HEKİM İLETİŞİMİ İLE İLGİLİ YAPILMIŞ TIPTA UZMANLIK TEZLERİNİN BİBLİYOGRAFİK ANALİZİ

Gamze Dur¹

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye
gamzecemalidur@gmail.com

Hasta-hekim iletişimi; sağlığın geliştirilmesinde, koruyucu hekimlik uygulamalarından, tedavi ve rehabilitasyona her aşamada üzerinde durulması gereken ve çalışılması gereken en temel konulardan biridir. Bu araştırmada, ülkemizde hasta-hekim iletişimi ile ilgili yapılmış tıpta uzmanlık tez çalışmalarının bibliyografik incelenmesi ile bu konuda çalışma yapacaklara bakış açısı kazandırmak amaçlandı.

Yüksek Öğretim Kurumu tez veri tabanı olan Ulusal Tez Merkezi internet sitesinde yayımlanan tıpta uzmanlık tezleri; “İletişim”, “Hasta-Hekim”, “Doktor-Hasta”, “Kötü Haber Verme”, “Hasta Merkezli” ve “Biyopsikososyal” anahtar kelimeleri ile taranmıştır. Ulaşılan tezler incelendiğinde, hasta ve hekim iletişimini baz alan toplam 30 tez olduğu saptandı. İçerik analizi ve betimsel analiz yöntemleri beraber kullanıldı. Tezler; yapıldıkları yıl, kurum, sayfa sayısı, evren/örneklem, araştırma yöntemi, veri toplama araçları, veri analiz teknikleri gibi çeşitli değişkenlere göre incelendi. Verilerin analizinde SPSS 25.0 programı kullanıldı.

Çalışmaya 2008-2022 yılları arasında yapılmış 30 tez dahil edildi. Tezlerin 27’si (%90) aile hekimliği, 3’ü (%10) diğer branşlar (Acil tıp, halk sağlığı, psikiyatri) tarafından yürütülmüştü. Yıllara göre dağılımına bakıldığında; en fazla sayıda tezin; 2016-2020 yılları arasında yapıldığı saptandı. Tezlerin sayfa sayısı; 51 ile 194 sayfa arasında değişmekteydi. 24’ü (%80) üniversite ve 6’sı (%20) eğitim araştırma hastanesinde yürütülmüştü. İçerik analizinde ise tezlerin 22’sinin (%73,3) kesitsel anket çalışması olduğu saptandı. 5’i (%16,7) nitel çalışma, 2’si (%6,7) prospektif kontrollü müdahale çalışması ve 1’i (%3,3) metodolojik (ölçek güvenilirlik) çalışmaydı. Tezlerin 10’u (%33,3) yalnızca hastalarla, 9’u (%30) yalnızca hekimlerle, 9’u (%30) hem hasta hem de hekimlerle, 1’i (%3,3) hasta yakınları ile yapılırken, kalan 1 (%3,3) tez ise metodolojik (ölçek güvenilirliği) çalışma idi.

Hasta-hekim iletişimine odaklanan tez çalışmalarının hem kalitatif hem de kantitatif olarak artırılmasına, aile hekimliği dışındaki uzmanlık alanlarında da konuyla ilgili çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu alanda iyi tasarlanmış, kapsamlı, nitel çalışmaların da yapılması, hekimlerin farkındalık kazanmasına ve sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

HEALTH COMMUNICATION AND NUTRITION AWARENESS

Esengül Akkök¹, Zeynep Dila Tekin², Melis Ayse Ozdemir³, Ezgi Yıldız⁴, Banu İlgi Alibeyoğlu¹, Ali Erdoğan¹, Hatice Bilgili¹

¹Biomedical Engineering, Inonu University, Malatya, Türkiye

²Bahcesehir Hevsel Science and Technology High School, Diyarbakır, Türkiye

³BASIS Independent Mclean High School, Virginia, United States America

⁴Psychology, Munzur University, Tunceli, Türkiye

esengulakkok@gmail.com

Today, people are struggling with many health problems. Interdisciplinary studies are needed in the medical world to solve these health problems affect people differently. Nutrition awareness is also directly related to the healing process of the disease and quality of life. As a result, the importance of nutrition concept and health communication is increasing daily, and it positively affects therapy and patient satisfaction, as an eye-opener in health education as well as health protection.

The view of health-related issues is affected by many variables such as the society in which the individual lives, living conditions, and the development of technology. Although the disease is generally defined as “any condition caused by abnormal structural and functional changes in tissues and cells”, it varies according to the level of knowledge and culture of the person. Health communication is a technique of informing, influencing and motivating individuals, institutions, and the public about important health problems, in line with the health promotion approach. In health communication the internet usage is extensive. As a result of the frequent emphasis of new media publications on the focus of social interaction, nutrition awareness and health communication are also significantly affected.

Therefore, some different tastes and presentations originating from the new media have significantly affected the characteristic features of local cuisines over time and have started to bring up the new media-specific healthy nutrition recommendations. The imposed perceptions of beauty and the presentation of healthy living as a status indicator prepare the environment for the emergence of eating disorders such as anorexia nervosa and cardiovascular diseases. However, a healthy diet protects, improves health and reduces the risk of chronic diseases. Therefore, while malnutrition impairs health, a correct diet should be applied in illness.

The healthy human metabolism is related to nutrition, but if excess calories are not consumed, they are stored as fat, which creates an environment for obesity and indirectly for other chronic diseases. In the same way, it is necessary to change the normal diet in diseases that occur.

Nutrition is a very important element for the development of countries, undernourished or malnourished societies are at risk for infectious diseases. Nutrition communication is a concept that emerged to protect the society from diseases and raise awareness, like health communication. Today, nutrition and health communication are one of the indispensable needs of the society, as technology facilitates the interaction between the society and health professionals.

HEALTH COMMUNICATION IN SCHOOL SETTINGS: THE EFFECT OF SPEECH AND LANGUAGE DISORDERS TRAINING ON THE ATTITUDES AND KNOWLEDGE OF COUNSELORS WORKING WITH PRESCHOOL AND PRIMARY SCHOOL LEVELS

İbrahim Can Yaşa¹

¹Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, İstanbul, Türkiye
ibrahimcanyasa@gmail.com

Speech and language disorders are seen in every period of life and much more successful results can be obtained when treated in childhood. The attitudes and opinions of educators and parents are effective in diagnosing language and speech disorders from this aspect and conducting the treatment process correctly. Guidance teachers demonstrate the importance of practices that can provide healthy communication and interaction in the school setting to increase awareness and knowledge. For this purpose, the effects of language and speech disorders training on the attitudes and knowledge of counselors were examined in the present study.

The participants of the study consisted of 145 school counselors at the preschool and primary school levels in Bahçeşehir Educational Institutions throughout Turkey. In this context, training was provided in fields such as communication, the definition of language and speech, requirements of healthy communication, components of language, stages of language development and requirements for normal language development, and cognitive, motor, and physical competencies needed for producing speech, definition, and classification of communication-language and speech disorders. "The Management of Speech and Language Disorders in School Environment" training was provided to the teachers. "The Attitude and Knowledge Questionnaire towards Language and Speech Disorders" was used as the data collection tool in the study. There are a total of 20 attitude items, 10 of which are about the academic and social success of children who have speech and language disorders, and 10 about their treatment needs in the first part of the questionnaire. The evaluation of the attitude items was made using a 5-point Likert-type rating. The study process was followed by giving the relevant questionnaire, conducting the training, and giving the questionnaire back to the teachers 1 month after the training. Relevant training and survey applications were shared on the platforms where the guidance teachers were still working by the Bahçeşehir Educational Institutions Preschool and Primary School Psychological Counseling and Guidance Coordinator using online training and survey methods, and participation in the study was ensured.

The findings were expressed by using frequencies and percentages. According to the findings, pre-training guidance teachers stated the opinions as follows; children with speech problems may be hyperactive and maladaptive (52%), speech problems may affect their school life/courses negatively (58%), reason for their failure in lessons is speech problems (54%), and therapies enable the child

to develop positive attitudes towards his/her problems (63%). In the post-training application, they stated that children with speech problems may be hyperactive and maladaptive (18%), speech problems may affect their school life/courses negatively (11%), the reason for their failure in lessons is speech problems (7%), and therapies help the child develop a positive attitude towards the problem (100%). All of the participants (100%) had positive attitudes towards following individual therapies and being informed about the subject.

Increasing the health communication in the school setting, and informing the teachers in line with relevant issues can lead to positive attitudes and increase their knowledge levels on specific subjects. In this respect, increasing multidisciplinary work and communication have critical importance in the early diagnosis and intervention processes of speech and language disorders.

Keywords: Communication disorders, Teacher training, Level of knowledge, Attitude

HEKİM HASTA İLETİŞİMİ ÜZERİNE “WİT” FİLMİNİN ANALİZİ

Vahide Korkmaz^{1,2}, Selda Yıldız³

¹Emirdağ Devlet Hastanesi, Hemşire, Afyonkarahisar, Türkiye

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Bölümü, Doktora Öğrencisi, Eskişehir, Türkiye

³Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, SHMYO Yaşlı Bakım Hizmetleri, Eskişehir, Türkiye

vkorkmaz252@hotmail.com

Hekim-hasta ilişkisini yöneten en önemli ve anlamlı sistem iletişimdir. Hastalık ve özellikle ölümcül hastalıklar hasta tarafından fiziksel, duygusal ve ruhsal hatta sosyal olarak deneyimlendiği için hekimin, iletişimde bu perspektifleri benimseyerek bütüncül yaklaşması beklenmektedir. Özellikle ölümcül hastalıklarda hasta, kendi yaşamının sonunda olmanın güçlüğü ve kırılganlığını yaşamaktadır. Tıbbi tedavinin ötesinde, hastanın anlamak ve anlaşılmak isteği ön plana çıkabilmektedir. Tüm bu faktörler göz önüne alınarak bu hassas ilişkiyi yöneten sistemin yörüngesinin hasta merkezli olması gerekmektedir.

Bu çalışmada Wit (2001) filmi sergilenen hekim-hasta iletişimini incelemek ve bu ilişkideki iletişimsel eksiklikleri ortaya koymak amaçlanmıştır.

Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden içerik analizi yöntemi kullanılarak ‘Wit’ filmindeki hekim ve hasta arasındaki iletişimin içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi; desenleri, temaları, varsayımları ve anlamları tanımlamak için belirli bir materyal gövdesinin dikkatli, ayrıntılı, sistematik bir incelemesi ve bütünüyle yorumlanmasıdır.

Filmin ana karakteri, İngiliz Edebiyatı profesörü Vivian Bearing’dir. Aldığı over kanseri tanısının didaktik bir üslupla hekim tarafından kendisine bildirilmesiyle başlayan film boyunca doktorlar Bearing’e duygusuz ve kapalı bir iletişim ile yaklaşmaktadırlar. Ona bir araştırma nesnesi gibi davranılması temel problemlerden biridir. Hekim merkezli bir ilişkinin görüldüğü yapımda, kötü haberin verilmesinde tıbbi terminoloji kullanılarak, beden dili ve sözsüz iletişimle birlikte özerkliğe saygının göz ardı edildiği görülmüştür. Paternalist yaklaşımın hakim olduğu senaryoda tıbbın biyomedikal yönü ve hümanist yönü arasındaki boşluk başarılı bir şekilde işlenmiştir.

Gururun kibrine karşı ve empatinin şefkatine yönelik uyarıcı bir gösterim olarak kabul edilen filmde Vivian Bearing’in yolculuğu, tıbbın biyomedikal ve ahlaki kavramsallaştırmalarıyla iç içe olmasıyla göze çarpmaktadır. Empati, merhamet ve iletişim becerileri konusunda ‘Wit’ filminin gündeme getirdiği noktalar evrensel ve zamansızdır. Bugün tıbbın geldiği nokta miyop bir indirgemecilikle hastalığa odaklanmak ve hastaya karşı neredeyse kör olmak olmuştur. Bu yönüyle film; hekim hasta iletişimi, hekim hasta ilişkisinde etik, tıp etiği, hekim- hasta ilişkisi gibi konuları tartışmak, eğitim materyali olarak kullanmak için ve tıp etiği açısından oldukça önemli ve güncelliğini kaybetmeyen bir başyapıttır.

Anahtar Kelimeler: Wit filmi, Hekim hasta iletişimi, Etik, Tıp etiği.

HEKİMLERE YÖNELİK BESLENME VE SAĞLIK İLETİŞİMİ EĞİTİM PROGRAMI

F. Nur Baran Aksakal^{1,2}, **Özge Dinç⁴**, H. Tanju Besler³, Begüm Mutuş¹, Özlem Üliç Çatar¹, Orhan Aydoğdu⁴, Serhat Ünal^{1,5}

¹Sabri Ülker Vakfı, İstanbul, Türkiye

²Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

⁴Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu, Ankara, Türkiye

⁵Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye
ozge.dinc@sabriulkervakfi.org

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre beslenme, besin alımının vücut sağlığını etkilediği süreçler olarak tanımlanmaktadır. Yaşamın erken dönemlerinden başlayarak yeterli ve dengeli miktarda enerji ve besin ögesinin sağlanması; optimal sağlık, hareketlilik, dayanıklılık ve bilişsel yeteneklerin gelişimi için önemli olmasının yanı sıra hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde de beslenmenin rolünün büyük bir paya sahip olduğu bilinmektedir. Sağlıklı beslenme alışkanlıkları sadece yenidoğan, çocuk ve anne sağlığında değil, obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı koruyucu bir faktör olarak görev alarak, böylece daha uzun yaşam beklentisi ile ilişkilidir. Malnütrisyon ise insan sağlığı açısından tehdit oluşturan enerji ve/veya besin ögesi alımındaki eksiklik, fazlalık ve dengesizlikleri içermektedir. Tıp eğitiminde beslenmenin rolü, sağlıklı beslenme ve malnütrisyon ile ortaya çıkan beslenmeye bağlı bulaşıcı olmayan hastalıklar arasındaki ilişki hakkında bilgi sahibi olunmasını sağlamaktır.

Toplumda beslenme ve sağlık alanında yaşanan bilgi kirliliğine bakıldığında toplumun yarıdan fazlasının sağlıklı beslenme ve ilintili konularla ilgili en yakın danışma birimi olarak aile hekimlerine soru yönelttikleri görülmektedir. Ancak, özellikle bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde beslenme iletişiminin rolüne ilişkin mevcut bilgi düzeyini geliştirmek isteyen hekimlere ve diğer sağlık profesyoneline yönelik beslenme eğitim programları dünya çapında sınırlıdır. Bununla birlikte, hekimler tıp eğitimleri boyunca müfredatlarında hiç ya da sınırlı düzeyde beslenme bilgisi edinmektedir. Tıp müfredatında beslenme ile ilgili derslerin yer almıyor olması veya sınırlı olması, bu alanda hekimlere yönelik beslenme eğitimi ve beslenme iletişimi programlarının geliştirilmesi gereğine dikkat çekmektedir. Bu ihtiyaçtan yola çıkarak; Sabri Ülker Vakfı ve Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF) iş birliği ile düzenlenen 'Hekimlere Yönelik Beslenme ve Beslenme İletişimi Eğitimi' programı ile hekimlere yeterli ve dengeli beslenme kavramı ile hastalıklarda beslenmenin yeri ve önemini kanıta dayalı ve bilimsel olarak sunmak ve topluma bu bilgileri aktarırken gerekli olabilecek iletişim becerilerini edindirmek hedeflenmiştir. Türkiye'de hekimlere yönelik ilk beslenme ve beslenme iletişimi eğitimi niteliğini taşıyan bu program STK, Üniversite ve Federasyonu iş birliğinde geliştirilmiştir. Aile hekimlerine yönelik geliştirilen eğitim programı 2022 yılı mart ayında başlamıştır. 8 eğitimi kapsayan ilk eğitim programının ardından ileri düzey eğitim programı için hazırlıklar devam etmektedir. Ayrıca bu programın ilerleyen süreçte diğer sağlık profesyonellerini de kapsamak üzere geliştirilmesi planlanmaktadır. Programın amacı, sağlık profesyonellerinin beslenme

ve sağlık ilişkisini hastalarına sunarken gerekli olabilecek iletişim mesaj ve becerilerini edindirilmesi olup, program model bir pilot eğitimi kapsamaktadır. Bununla birlikte, tıp müfredatındaki beslenmeye yönelik eksikliğin de desteklenmesi hedeflenmiştir. Bu program multidisipliner bir yaklaşım ile öncelikle hekimlerin beslenmeye ilişkin hangi konularda eğitim gereksinimine ihtiyaç duyduklarını saptamıştır. Bunun için AHEF'e kayıtlı aile hekimlerine online bir anket iletilerek, bu programın müfredatı belirlenmiştir. Hekimlere program başlamadan ihtiyaç analizi yapmak üzere uygulanan anket sonuçlarına göre; 'Hastalarınızın beslenme ile ilgili sorularına yanıt verirken kendinizi yeterli hissediyor musunuz?' sorusuna, eğitim programında yer alan hekimlerin sadece yüzde 26'sı 'Evet' yanıtını vermiştir. Bu soruyu katılımcıların yüzde 18,5'i "Hayır", yüzde 55'lik çoğunluğu ise "Kısmen" olarak yanıtlamıştır. Anket sonuçlarına göre aile hekimlerinin en fazla bilgi desteğine ihtiyaç hissettikleri alanlar "vücut ağırlığı/kilo kontrolü yaklaşımları", "probiyotik ve prebiyotiklerin de dahil olduğu besin takviyelerinin hastalıklarla etkileşimleri", ile "vitamin ve mineral takviyelerinin sağlığın korunması ve geliştirilmesinde olası etkileri" gibi konu başlıklarını içermektedir.

Programın değerlendirilmesi ve izlenmesi için programın tamamlanmasını takiben 3 ay sonra yapılacak olan değerlendirme anketi ile hekimlerden programın etkinliğine ilişkin geri bildirimler alınacaktır. Programın kısıtlılıkları içerisinde online bir eğitim olarak planlanması ve küçük bir grupta uygulanması sıralanabilir.

Anahtar Kelimeler: Optimal beslenme, Sağlık iletişimi, Aile hekimleri

Referanslar

1. KARANFİLOĞLU, M., & SAĞLAM, M. (2021). Health Communication During The Pandemic: A Research For Health Care Professionals. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, 2021(54), 220-235.
2. Yıldırım, F. E., & Keser, A. E. (2015). Sağlık okuryazarlığı.
3. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM), (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, Ankara.
4. Çaplı B. Sağlık Haberlerinde Kaynak Değerlendirmesi Araştırması. (2017). Bilkent Üniversitesi İletişim Tasarımı Bölümü.
5. Secosan, I., Virga, D., Crainiceanu, Z. P., Bratu, L. M., & Bratu, T. (2020). Infodemia: another enemy for romanian frontline healthcare workers to fight during the COVID-19 outbreak. Medicina, 56(12), 679.
6. Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. BioPsychoSocial medicine, 4(1), 1-5.
7. Reis, S., Visser, A., & Frankel, R. (2013). Health information and communication technology in healthcare communication: The good, the bad, and the transformative. Patient Education and Counseling, 93, 359-362. doi:10.1016/j.pec.2013.10.007
8. Street Jr, R. L., & Finset, A. (2022). Two years with COVID-19: New-and old-challenges for health communication research. Patient Education and Counseling, 105(2), 261.
9. Gürbüz, S., Köşker, D. N., Leitão, A. T., Mayer, L., Topak, C., Musa, F. U., ... & Dumitra, A. A. Nutrition in Medical Education.

HEKİMLERİN ACİL SERVİSTE ATEŞLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIM KONUSUNDA BİLGİ VE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dicle Şener Okur¹, Mustafa Yasin Çolak², Hasan Uzun², Ceyda Efe²

¹Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Denizli, Türkiye

²Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Denizli, Türkiye

diclesen71@yahoo.com

Giriş ve Amaç

Ateş çocuklarda en sık görülen, ailelerde en çok kaygıya sebep olan acile başvuru yakınmalarından biridir. Çalışmamızda ateş yakınması ile başvuran ateşli çocuklara hekimlerin yaklaşımlarının değerlendirilmesi ve bilgi düzeylerinin ölçülmesi, elde edilecek sonuçlarla bu konudaki sorunların ve kaygıların düzeltilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız 17 Mayıs 2022- 17 Haziran 2022 arasında, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil serviste gerçekleştirilmiş anket çalışması olup katılımcılara demografik özelliklere ilişkin 5 soru, hekimlerinin ateşli çocuğa yaklaşımları, uygulamaları ve bilgi düzeyleri ile ilgili 17 soru yöneltilmiştir. Hekimlerin uygulama, yaklaşım ve bilgi ilişkili sorulara verdiği cevaplar demografik özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılmıştır. Elde edilen bulgular $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular

Anket toplam elli iki hekime dağıtılmış, bu hekimlerin 41'i cevap vermiş, ankete katılım oranı % 78.9 saptanmıştır. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması $28,50 \pm 2,92$ yıl, meslekte geçirdikleri süre ortalaması $3,46 \pm 3,01$ yıl, %68.3'ünün kadın olduğu bulunmuştur. Katılımcıların sorulara doğru cevap verme oranı ortalama %68.2 saptanmıştır. Sorulara doğru cevap verme oranlarının yaş, cinsiyet ve meslekte geçirilen süre açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Katılımcıların %68,3'ünün ateşin düşürülmesi gereken durumlarla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı, %46.3'ünün yanığı olan ateşli çocukta ateşinin düşürülmesini gerekli bulmadığı, %56.1'inin yüksek ateşi olan ancak toksik görünmeyen çocuklara nasıl yaklaşacağını bilmediği, %48.8'inin ayaktan ampirik antibiyotik tedavisinde kullanılacak ajan ve/veya ajanın dozu konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı, %48.8'inin hastaneye yatırılması gereken ateşli çocukları belirlemede yeterli bilgiye sahip olmadığı saptanmıştır.

Sonuç

Çalışmamızda hekimlerin acile serviste ateşli çocuklara yaklaşım konusundaki bilgi düzeylerinin yaş ve meslekte geçirilen yıl gibi demografik özelliklerden etkilenmediği saptanmıştır. Bu durum bilgiyi edinme ve güncelleme konusunda kaynaklara ulaşmada günümüzde herhangi bir engelin olmadığını düşündürmektedir. Çalışmamızın bulguları çocuk acil servisimizde çalışan hekimlerin genel olarak ateşli çocuğa yaklaşım konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını göstermektedir. Özellikle 36 ay ve altındaki ateşli çocuklara yaklaşımda, hastanede ve/veya ayaktan tedavi tercihini belirlemede, ayaktan ampirik antibiyotik endikasyonlarını koymakta, antibiyotik seçiminde, uygulanacak antibiyotiğin dozunu ayarlamakta hekimlerin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıkları anlaşılmıştır. Bu sonuçlar çocuk acil serviste çalışan hekimlerin özellikle 36 ay ve altındaki ateşli çocuklara yaklaşım konusunda bilgi ve becerilerinin arttırılması gerekliliğini göstermiştir. Çocuk acile en sık başvuru nedeni olan ve ciddi hastalıkların da bulgusu olabilen ateş konusunda çocuk hekimlerinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları açıktır. Güncel literatürler, bu konulardaki rehberler ışığında eğitim süreci yürütülmeli ve sürekli yenilenmelidir.

HEKİMLERİN YAŞLI HASTALAR VE YAKINLARIYLA İLETİŞİMİNİN VE ORTAK KARAR ALMANIN ÖNEMİ

Bahar Bektan Kanat¹

¹*İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları-Geriatri, Uzman Doktor-Yan Dal Araştırma Görevlisi, İstanbul, Türkiye*
baharbektan@gmail.com

Çalışmamızda bir olgu üzerinden hekimlerin yaşlı hastalar ve yakınları ile doğru iletişiminin ve ortak karar almanın önemine dikkat çekmek, ileri yaşın medikal işlemlerin gerçekleştirilmesine engel teşkil ettiği inancısını ortadan kaldırmak ve literatür taraması yaparak bu konularda kısa bir derleme sunmak istedik.

98 yaşında kadın hasta karın ağrısı, bulantı, kusma, titreme ve ciltte sararma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Esansiyel hipertansiyon ve hipotiroidi tanıları mevcuttu. Levotiron 75 mcg/gün ve perindopril 5 mg/gün kullanmaktaydı. Yakınlarından hastanın evde temel ihtiyaçlarını kendisinin görebildiği öğrenildi. Katz temel günlük yaşam aktiviteleri skoru:8 (0-27), Lawton Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri skoru:10 (0-17) idi. Fizik muayenesinde karın sağ üst kadranda hassasiyet, defans ve reboundu vardı. Laboratuvar incelemesinde Alanin aminotransferaz:125 IU/L Aspartat aminotransferaz:223 IU/L total bilirubin:7.2 mg/dL direk bilirubin:4.1 mg/dL lökosit:18700 10³/μL nötrofil:13500 10³/ μL C-reaktif protein:9,7 mg/L prokalsitonin:55 μg/L idi. Abdomen ultrasonografide intrahepatik safra yolları dilateydi, safra kesesi lümeninde en büyüğü 15 mm boyutunda çok sayıda taş saptandı, yine koledok içinde 8 mm boyutunda kalkül olup koledok çapı artmıştı. Manyetik rezonans kolanjiyografide de benzer bulgular vardı. Acil serviste bakılan arteriyel tansiyon değeri 80/50 mmHg, pO₂ değeri %89 olan hasta kolanjiyosepsis ön tanısıyla dahiliye yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Pozitif inotropik tedavi ve oksijen desteği verildi, antibiyoterapi başlandı. Bilinci açık olan hastaya ve yakınlarına işlemin gerekliliği ve riskleri ayrıntılı olarak anlatıldı. Hastanın beklentileri öğrenildi. Ortak karar verilerek ve bilgilendirilmiş onam alınarak perkütan transhepatik biliyer drenaj işlemi gerçekleştirildi. Takibinde vitalleri stabilleşen, akut faz reaktanları gerileyen hasta önce yoğun bakım ünitesinden dahiliye servisine çekildi, birkaç günlük takibin ardından tamamen iyileşen hasta evine taburcu edildi. Hasta yakınlarından hastanın 3 yıl önce kolelitiazis tanısı aldığı, elektif operasyon endikasyonu olmasına rağmen o dönem hem hastanın ileri yaşından hem de hekim-hasta yakını arasındaki iletişim hatalarından dolayı yakınlarının hastayı opere ettirmek istemediği öğrenildi.

Sağlıklı iletişim yaşamın her alanında olduğu gibi sağlıkta da büyük önem taşımaktadır. Etkili doktor-hasta iletişimi, gelişmiş hasta güvenliği, yüksek sağlık hizmeti kalitesi ve iyileştirilmiş sağlık sonuçları ile doğrudan bağlantılıdır. Hekimlerin hastalarla iletişiminin yanında özellikle çocuk ve yaşlı hastalar söz konusu olduğunda hekimlerin hasta yakınları ile sağlıklı iletişimi de büyük önem taşımaktadır. Doğru iletişim hekimlerle hastalar ve yakınları arasında güveni sağlar, sağlıkta şiddeti önler.

Pel-Littel ve arkadaşları 2021 yılında BMC Geriatrics dergisinde yayınlanan derlemelerinde sağlık profesyonellerinin her bir hasta için bireyselleştirilmiş bir yaklaşım ve iyi iletişim becerilerine ihtiyacı olduğunu vurgulamışlardır (1). “İyi doktor kimdir?” sorusunun cevabını arayan bir derlemede de (öğrenciler, doktorlar hemşireler ve hastalara sorulmuş) iyi doktor olmakla ilgili alınan cevaplardan önde gelenleri ‘iletişim becerisinin güçlü olması’ ve ‘tedavi kararında hastanın fikrini alması’ olmuştur. Sorulara cevap verenlerden hastalar iletişim becerilerine daha fazla odaklanırken doktorların ‘iyi doktor’ olma hususunda tıbbi becerilere daha fazla önem verdiği ortaya çıkmıştır (2). Ağustos 2022’de “Supportive care in cancer” dergisinde yayınlanan, ileri evre akciğer kanseri hastalarıyla yapılmış olan bir çalışmada ilerlemiş akciğer kanserinde artan fiziksel semptom yükünün, hastaların duygusal refahını bozabildiği ve doktorların iyi iletişim becerilerinin bu konuda bir tampon olabileceği sonucuna varılmıştır. Çalışma hekimlerin iyi iletişim becerilerini geliştirmenin, bu hastalarda semptom yükü ile uyumsuz duygusal tepkileri azaltmada faydalı olabileceğini ortaya koymuştur (3). Fino ve arkadaşları da tırnak operasyonu geçirmiş hastalarda olumlu doktor hasta iletişiminin ameliyat sonrası ağrıyı azalttığını ve fiziksel aktivite kalitesini düzenlediğini göstermiştir (4). Genellikle yaşlı hastalar iletişim kurmakta gençlere göre daha fazla zorluk çekerler. İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan bilişsel fonksiyonlardaki bozulmalar, görme ve işitme azlığı gibi durumlar iletişimi güçleştirmektedir. Ortaya çıkan bu iletişim bozukluğu yanlış tanı ve tedavilere, artan sağlık maliyetlerine neden olmaktadır. Hekime yaşadığı sorunları doğru bir şekilde ifade edemeyen bir hastanın doğru tanı alarak doğru tedaviye ulaşması mümkün değildir. 55-75 yaş arası hastalarla 75 yaş üzerindeki hastaların hastane yatışı ile ilgili deneyimlerinin karşılaştırıldığı, 19 merkezin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada 75 yaş üzeri grubun özellikle iletişim ölçütleri açısından diğer gruba kıyasla daha az pozitif deneyimler edindiği ortaya konmuştur. Çalışmada hastane personelinin yaşlı hastalarla iletişiminin etkinliği araştırılarak daha genç hastalar için tasarlanmış hastane protokollerinin daha yaşlı hastaların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (5). İleri evre demans gibi yaşlı ile iletişimin tamamen kesildiği durumlarda hasta yakınları veya bakımverenleri ile iletişim büyük önem kazanmaktadır.

İrdelemek istediğimiz bir diğer konu ise toplumumuzda ileri yaşın medikal işlemlerin gerçekleştirilmesine engel teşkil ettiği inanışıdır. Ancak yaş ve fonksiyonellik bambaşka kavramlardır. Hekimlerin bu tabuyu kırarak yaşlı hastaların yakınları ve bilişsel ve psikiyatrik açıdan sağlıklı ise hastaları, uygulanacak her tür medikal işlemin riskleri, ortaya çıkabilecek olumlu veya olumsuz durumlar hakkında tüm açıklığıyla ve anlaşılır bir dille bilgilendirmesi gerekmektedir. Bu esnada hekim tecrübelerini aktarabilir ancak yönlendirici olmamalıdır. Festen ve arkadaşları bir geriatri polikliniğine başvurmuş ve önemli bir tedavi (kanser tedavisi, kalp kapak operasyonu gibi) kararı alacak olan 350 yaşlı hastayı inceledikleri çalışmalarında bu hastaların çoğunun (%55.2) tedavi sonucu beklentilerinde önceliğin bağımsızlıklarını devam ettirebilmek ve sonrasında yaşam sürelerini uzatmak (%21.1) olduğunu saptamışlar ve yazarlar optimal ortak karar verme (shared decision making) için hasta tercihlerini dikkate almanın önemini vurgulamışlardır (6). Ortak karar verme mekanizması hekimlerin hastalara tedavileri ve tedavi alternatiflerini ayrıntılı olarak açıklayarak onların tercihlerinin yanı sıra sosyokültürel yapılarına ve kişisel inançlarına en uygun tedavi seçeneğini seçmelerini sağlar. Bu mekanizma bilgilendirilmiş onamdan farklı olarak yalnızca

hekimin işlemle ilgili bilgisini, tecrübesini detaylı olarak hastaya aktarmasını sağlamakla kalmaz aynı zamanda hekimin hastasını daha iyi tanımasına, yapılacak tedavi veya uygulanacak medikal işlemde beklentisini anlamasına da olanak sağlar. Böylece hasta için optimal karar verilmiş olur (7). Bazı ülkelerde bu karara yönelik tedavi hedefi ve tercihlerin yaşlı hastalarla kapsamlı, hastalığa özgü olmayan bir şekilde tartışılmasını kolaylaştırmak için geliştirilen “Sonuç Önceliklendirme Aracı (OPT)” kullanılmaktadır ancak bizim ülkemizde rutin olarak uygulanmamaktadır. Klinik karar vermede yaşlı hastaların tercihlerini değerlendirmede kullanılan OPT ile ilgili bir derlemede de hastaların çoğu bağımsızlığı sürdürmeyi en önemli kriter olarak dile getirmiştir (8). Biz de ileri yaş ancak fonksiyonelliği yüksek olan hastamızı kendisi ve yakınları ile kurduğumuz sağlıklı iletişim ve ortak karar alarak uyguladığımız doğru medikal tedaviler sayesinde riskli bir hasta olmasına rağmen kür sağlayarak evine taburcu ettik.

Sonuç olarak hekimlerin hasta ve hasta yakınlarıyla doğru iletişimi ve ortak karar alma mekanizması üzerinde önemle durulması gereken konulardır. Fonksiyonelliği yüksek olan, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olmayan hastalarda ileri yaşın medikal tedaviler için risk oluşturmalarına rağmen tek başına engel teşkil etmediği apaçık ortada olup toplumdaki bu kanı değişmelidir, bunun için de hekimlerin hastalar ve bakım verenleriyle sağlıklı iletişimi şarttır.

Referanslar:

1. Pel-Littel, R. E., Snaterse, M., Teppich, N. M., Buurman, B. M., van Etten-Jamaludin, F. S., van Weert, J., Minkman, M. M., & Scholte Op Reimer, W. (2021). Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. *BMC geriatrics*, 21(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02050-y>
2. Steiner-Hofbauer, V., Schrank, B., & Holzinger, A. (2018). What is a good doctor?. Was ist ein guter Arzt?/ Was ist eine gute Ärztin?. *Wiener medizinische Wochenschrift (1946)*, 168(15-16), 398–405. <https://doi.org/10.1007/s10354-017-0597-8>
3. Chen Z, He G, Zhao Y, Han C, Xu L, Jian H, Chu Q, He Y. Symptom burden and emotional distress in advanced lung cancer: the moderating effects of physicians’ communication skills and patients’ disease understanding. *Support Care Cancer*. 2022 Aug 15. doi: 10.1007/s00520-022-07323-9. Epub ahead of print. PMID: 35971009.
4. Fino E, Chessa MA, Starace M, Piraccini BM, Mazzetti M. Soothing with one’s words: Positive doctor-patient communication modulates post-surgery pain and quality of physical activity in patients undergoing nail surgery. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022 Aug 22. doi: 10.1111/jdv.18544. Epub ahead of print. PMID: 35993152.
5. Elliott MN, Beckett MK, Cohea C, Lehrman WG, Russ C, Cleary PD, Giordano LA, Goldstein E, Saliba D. The hospital care experiences of older patients compared to younger patients. *J Am Geriatr Soc*. 2022 Aug 19. doi: 10.1111/jgs.18003. Epub ahead of print. PMID: 35984089.
6. Festen, S., van Twisk, Y. Z., van Munster, B. C., & de Graeff, P. (2021). ‘What matters to you?’ Health outcome prioritisation in treatment decision-making for older patients. *Age and ageing*, 50(6), 2264–2269. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab160>

7. Légaré F, Witteman HO. Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Feb;32(2):276-84. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1078.
8. Stegmann, M. E., Festen, S., Brandenburg, D., Schuling, J., van Leeuwen, B., de Graeff, P., & Berendsen, A. J. (2019). Using the Outcome Prioritization Tool (OPT) to assess the preferences of older patients in clinical decision-making: A review. *Maturitas*, 128, 49–52. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.07.022>

HEMŞİRELERDE ANNE BABA STRESİ DÜZEYİ VE ÖFKE ETKİLEŞİMİ

Ahmet Özmen¹, Bünyamin Gürgöze¹, Emine Er¹

¹Kafkas Üniversitesi, Dede Korkut Eğitim Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı, Kars, Türkiye
ozahmet70@hotmail.com

Özet

Amaç: Bu araştırmanın amacı hastanede görev yapan hemşirelerin öfke düzeyleri ile anne-babalık stres düzeyleri arasındaki ilişkinin çeşitli demografik değişkenlere göre incelenmesidir. **Yöntem:** Araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Çalışma Kafkas Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev yapan 38 katılımcıyla yürütülmüştür. **Veri Toplama Araçları:** Araştırmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği ve Anne-Baba Stres Ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcılardan elde edilen veriler üzerinde yapılan analizlerin sonucunda, anne baba stresi ile sürekli öfke, içe yönelik öfke, dışa yönelik öfke ve öfke kontrol düzeyleri arasında evlilik süresine, sahip olunan çocuk yaşına, ebeveynin ailedeki rolüne, görev yapılan birime, çocuk sayısına göre anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen veriler üzerinde yapılan analizlerde yine, sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile anne baba stresi puanları karşılaştırılmış ve bu değişkenler arasında da anlamlı ilişkinin olmadığı ortaya çıkmıştır. **Sonuç:** Hemşirelerin iş yerinde geliştirmiş oldukları stresle baş etme becerilerini ev ortamına transfer edebildikleri, çocukların bakımı ve yetiştirilmesinde ailedeki diğer bireylerin desteği ebeveynlerin stres ve öfke düzeylerini azaltmış olabileceği, hemşirelerde yapıcı problem çözme becerilerinin gelişmiş olması nedeniyle öfke ve ebeveynlik kaynaklı stresle baş edebildikleri ve hemşirelerin gerek eğitimleri sırasında gerekse işe başladıktan sonra edindikleri deneyimleri iş yaşamı dışındaki yaşamlarında da kullanabildikleri sonuçlarına ulaşılmıştır.

INTERACTION OF PARENTAL STRESS LEVEL AND ANGER IN NURSES

Abstract

Purpose: The aim of this study is to examine the relationship between the anger levels of nurses working in the hospital and their parenting stress levels according to various demographic variables. **Method:** Relational Survey Model, one of the Quantitative Research Methods, was used in the study. The study was carried out with 38 participants working in Kafkas University Research and Application Hospital. **Data Collection Tools:** Demographic Variables Questionnaire, Trait Anger and Anger Expression Scale, and Parental Stress Scale were used as data collection tools in the study. **Findings:** As a result of the analyzes made on the data obtained from the participants, the relationship between parental stress and trait anger, anger-in, anger-out and anger control levels was determined according

to the duration of marriage, the age of the child, the role of the parent in the family, the unit worked, the number of children. It was found that there was no significant difference. In the analyzes made on the data obtained, trait anger and anger expression styles were compared with parental stress scores, and it was found that there was no significant relationship between these variables. **Conclusion:** Nurses were able to transfer the stress coping skills they had developed in the workplace to the home environment, the support of other members of the family in the care and upbringing of children may have reduced the stress and anger levels of the parents, the nurses were able to cope with anger and parental stress due to their developed constructive problem-solving skills, and that nurses were able to cope with stress both during and during their education. It has been concluded that they can use the experiences they have gained after starting work in their lives outside of work life.

Giriş

Aile toplumun en önemli yapılarından birisidir. Birey ileriki yıllarda kullanacağı birçok bilgiyi aile ortamından öğrenmektedir. Bunun için ebeveynler (anne-baba) aile üyelerinin birbirlerini anladığı, duygu ve düşüncelerin paylaşıldığı bir ortam sağlamalıdır. Bu bağlamda aile kavramı düşünüldüğünde ebeveyn olmanın önemi ortaya çıkmaktadır. Ebeveynlik (anne babalık) kavramı incelenecek olursa; anne babalığın öncelikli rolünün toplumsal sistemde yer alabilecek yeterlilikteki bireylerin yetiştirilmesi olduğu söylenebilmektedir (Özyürek & Tezel-Şahin, 2017). Bir bireyin hayatındaki en önemli ve tatmin edici deneyimlerden biri olan anne babalık aynı zamanda en zorlayıcı yaşam görevlerinden biri olabilmektedir (Moreira & Canavarro, 2018).

Her anne baba sosyo-kültürel geçmişleri ve ruhsal sağlıklarından bağımsız bir şekilde yaşamlarının bir noktasında belli bir derece anne baba olmaktan kaynaklı stres yaşayabilmektedir (Crnic & Greenberg, 1990). Anne ve babaların bu rollerinden kaynaklı olarak yaşadıkları stresin onların bu görevlerinin gerektirdiği taleplerle başa çıkabilme noktasında kişisel ve sosyal kaynaklarının (örneğin; bilgi, anne babalık becerileri ve sosyal destek) yetersiz olduğunu algıladıklarında ortaya çıkmaktadır. Bir başka ifadeyle anne baba stresi, onların ebeveynlik rolüne ilişkin değerlendirmelerinin bir sonucudur (Abidin, 1992). Kaymak-Özmen ve Özmen (2012) tarafından ebeveynlik stresi “anne baba çocuk etkileşiminde, anne babanın, çocuk sahibi olmanın gerektirdiği görevlere uyum sağlamaya karşı verdikleri fizyolojik ve psikolojik tepkilerden oluşan süreçler bütünü” olarak tanımlanır. Esasen ebeveynler, birtakım olaylarla baş edemediklerinde ya da çocuklarının davranışlarını kontrol edilemez olarak değerlendirdiklerinde ebeveynlik görevlerini gerçekleştiremediklerini düşünmektedir (Moreira & Canavarro, 2018).

Anne baba stresiyle ilgili çalışmalar incelendiğinde çocuk, ebeveyn ve durum değişkenlerinin etkileşimi görülmektedir. Ayrıca bu üç alanı temsil eden birçok değişken yer almaktadır (Abidin, 1990). Abidin’in anne baba stresi modeline göre bunlar; çocuğun özellikleri, ebeveynlik özellikleri ve durumsal-demografik yaşam stresidir. Çocuk faktörleri çocuğun mizacı, uyumu, gelişimsel sorunu ve bazı davranışsal faktörleri (dikkat dağınıklığı/ hiperaktivite gibi) içerirken; anne babanın kişilik özellikleri, depresyon, bağlanma ve ebeveyn rolünde yeterlilik duygusu gibi özellikleri de

içermektedir. Son olarak bağlamsal faktörlerin evlilik ilişkisi, sosyal destek, ebeveynlerin sağlığı ve ebeveynlik rolünün neden olduğu kısıtlamalar, boşanma, taşınma, iş değişimi veya ailede bir kişinin kaybı gibi durumları kapsadığı ifade edilebilir (Abidin, 1990; Moreira & Canavarro, 2018).

Abidin'in ebeveynlik stresi modeline dayanarak birçok araştırmada anne ve babaları ebeveynlik stresi yaşamaya yatkın hale getirebilecek faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmalarda ortaya çıkan faktörler arasında psikopatoloji (Williford vd., 2007), güvensiz bağlanma (Moreira & Canavarro 2016; Moreira vd., 2015), öz eleştiri (Casalin vd., 2014), düşük öz şefkat (Moreira vd., 2015), tek ebeveynlik (Williford vd., 2007), yüksek iş yükü, düşük sosyal destek, olumsuz yaşam olayları, çocuk bakımına ilişkin zorluklar, çocuk sayısının fazla olması, yüksek anne yaşı (Ostberg & Hagekull, 2000), zor mizaç (Oddi vd., 2013), dışadönük davranış problemleri (Stone vd., 2016; Williford vd., 2007), duygu düzensizliği ve öfke eğiliminin (Williford vd., 2007) yer aldığı ortaya çıkmıştır. Anne baba stres düzeyini etkileyebilen çocuk faktörleri arasında çocuğun gelişim dönemi de yer almaktadır. Boylamsal araştırmalar, anne baba stresinin zaman içinde değişebileceğini göstermiştir. Örneğin, anne baba stresi erken çocukluk döneminde azalırken (Stone vd., 2016; Williford vd., 2007) genellikle artan çatışma ve gerginlikle karakterize edilen ergenliğe geçiş süresince arttığı görülmüştür (Putnick vd., 2010). Son olarak anne baba stresinin çocuğun kronik sağlık durumu gibi belirli zorlu koşullardan kaynaklanabileceği saptanmıştır (Streisand vd., 2005).

Dünyadaki uygulamalara benzer olarak hemşirelik mesleği kadınların yoğun olarak görev yaptıkları bir meslek alanıdır. Fakat ne var ki olumsuz sosyoekonomik koşullar, kadınların kendilerini güçlendirmelerini zorlaştırmaktadır. Kadınların içinde bulunduğu olumsuz sosyal ve ekonomik koşullar, onların gelir kaynaklarına, eğitim olanaklarına ve istihdam statüsüne erişimini sınırlamakta veya tamamen engelleyerek, yaşamda karşılaştıkları sorunlarla etkin bir şekilde başa çıkma, çözme ve kendi yaşam durumlarını iyileştirme yeteneklerini azaltmaktadır (Shirley & González-Prendes, 2009). Bu durum ise kadınların kendilerini güçsüz hissetmelerine yol açmaktadır. Bunun bir sonucu olarak kendini güçsüz hisseden bireyler veya gruplar ise sorunlarının nedenleri ve çözümleri üzerinde çok az kontrole sahip olduklarına veya hiç kontrolleri olmadığına inanmaya başlarlar (Sun vd. 2016). Diğer yandan hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin iletişim becerileri düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının iletişim becerileri üzerinde ise olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır (Aydoğan & Özkan, 2020). Bu bağlamda öfke duygusunun irdelenmesi gerekli görülmektedir. Öfke duygusuna kuramsal olarak kısaca değinilecek olursa; Bilindiği üzere, öfke diğer duygular gibi duygusal, bilişsel ve fizyolojik olarak çoğu sistemi etkileyen bir duygudur. Olumsuz bir duygu olarak bilinir ancak olumsuz değildir ve evrenseldir (Bilge & Ünal 2005). Genel tanımı ile öfke; bireyin planları, istek ve gereksinimleri engellendiğinde ya da bir haksızlığa uğradığında ve kendi benliğine yönelik bir tehdit algılandığında yaşadığı bir duygudur. Bu duygu sağlıklı bir biçimde ortaya konulduğunda temelde en az iki kişinin mutsuzluğuna neden olmaktadır (Tatlılıoğlu, 2013).

Öfke birey tarafından kontrolsüz yaşandığında, bireyin kendisine ve çevresine zarar verici bir boyuta gelen önemli bir duygudur. Bireylerin bu duygusunun kontrol edilmesi kişilerarası ilişkilerinin

sağlıklı sürmesine yardımcı olur (Bilge & Ünal, 2005). Bu nedenle öfkenin ifade edilme biçimi önem kazanmaktadır. Aydoğan ve Özkan'a (2020b) göre öfke ifadesi insanın içinde bulunduğu gerginliği ve stresi dışa yansıtma biçimidir. Özellikle stresli iş ortamında çalışan sağlık çalışanları için öfke ifadesi bireylerin profesyonel tutumlarını ve hasta bakım davranışlarının yanı sıra terapötik iletişim becerilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Son yıllarda artan bilim ve teknolojiye gelişmelerle birlikte bireylerin yaşam sürelerinin uzaması ve kronik hastalıkların artmasıyla paralel olarak hastane ve sağlık çalışanlarından beklentilerin de arttığı görülmektedir. Bu durum hastane ortamlarında rekabetin yanında, stresli çalışma ortamını beraberinde getirmektedir ve stresin yoğun olduğu ortamlarda yaşanan en yoğun duygu ifadesi de öfke olmaktadır. Öfke duygusal sıkıntıyı besleyen, olumsuz davranışsal veya sağlıkla ilgili riskleri artıran, gizli bir güçsüzlük olarak da değerlendirilmektedir (Shirley & González-Prendes, 2009). Kişilerarası ilişkilerde ve sosyal uyumda en olumsuz etkiye sahip duygusal tepkilerden biri olarak değerlendirilen öfkenin ayrıca kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar, sindirim sistemi hastalıkları ve kanserin yanı sıra psikolojik bozukluklar ve depresyon ve intihar gibi ilgili davranışlarla yakından bağlantılı olduğu bilinmektedir (Sun vd. 2016).

Öfke duygusuyla stresin yakından bağlantılı olduğu ileri sürülmektedir. Stres konusunda yapılan araştırmalar özellikle yoğun çalışan meslek gruplarında fizyolojik ve psikolojik yıkım oluşturduğunu, kişilerin sağlığını ve örgütsel başarısını olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymaktadır (Koç vd. 2017). Hemşirelik mesleği genellikle bir kadın mesleği olarak görülmektedir. Meslekten kaynaklı çok sayıda stres faktörünün (Yılmaz vd., 2017; Mert, 2018; Önder vd., 2014; Pamuk-Cebeci & Durmaz, 2021) yanında, anne babalık rolünden kaynaklı stres yükünün dikkate alınmadığı çalışmaların incelenmesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada anne baba stresi ve öfke arasındaki etkileşimin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Katılımcıların ebeveynlik stresi, sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları nedir?
2. Katılımcıların ebeveynlik Stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzları cinsiyet, çalışılan birim, çocuk sayısı, evlilik süresi, çocuk yaşı değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
3. Katılımcıların ebeveynlik stresi ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında anlamlı ilişki bulunmakta mıdır?

Yöntem

Bu araştırmanın amacı hastanede görev yapan hemşirelerin öfke düzeyleri ile anne-babalık stres düzeyleri arasındaki ilişkinin çeşitli demografik değişkenlere göre incelenmesidir. Araştırmada kullanılan yöntem ise nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modelidir. Araştırmanın evrenini, Kars'ta bir hastanede çalışan ve çocuk sahibi olan hemşireler; örneklemi ise Kafkas Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev yapan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 38 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği ve Anne-Baba Stres Ölçeği uygulanmıştır.

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği

Spielberger vd. tarafından 1980 yılında sürekli öfke düzeylerini ve öfke ifade biçimlerini ölçmek için geliştirilmiştir. 1994 yılında Özer tarafından Türkçeye uyarlama çalışması yapılmıştır. Ölçek 34 maddeden ve 4 alt boyuttan (Sürekli öfke, Öfke-içe, Öfke-dışa, Öfke-kontrol) oluşan 4'lü likert tipi ölçektir. Tersten puanlanan madde bulunmamaktadır. Kişi maddelerde betimlenen durumların kendisine uygunluğunu "hemen hiçbir zaman", "bazen", "çoğu zaman", "hemen her zaman" yanıtlarından birini seçerek cevaplamaktadır. Sürekli öfke alt boyutunda yüksek puan yüksek sürekli öfke düzeyini, Öfke-içe alt boyutunda yüksek puan öfkenin yüksek düzeyde bastırılması ve içe yansıtılmasını, Öfke-dışa alt boyutunda yüksek puan öfkenin yüksek düzeyde dışa vurumunu, öfke-kontrol alt boyutunda yüksek puan öfkenin yüksek düzeyde kontrol edilebilmesini ifade etmektedir. Türkçe uyarlaması için yapılan çalışmada elde edilen Cronbach alfa değerleri .67 ve .82 arasında değişmektedir (Özer, 1994).

Anne-Baba Stres Ölçeği

Kaymak-Özmen ve Özmen tarafından 2012 yılında anne babaların günlük yaşamda çocukları ile ilişkilerinde yaşadıkları stresi ölçmek için geliştirilmiştir. 16 maddeden oluşan tek boyutlu, 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Yüksek puan yüksek düzeyde ebeveynlik stresini ifade etmektedir. Ayrıca ölçeğin Cronbach alfa değerinin .85 olarak hesaplandığı göz önünde bulundurulduğunda gerekli psikometrik özellikleri taşıdığı ifade edilebilmektedir (Kaymak-Özmen & Özmen, 2012).

Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1'de katılımcıların ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puanlarının betimsel istatistik sonuçları yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Ebeveynlik Stresi, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarına İlişkin Toplam Puanlarının Betimsel İstatistik Sonuçları

Değişkenler	n	Min.	Max.		Ss
Ebeveynlik Stresi	38	17.00	58.00	33.50	11.91
Sürekli Öfke	38	11.00	36.00	18.71	4.95
İçe Yönelik Öfke	38	10.00	31.00	16.71	4.36
Dışa Yönelik Öfke	38	10.00	28.00	15.95	4.10
Öfke Kontrol	38	14.00	32.00	23.84	4.73

Tablo 1 incelendiğinde, katılımcıların ebeveynlik stresi toplam puanının en düşük Min=17, en yüksek Max=58 olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların sürekli öfke toplam puanlarının en düşük Min=11, en yüksek Max=36; içe yönelik öfke toplam puanlarının en düşük Min=10, en yüksek

Max=31; dışa yönelik öfke toplam puanlarının en düşük Min=10, en yüksek Max=28 ve öfke kontrol toplam puanlarının en düşük Min=14, en yüksek Max=32 olduğu saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların ebeveynlik stresi, sürekli öfke, içe yönelik öfke, dışa yönelik öfke ve öfke kontrol toplam puanlarına ilişkin aritmetik ortalama değerlerinin sırasıyla 33.50, 18.71, 16.71, 15.95 ve 23.84 şeklindedir.

Tablo 2’de katılımcıların ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puanlarının cinsiyet değişkenine göre Mann Whitney U testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Ebeveynlik Stresi, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarına İlişkin Toplam Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Ebeveynlik Stresi	Erkek	9	18.61	167.50	122.500	.901
	Kadın	28	19.13	535.50		
	Toplam	37				
Sürekli Öfke	Erkek	9	16.17	145.50	100.500	.365
	Kadın	28	19.91	557.50		
	Toplam	37				
İçe Yönelik Öfke	Erkek	9	15.67	141.00	96.000	.286
	Kadın	28	20.07	562.00		
	Toplam	37				
Dışa Yönelik Öfke	Erkek	9	20.33	183.00	114.000	.670
	Kadın	28	18.57	520.00		
	Toplam	37				
Öfke Kontrol	Erkek	9	19.11	172.00	125.000	.972
	Kadın	28	18.96	531.00		
	Toplam	37				

Tablo 2 incelendiğinde katılımcıların ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puanlarının cinsiyet değişkenine anlamdı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>.05$).

Tablo 3’te katılımcıların ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puanlarının çalışılan birim değişkenine göre Mann Whitney U testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların Ebeveynlik Stresi, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarına İlişkin Toplam Puanlarının Çalışılan Birim Değişkenine Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

Değişkenler	Çalışılan Birim	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Ebeveynlik Stresi	Yatan Hasta Servisi	15	17.33	260.00	140.000	.574
	Diğer	21	19.33	406.00		
	Toplam	36				
Sürekli Öfke	Yatan Hasta Servisi	15	17.13	257.00	137.000	.509
	Diğer	21	19.48	409.00		
	Toplam	36				
İçe Yönelik Öfke	Yatan Hasta Servisi	15	18.47	277.00	157.000	.987
	Diğer	21	18.52	389.00		
	Toplam	36				
Dışa Yönelik Öfke	Yatan Hasta Servisi	15	16.17	242.50	122.500	.259
	Diğer	21	20.17	423.50		
	Toplam	36				
Öfke Kontrol	Yatan Hasta Servisi	15	19.40	291.00	144.000	.663
	Diğer	21	17.86	375.00		
	Toplam	36				

Tablo 3 incelendiğinde katılımcıların ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puanlarının çalışılan birim değişkenine anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>.05$).

Tablo 4'te katılımcıların ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puanlarının çocuk sayısı değişkenine göre Kruskal Wallis H testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların Ebeveynlik Stresi, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarına İlişkin Toplam Puanlarının Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Değişkenler	Çocuk Sayısı	n	Sıra Ortalaması	sd	X ²	p
Ebeveynlik Stresi	1	21	18.33	2	5.968	.051
	2	12	25.00			
	3	5	11.20			
	Toplam	38				
Sürekli Öfke	1	21	19.81	2	.908	.635
	2	12	17.50			
	3	5	23.00			
	Toplam	38				
İçe Yönelik Öfke	1	21	20.31	2	.585	.747
	2	12	17.50			
	3	5	20.90			
	Toplam	38				
Dışa Yönelik Öfke	1	21	19.71	2	.142	.932
	2	12	18.63			
	3	5	20.70			
	Toplam	38				
Öfke Kontrol	1	21	20.69	2	.746	.689
	2	12	17.25			
	3	5	19.90			
	Toplam	38				

Tablo 4 incelendiğinde katılımcıların ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puanlarının çocuk sayısı değişkenine anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir (p>.05).

Tablo 5’te katılımcıların ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puanlarının evlilik süresi değişkenine göre Mann Whitney U testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 5. Katılımcıların Ebeveynlik Stresi, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarına İlişkin Toplam Puanlarının Evlilik Süresi Değişkenine Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

Değişkenler	Evlilik Süresi	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Ebeveynlik Stresi	1-5 Yıl	18	18.47	332.50	161.500	.588
	5 Yılın Üstünde	20	20.43	408.50		
	Toplam	38				
Sürekli Öfke	1-5 Yıl	18	19.28	347.00	176.000	.907
	5 Yılın Üstünde	20	19.70	394.00		
	Toplam	38				
İçe Yönelik Öfke	1-5 Yıl	18	20.22	364.00	167.000	.703
	5 Yılın Üstünde	20	18.85	377.00		
	Toplam	38				
Dışa Yönelik Öfke	1-5 Yıl	18	21.42	385.50	145.500	.311
	5 Yılın Üstünde	20	17.77	355.50		
	Toplam	38				
Öfke Kontrol	1-5 Yıl	18	19.72	355.00	176.000	.906
	5 Yılın Üstünde	20	19.30	386.00		
	Toplam	38				

Tablo 5 incelendiğinde katılımcıların ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puanlarının evlilik süresi değişkenine anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>.05$).

Tablo 6’da katılımcıların ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puanlarının çocuğun yaşı değişkenine göre Mann Whitney U testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların Ebeveynlik Stresi, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarına İlişkin Toplam Puanlarının Çocuğun Yaşı Değişkenine Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

Değişkenler	Çocuğun Yaşı	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Ebeveynlik Stresi	0-6 Yaş	26	18.48	480.50	129.500	.405
	6 Yaş Üstü	12	21.71	260.50		
	Toplam	38				
Sürekli Öfke	0-6 Yaş	26	19.98	519.50	143.500	.694
	6 Yaş Üstü	12	18.46	221.50		
	Toplam	38				
İçe Yönelik Öfke	0-6 Yaş	26	20.00	520.00	143.000	.682
	6 Yaş Üstü	12	18.42	221.00		
	Toplam	38				
Dışa Yönelik Öfke	0-6 Yaş	26	20.65	537.00	126.000	.344
	6 Yaş Üstü	12	17.00	204.00		
	Toplam	38				
Öfke Kontrol	0-6 Yaş	26	18.77	488.00	137.000	.549
	6 Yaş Üstü	12	21.08	253.00		
	Toplam	38				

Tablo 6 incelendiğinde katılımcıların ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puanlarının çocuğun yaşı değişkenine göre Mann Whitney U testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 7’de Katılımcıların Ebeveynlik Stresi ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarına İlişkin Toplam Puanları Arasındaki İlişkiyi ortaya koymaya yönelik gerçekleştirilen Spearman korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 7. Katılımcıların Ebeveynlik Stresi ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarına İlişkin Toplam Puanları Arasındaki İlişki

	Sürekli Öfke	İçe Yönelik Öfke	Dışa Yönelik Öfke	Öfke Kontrol
Ebeveynlik Stresi	.134	.103	.067	-.265

N=38, p>.05

Tablo 7 incelendiğinde katılımcıların ebeveynlik stresi ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadığı görülmektedir.

Sonuç, Tartışma ve Öneriler

Bu çalışmanın amacı Ebeveyn (anne baba) stres düzeyi ile öfke arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu amaçla toplanan veriler üzerinde yapılmış olan non-parametrik (Mann Whitney U test ve Kruskal Wallis H testi) ve korelasyon (Spearman) analizlerinden elde edilen sonuçlar aşağıda tartışılmıştır.

Demografik değişkenlerden olan evlilik süresine göre ebeveyn stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzları puanları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma tespit edilmemiştir. Evli olarak geçirilen yıl arttıkça ebeveynlerin anne babalıkla ilgili deneyimlerinin de artması beklenir. Bu nedenle evlilikte geçirilen sürenin evlilikte deneyim kazanma ve anne babalıktan kaynaklı stresle sağlıklı bir biçimde baş etme becerilerini geliştirdikleri şeklinde yorumlanabilir. Diğer yandan hemşirelerin iş yerinde stresli bir ortamda bulunuyor olmaları, onların ev ortamını rahatlatıcı bir yer olarak algılamalarına yol açmış olabileceği şeklinde değerlendirilebilir. İş yerinde geliştirmiş oldukları stresle baş etme becerilerini ev ortamına taşımaları muhtemeldir. Yapılmış olan başka bir çalışmada sürekli öfke-öfke ifade tarzı ile iş doyumunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Baran ve Okanlı, 2015). Bu bilgiden hareketle hemşirelerde iş doyumunu düzeylerinin ile ebeveyn stres düzeylerinin incelenmesinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Bu araştırmanın bulgularına göre hemşirelerin sahip oldukları çocukların yaşına (0-6 yaş ve 6 yaşın üstü) ve çocuk sayısına (1, 2 ve 3 çocuk) göre ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Bu bulgu kültürel özelliklerin rolünü düşündürmektedir. Yapılmış olan bir çalışmada öfke, stresle başa çıkma, sosyal destek ve sağlık arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (Diong vd. 2005). Türk toplumu modernleşme yolunda ilerlerken geleneksel kültürden getirdiği olumlu özellikleri de halen korumaktadır. Çocukların bakım ve yetiştirilmesinde anne babalara yardımcı olabilecek kültürden kaynaklı toplumsal bazı öğeler halen varlığını devam ettirmektedir. Çocukların bakımı ve yetiştirilmesinde ailedeki diğer bireylerin desteği ebeveynlerin stres ve öfke düzeylerini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Ailedeki rolüne göre (anne-baba) göre ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Bu çalışma kapsamında ulaşılabilen hemşirelerin çoğunluğunun oran bakımından kadın olması analizlerin sonucunu etkilemiş olabileceği söylenebilir. Bu değişkenin kadın ve erkek oranlarının istenilen sayıda olduğu bir örnekleme tekrarlanması önerilebilir.

Yatan hasta ya da diğer birimlerde görev yapma durumuna göre ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Genel olarak hasta ve hasta yakınlarıyla yüz yüze olunan hastane ortamında görev yapan hemşirelerin zaman içerisinde stres ve öfke oluşturan durumlarla baş etme becerilerini geliştirme yoluna gitmeleri olasıdır. Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre hemşirelerde yapıcı problem çözme ile sürekli öfke arasında negatif, içe yönelik öfke ve yapıcı problem çözme ile öfke kontrolü arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Arslan, 2010; Aydoğan ve Özkan, 2020a). Bu veriye dayanarak hemşirelerin yapıcı problem çözme becerilerini geliştirdikçe öfke ile baş etme konusunda güçlendikleri söylenebilir.

Araştırmadan elde edilen son bulgu ebeveynlik stresi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında anlamlı ilişki bulunmamasıdır. Yapılan bir çalışmadan elde edilen bulgura göre, hemşirelerdeki en büyük stres kaynaklarının sırasıyla; deneyimsizlik, hasta yakınıyla olan ilişkiler ve dikkatsizlik olarak tespit edilirken stajyer hemşirelerde ise önemli bir oranda tecrübesizlikten kaynaklanan stresin hakim olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, stajyer hemşirelerin hemşirelere kıyasla hastaya zarar vermeden nispeten daha fazla strese girdikleri tespit edilmiştir (Mert, 2018). Bu stres kaynakları göz önüne alındığında hemşirelerin stresle baş etme konusunda deneyim kazanmış oldukları ve bu deneyimlerini yaşamlarının diğer alanlarına transfer ettikleri söylenebilir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda araştırmacılara aşağıdaki öneriler sunulabilmektedir.

Ebeveynlik stresi ve öfke arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik bir araştırma geniş araştırma örnekleminde gerçekleştirilebilir.

Sağlık çalışanlarına yönelik ebeveynlik stresi ve öfke konularında psikoeğitim programları hazırlanabilir.

Ebeveynlik stresi ve öfke konularında deneysel ve boylamsal araştırmalar planlanabilir.

Kaynakça

1. Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of clinical child psychology*, 19(4), 298-301.
2. Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412.
3. Arslan C. (2010). An investigation of anger and anger expression in terms of coping with stress and interpersonal problem-solving. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 10(1), 25-43
4. Aydoğan, A. & Özkan, B. (2020a). Hemşirelerin iletişim becerileri ve öfke yönetimlerinin belirlenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 458-463.
5. Aydoğan, A. & Özkan, B. (2020b). Öfke kavramı ve sağlık çalışanı olmak. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 14-22.
6. Baran, M. & Okanlı A. (2015). Hemşirelerde öfke düzeyinin iş doyumuna etkisi. *Anadolu Hemşirelik Dergisi*, 18(1), 43-49.
7. Bilge A. & Ünal, G. (2005). Öfke, öfke kontrolü ve hemşirelik yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 21(1), 189-196.
8. Bong Koh, K & Kyu Park J. (2008). The relation between anger management style and organ system-related somatic symptoms in patients with depressive disorders and somatoform disorders. *Yonsei Med J*, 49(1), 46-52.
9. Büyükbayram, A. & Okçay, H. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 4(1), 46-53.

10. Casalin, S., Luyten, P., Besser, A., Wouters, S. & Vliegen, N. (2014). A longitudinal cross-lagged study of the role of parental self- criticism, dependency, depression, and parenting stress in the development of child negative affectivity. *Self and Identity*, 13(4), 491-511.
11. Chapman, A. L. & Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 543-552.
12. Crnic, K. A. & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, 61(5), 1628-1637.
13. Diong, S. M., Bishop, G. D., Enkelmann, H. C., Tong, E. M.W., Why P. Y., Ang, J. C.H. & Khader M. (2005). Anger, stress, coping, social support and health: Modelling the relationships. *Psychology and Health*, 20(4), 467-495
14. Durmuş, A. B., Öztürk, H. & Kurşun, M. (2000). Hemşirelerin öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzlarının belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 16(2-3), 21-29.
15. Kaymak-Özmen, S. & Özmen, A. (2012). Anne baba stres ölçeğinin geliştirilmesi. *Milli Eğitim*, 196, 20-35.
16. Koç S., Özkul, A. S., Özdemir Ürkmez D., Özkul Özel H. & Çelik Çevik, L. (2017). Bir sağlık kuruluşunda görev yapmakta olan hemşirelerin stres kaynaklarının ve düzeylerinin analizi. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 33(2), 68-75.
17. Mert, İ. S. (2018). Hemşire ve stajyer hemşirelerde en fazla stres yaratan olayların nitel araştırma yöntemiyle incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(67), 1043-1059.
18. Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2016). Parental attachment insecurity and parenting stress: The mediating role of parents' perceived impact of children's diabetes on the family. *Family, Systems and Health*, 34(3), 240-209.
19. Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2018). The association between self-critical rumination and parenting Stress: The mediating role of mindful parenting. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 2265-2275.
20. Moreira, H., Gouveia, M. J., Carona, C., Silva, N. & Canavarro, M. C. (2015). Maternal attachment and children's quality of life: The mediating role of self-compassion and parenting stress. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2332-2344.
21. Oddi, K. B., Murdock, K. W., Vadnais, S., Bridgett, D. J. & Gartstein, M. A. (2013). Maternal and infant temperament characteristics as contributors to parenting stress in the first year postpartum. *Infant and Child Development*, 22(6), 553-579.
22. Ostberg, M. & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 615-625.
23. Önder, G., Aybaş, M. & Önder, E. (2014). Hemşirelerin stres seviyesine etki eden faktörlerin öncelik sırasının çok kriterli karar verme tekniği ile belirlenmesi. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 21-35.
24. Özer, A. K. (1994). Sürekli öfke ve öfke ifadesi tarzı ölçekleri: Ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 26-35.

25. Özyürek, A. & Tezel-Şahin, F. (2017). Anne baba olmak ve anne babaların çocuk yetiştirme tutumları. T. Güler Yıldız (Ed.). *Anne baba eğitimi içinde* (ss. 145-164). Ankara: Pegem Akademi.
26. Pamuk Cebeci, S. & Durmaz, H. (2021). Koronavirüslü hastalara bakım veren hemşirelerde depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 46-56.
27. Putnick, D. L., Bornstein, M. H., Hendricks, C., Painter, K. M., Suwalsky, J. T. & Collins, W. A. (2010). Stability, continuity, and similarity of parenting stress in European American mothers and fathers across their child's transition to adolescence. *Parenting, Science and Practice*, 10(1), 60-77.
28. Rodriguez, C. M., Green, A. J. (1997). Parenting stress and anger expression as predictors of child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 21(4), 367-377.
29. Şenol-Durak E., Durak M., & Gençöz T. (2021). Job satisfaction, and burnout as mediators of trait anger, work stress, positive and negative affect in a sample of Turkish correctional officers. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 32(5), 658-678.
30. Shirley A. T. & González-Prendes, A. (2009). Powerlessness, anger, and stress in African American women: Implications for physical and emotional health. *Health Care for Women International*, 30(1-2), 93-113.
31. Stone, L. L., Mares, S. H. W., Otten, R., Engels, R. C. M. E. & Janssens, J. (2016). The co-development of parenting stress and childhood internalizing and externalizing problems. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(1), 76-86.
32. Streisand, R., Swift, E., Wickmark, T., Chen, R. & Holmes, C. S. (2005). Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: The role of self-efficacy, responsibility, and fear. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(6), 513-521.
33. Sun P, Wei S, Wei X, Wang J, Zhang Y, Qiao M & Wu J. (2016). Anger emotional stress influences VEGF/VEGFR2 and its induced PI3K/AKT/mTOR signaling pathway. *Neural Plasticity*, 2016, 1-12.
34. Taşdelen S. & Zaybak, A. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim sırasındaki stres düzeylerinin incelenmesi. *F.N. Hemşirelik Dergisi*, 21(2), 101-106.
35. Tatlıhoğlu, K. (2013). Öfke olgusu hakkında sosyal psikolojik bir değerlendirme. *International Journal of Social Science*, 6(6), 1101-1123.
36. Williford, A. P., Calkins, S. D. & Keane, S. P. (2007). Predicting change in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 251-263.
37. 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.

HEMŞİRELERİN DUYGUSAL ZEKA VE TÜKENMİŞLİK DURUMLARI: KESİTSEL BİR İNCELEME

Derya Taslı¹, Satı Dil²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Kastamonu Taşköprü Devlet Hastanesi, Kastamonu, Türkiye

²Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Çankırı, Türkiye
derya.gundogmus@hotmail.com

Bireyin stresle baş etme, kendisinin ve çevresinin duygularını anlama ve yönetebilme becerisi olarak tanımlanan duygusal zekanın, hemşirelerin karşı karşıya kaldıkları ruh sağlığı problemlerinin çözümünde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle araştırma, hemşirelerin duygusal zeka ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın evrenini, Mart-Temmuz 2021 tarihlerinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışmakta olan tüm hemşireler (N=500), örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 110 hemşire oluşturmuştur. Veriler, “Sosyodemografik Veri Formu”, “Duygusal Zeka Ölçeği”, ve “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” kullanılarak Mart-Temmuz 2021 tarihleri arasında çevrimiçi toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortanca, Kolmogorov-Smirnov ve Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H, Spearman Korelasyon ve Lineer Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Sosyodemografik özelliklere göre yaş arttıkça, Maslach Tükenmişlik Ölçeği *Duyarsızlaşma* alt boyutu puanının azaldığı ($p<0,05$), Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeği *Duyarsızlaşma* alt boyutunda diğerlerine göre anlamlı farklılık oluşturduğu ($p<0,05$), duygusal zeka ile ilgili eğitim almanın Duygusal Zeka Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği tüm alt boyutlarında anlamlı farklılık yarattığı ($p<0,05$) saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizinde, Maslach Tükenmişlik Ölçeği *Kişisel Başarı* alt boyutu ile Duygusal Zeka Ölçeği tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Maslach Tükenmişlik Ölçeği *Duygusal Tükenme* alt boyutu ile Duygusal Zeka Ölçeği *Duygusal Kolaylaştırma*, *Duygusal Düzenleme* alt boyutları ve Duygusal Zeka Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,01$).

Hemşirelerin duygusal zeka düzeylerinin yüksek olması, tükenmişliklerini azaltan bir faktör olarak belirlenmiştir. Bu açıdan hemşirelik eğitim ve uygulamalarında duygusal zekayı geliştirmeye yönelik planlamalar yapılması önerilir. Ayrıca tükenmişlik açısından riskli durumların erken dönemde tespiti ve uygun şekilde ele alınmasında, koruyucu ruh sağlığı açısından, psikiyatri hemşireleri de sorumluluk taşımaktadır.

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN İLETİŞİM BECERİLERİ VE EKİP ÇALIŞMASINA YÖNELİK TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI: TÜRKİYE'DEN BİR ÖRNEK

Ramazan Güneşer^{1,2}, Nurdan Kırımlıoğlu³

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Mehmet Tanrıkulu Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, Bolu, Türkiye

²Yüksek Lisans Öğrencisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik, Eskişehir, Türkiye
ORCID No: 0000-0001-7877-4397

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye
ORCID No: 0000-0003-3156-6616

rmzngnsr@gmail.com

Özet

Giriş ve Amaç: Etkin ekip çalışması ve ekip üyelerinin iyi iletişim becerilerine sahip olmaları sağlık hizmeti sunumunu olumlu yönde etkilemektedir. Çalışmanın amacı, geleceğin profesyonelleri hemşirelik bölümü öğrencilerinin iletişim becerileri ve ekip yaklaşımına yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma bir Devlet Üniversitesi Hemşirelik bölümü 2., 3. ve 4. sınıf öğrencilerini kapsamaktadır. Çalışmanın verileri, Sosyo-Demografik Veri Formu, İletişim Becerileri Ölçeği ve Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 22.0 programında, tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, bağımsız örneklem t testi ve Spearman korelasyon analizi aracılığıyla yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan veya ortalama 21,34±1,56 olan toplam 242 öğrencinin %76,0'sı (n=254) kadın, %24,0'u (n=80) erkektir. Öğrencilerin iletişim becerileri (104,82±11,47) ve ekip çalışması tutum (120,41±13,28) skorlarının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Ekip çalışması konusunda eğitim almış öğrencilerin iletişim becerileri ölçeği toplam skorları (p=0,007), iletişim ilkeleri ve temel becerileri (p=0,001), etkin dinleme ve sözel olmayan iletişim (p=0,008) alt boyutlarındaki skorları eğitim almamış öğrencilerden daha yüksektir. Ekip çalışması konusunda eğitim alan öğrencilerin ekip çalışması tutumları ölçek toplam skorları (p=0,024), ekip yapısı (p=0,020) ve durum izleme (p=0,048) ölçek alt boyutları skorları eğitim almayanlardan daha yüksektir. Erkek öğrencilerin ekip çalışması tutumları ölçeğinin karşılıklı destek alt boyutu skorlarının kız öğrencilere kıyasla anlamlı şekilde yüksek (p=0,026) olduğu görülmüştür. İletişim becerileri ve ekip çalışması tutumları skorları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır (r= 0,467, p<0,001).

Sonuç: Bu çalışmadaki hemşirelik bölümü öğrencilerinin iletişim becerileri ve ekip yaklaşımına yönelik tutumları yüksektir. Öğrencilerin iletişim becerileri ve ekip yaklaşımına yönelik tutumları arasında

anlamli bir ilişki olduğu ve birbirlerini pozitif yönde etkiledikleri saptanmıştır. Ekip çalışmasını gerçekleştirme ve etkili iletişim becerilerine sahip olmanın bireysel, kurumsal, hastaya yönelik faydaları nedeniyle sağlık alanındaki öğrenci ve profesyonellerin bu konudaki farkındalıklarının artırılması için stratejilerin belirlenmesi, uygulanması ve kanıta dayalı en iyi uygulamaları bulmak için bu girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: İletişim becerileri, Ekip çalışması, Hemşirelik öğrencileri, Sosyo-demografik faktörler

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE KRONOTİP VE UYKU KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Filiz Özel¹, Özlem Bulantekin Düžalan², **Nuray Demiralp³**

¹Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çanakkale, Türkiye

²Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çankırı, Türkiye

³Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, İş Sağlığı ve Güvenliği, Çanakkale, Türkiye

ndemiralp@kastamonu.edu.tr

Üniversite öğrencileri genel nüfus içinde sıklıkla uyku bozukluğu şikayetleri olan bir gruptur. Bu şikayetler, hemşirelik gibi akademik performans gereksinimi yüksek programlardaki öğrenciler tarafından daha çok bildirilmektedir. Hemşirelik öğrencileri diğer öğrencilere göre daha yüksek düzeyde stres ve uykuya ilgili sorunlar yaşarlar; bununla birlikte, kronotipin hemşirelik öğrencilerinin uyku durumu ile ilişkisini inceleyen çalışmalara bilimsel literatürde az rastlanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, kronotipin hemşirelik öğrencilerinin uyku kalitesini etkileyip etkilemediğini incelemektir.

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma iki devlet üniversitesinin 2021-2022 akademik yılında aktif olarak öğrenim görmekte olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 210 öğrencinin katılımı ile gerçekleştirildi. Veriler Google Formlar'da oluşturulan yapılandırılmış bir anket aracılığıyla, anket formunun öğrencilerin e-postasına gönderilmesiyle elde edilmiştir

Araştırma verileri birey tanım formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Horne ve Östberg'in insan sirkadiyen ritminde sabahçıl ve akşamcıl tipleri belirleyen ölçeğin Türkçe versiyonu kullanılarak kullanılarak toplanmıştır. Çalışma için etik kurul izni ve kurumlardan izin alınmış ve gönüllü katılım esas alınmıştır. Çalışmada elde edilen veriler SPSS 22 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerde ise Spearman korelasyon testi kullanılmış olup, anlamlılık seviyesi olarak 0,05 alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.95 ± 2.02 yıl olup, %82.4'ü kadındır. Öğrencilerin kronotipinin belirlenmesinde Sabahcıl Akşamcıl Testinden 47.54 ± 9.17 ortalama puan ile %66.6'sı (n=140) ara tip, %19.4'ü (n=40) sabahcıl kronotipine sahipti. Genel toplam PUKİ puanı 5.75 ± 2.64 olmakla birlikte, öğrencilerin %65.7'sinin (n=138) PUKİ puanı 5 ve üzeri olup bu da uyku bozukluğunu düşündürmektedir. Çalışmada öğrencilerin, PUKİ skoru ile kronotip ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$). Ancak akşamcıl tip kronotipe sahip olanların %75'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur. Cinsiyet grupları arasında PUKİ toplam skoru ve kronotip ölçek puanı açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Alkol kullanma durumları arasında PUKİ toplam skoru açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p<0,05$). Alkol kullananlarda PUKİ toplam skoru alkol kullanmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin kendi bildirdikleri uyku problemi olma durumları ile PUKİ toplam

skoru ve Kronotip ölçek puanı açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir. ($p<0,05$) Yeme problemi yaşama durumları arasında PUKİ toplam skoru açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir. ($p<0,05$) Yeme problemi yaşayanlarda PUKİ toplam skoru yaşamayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek görülmektedir.

Çalışmada öğrencilerin önemli bir kısmının uyku kalitesinin kötü olduğu sonucuna varılmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin kendi uyku kalitelerini tanımlarına ve iyileştirmelerine yardımcı olacak önerilere lisans programlarında yer verilmesi, öğrencilerin sağlıklı yaşam kalitesini, uyku kalitesini arttırmaya yönelik eğitim ve seminerlerin düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronotip, hemşirelik, uyku kalitesi.

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Nilgün Özbaş¹, Berna Kurt²

¹Yozgat Bozok Üniversitesi, Akdağmadeni Sağlık Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yozgat, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Türkiye

nilgun.ozbas06@gmail.com

Günümüzde son yıllarda “Akılcı İlaç Kullanımı” kavramı sağlık sistemi içerisinde önemli bir konu haline gelmiştir. Tüm dünyada ve ülkemizde yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı bireylerin sağlığını etkileyen ciddi bir sorundur. Çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesidir.

Tanımlayıcı-kesitsel türde planlanan araştırmanın evrenini; bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi bünyesinde öğrenim gören hemşirelik bölümü öğrencileri; örneklemini ise bu evren içinde çalışmaya gönüllü katılan 352 öğrenci oluşturmuştur. Veriler, 25.08.2022-20.09.2022 tarihleri arasında online veri tabanı üzerinden; “Tanıtıcı Bilgiler Formu” ve “Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği” ile toplanmıştır. Yozgat Bozok Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan gerekli etik izin alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden yazılı izinleri alınmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Ki Kare, Man Whitney-U, ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Öğrencilerin %80,7’ si kadın, %40,6’ sı ikinci sınıfta ve yaş ortalamaları 20.82 ± 1.39 ’ dir. Öğrencilerin %88,6’ sı çekirdek aile yapısında olup % 74,4’ ü kentsel bölgede yaşamaktadır. %69,62’sinin gelir durumunun gidere eşit olduğu, %94,0 ‘ının herhangi bir kronik hastalığının bulunmadığı, %92,6’ sının düzenli ilaç kullanmadığı, %79,8’ inin reçetesiz ilaç kullanmadığı ve %60,5’ inin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgisinin olmadığı saptanmıştır. Çalışmada Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği puan ortalamasının 33.41 ± 5.48 olduğu, öğrencilerin % 52,3’ünün akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Ölçek puan ortalamasının en yüksek olduğu grubun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde 4. sınıf öğrencileri olduğu (39.82 ± 2.02 , $p \leq 0,005$) tespit edilmiştir. Ölçeğin ortalama puanı ile yaş, cinsiyet, gelir durumu, yaşanılan yer, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanma durumu, reçetesiz ilaç kullanma durumu ve önceki akılcı ilaç kullanımı bilgi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,005$). Çalışmamızda ölçekten elde edilen Cronbach’s Alfa Katsayısı=0,681 olarak bulunmuştur.

Öğrencileri yarısından fazlasının akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencilerine lisans eğitimleri süresince akılcı ilaç kullanımı kavramı sürekli eğitimlerle desteklenmeli, eğitimlerin etkinliği değerlendirilmeli ve farkındalık oluşturularak, tutum ve davranışların geliştirilmesinde destek sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, hemşirelik, öğrenci, bilgi düzeyi

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN GENÇLİK LİDERLİK ÖZELLİKLERİ VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Semanur Kumral Özçelik¹, Nasih Nas, Beyza Aktürk¹, Elif Ergün, Zeynep Eltuğral¹, Gizem Güzelmansur¹, Ashıhan Karakuş¹, Ülkü Ebrar Yiğit¹

¹Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
snkozcelik@gmail.com

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin gençlik liderlik özellikleri ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikteki araştırma İstanbul İlinde bir devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim gören 501 öğrenci ile gerçekleştirildi. Gerekli etik kurul ve kurum izinleri alındı. Verilerin toplanmasında Bilgi Formu, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, Gençlik Liderlik Özellikleri Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney-U test, Kruskal Wallis-H test ve Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı.

Öğrencilerin yaş ortalaması 20,89±1,81 yıl olup, %77,2'si kadın, %30,5'i ikinci sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin Gençlik Liderlik Özellikleri Ölçeği puan ortalaması 3,89±0,52, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puan ortalaması ise 3,11±0,77 olarak bulundu. Öğrencilerin Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden aldıkları puanlar ile Gençlik Liderlik Özellikleri Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,364$; $p<0,001$).

Araştırma sonucunda öğrencilerin gençlik liderlik özelliklerinin yüksek, psikolojik sağlamlıklarının ise orta düzeyde olduğu, psikolojik sağlamlıkları arttıkça gençlik liderlik özelliklerinin de arttığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Gençlik liderlik özellikleri, psikolojik sağlamlık, hemşirelik öğrencileri.

İNŞAAT İŞKOLUNDA ÇALIŞAN GENÇ BİR İŞÇİDE GÖRÜLEN PLEVRAL PLAK

Melike Yüksel Yavuz¹, Ceyda Şahan^{1,2}, Yücel Demiral^{1,2}

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

yukselmelike@windowslive.com

Plevral plaklar, parietal plevrada hyalinize kollajen liflerinin lokalize birikintileridir. Genel popülasyonda %0.5 ile %8.0 sıklıkta, asbest lifine maruz kalan işçilerde ise %3.0 ile %58.0 sıklıkta görülürler (1). Bu plaklar solunum bulgularına yol açmadıkları ve fonksiyon testlerinde genelde bir kısıtlılığa neden olmadıkları için çoğunlukla tesadüfen saptanırlar. Asbest maruz kalımına bağlı gelişen kalsifiye plevral plaklardan malignitelerin geliştiğine dair bir rapor da bulunmamaktadır (2). Fakat tüm bunlara rağmen varlıkları çoğunlukla asbest maruz kalımını gösterdiği için çok kıymetlidir. Asbest çok farklı işkollarında, yaygın olarak kullanılan bir maddedir. İnşaat işkolu önemli bir maruz kalım kaynağı olduğu bilinmektedir. Burada genç yaşta plevral plak saptanan inşaat işçisi bir olgu sunulmuştur.

Solunum semptomları olmayan 29 yaşında erkek olgu dış merkezde çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde (BT) asbest maruziyetini düşündüren plevral plaklar saptanması üzerine tarafımıza işe uygunluk açısından değerlendirilmek üzere başvurdu. Olgunun tıbbi öyküsünde bilinen akciğer ve plevral hastalığı yoktur. Doğum ve yaşam yeri ile ilişkili bilinen asbest maruziyeti bulunmamaktadır. Olgu hiç sigara kullanmamıştır. Soygeçmişinde de herhangi bir özellik yoktur. İş öyküsüne göre 15 yıldır inşaat sektöründe sıhhi tesisatçı olarak çalıştığı öğrenilmiştir. Buna göre kaba inşaatta kalorifer tesisatını temiz ve kirli su borularını (plastik) döşeme işi yanında matkapla duvarı delme işi ve el testeresi ile demir kesme işi de yapmıştır. Tüm maruz kalımları değerlendirildiğinde olgunun toplam 15 yıl haftanın 6 günü, 5 saat/gün toz maruz kalımı vardır. Fizik muayenesinde bilateral solunum sesleri olağan saptanmıştır ve ek bulgu gözlenmemiştir. Hemogram ve rutin kan kimyası olağandır. Basit spirometride FEV1:4.22 ml (%132), FVC:5.12 ml (%140) ve FEV1/FVC:82.39 idi. Konvansiyonel akciğer grafisinde sağ akciğer orta zon, intermediyer bölgede plevral plak ile uyumlu opasite artışı vardı. Olgunun 5 yıl önceki akciğer grafisinde de benzer plakların olduğu görülmüştür. Buna göre en erken mesleğinin dokuzuncu yılında plevral plakları olduğu tahmin edilebilir. Güncel Toraks BT'sinde kostal ve diyafragmatik plevralarda yer yer kalsifik kalınlaşmalar mevcuttur. Parankimal patoloji saptanmamıştır (Resim 1,2). Olgudan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

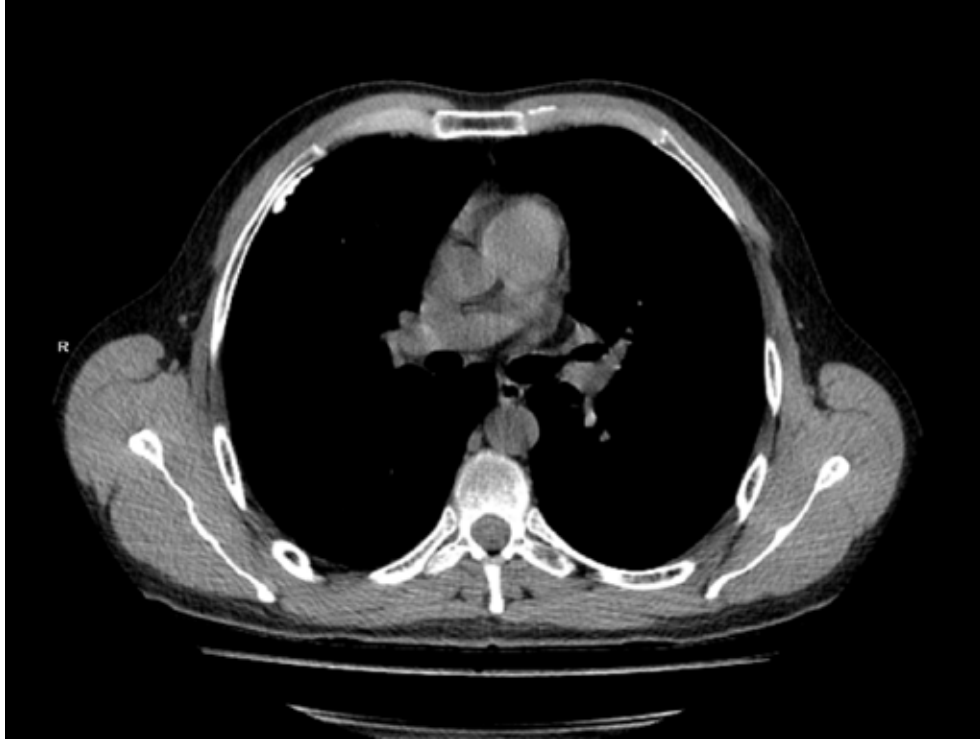
Asbest maruz kalımına bağlı plevral plaklar genelde ilk karşılaşmadan 20 yıl sonra görülmektedir (3). Plevral plak görülme sıklığı doz ile artıyorsa da, plakların oluşumu ile doz arasında doğrusal bir ilişki yoktur (4). Plevral plaklar, özellikle altıncı ila dokuzuncu kostalara bitişik parietal plevrayı tutar. Diyafragmatik plevra boyunca da görülebilirler. Plevral plaklar interkostal boşluklarda daha az yaygındır, sadece visseral plevrada nadiren görülür ve kostofrenik sulkus ve akciğer apekslerinde

bariz bir şekilde yoktur (5). Bizim olgumuzda da hem kostal hem diyafragmatik tutulum mevcuttur. Clarke ve arkadaşlarının makalesinde belirttiği gibi asbest olmayan maddelere maruz kalıma bağlı da plak gelişimi olabilir. Örneğin, erionit, silikatlar, yapay liflere maruz kalma plak gelişiminde olası risk faktörleridir. Ek olarak ampiyem, tüberküloz, kaburga kırıkları ve hemotoraks da etiyojiler arasındadır (6): Olgumuzun özgeçmişinde diğer hastalıklara yönelik bir öykü yoktur. Silika maruziyeti olgumuzda olduğu gibi inşaat işçilerinde sık görülmektedir. Zeren ve arkadaşlarının çalışmasında 32 yıl silika maruziyeti olan 57 yaşındaki olguda plevral kalınlaşma vardır ve yapılan plevral biyopside ve gençlik yıllarında 20 yıl silika maruziyeti olan 87 yaşındaki plevral efüzyonu ve silikozisi olan olguda plevral efüzyonda ışığı çift kıran silika partikülleri gösterilmiştir. Silikanın aynı asbest gibi plevrada uzun bir latent periyoda sahip olabileceği düşünülmektedir (7,8). Ülkemizde 28539 sayılı ve 25.01.2013 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan “Asbestle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik” gereği asbest ve asbestli ürün üretimi ve bunların her türlü ticareti yasaklanmıştır (9). Ancak özellikle kentsel dönüşüm süreçlerinde eskiden kullanılan asbest vb malzemelerin inşaat ve hafriyat süreçlerinde var olduğu bilinmektedir (10). İtalya’ dan bir çalışmada asbest yasağından sonra (1992’ de yasaklanmış olup veri tabanı 1996-2016 yıllarını içermektedir) potansiyel olarak hala asbeste maruz kalan işçi sayısının 46 422 olduğu ve başı çeken sektörün de inşaat sektörü olduğu belirtilmiştir (11). Olgumuzun 5 yıllık asbest maruziyeti olduğu kabul edilirse, 5 yılda plevral plak beklenen bir durum değildir. Diğer taraftan silika maruz kalımına bağlı plevral plak gelişmesine ilişkin bilgi sınırlıdır. Genç bir kişide asbeste bağlı hastalık, işyerinde mesleki maruziyet olarak; çocuk işçiliğinin bir sorun olduğu ve asbest yasağının olmadığı gelişmekte olan ülkeler dışında, hastalığın ortaya çıkması tipik olarak 10 yıldan fazla sürdüğü için pek olası değildir. Başka bir kişi eve asbest lifleri getirdiğinde ikincil olarak veya açık havada/asbestin bulunduğu binaların içinde çevresel olarak maruziyet olabilir. Olgumuzda ikincil ve çevresel maruziyet ile uyumlu öykü yoktur. Sonuç olarak bu olguda gösterildiği gibi inşaat işkolunda asbest, silika ve diğer mesleki maruziyetlerin genç popülasyonu da etkileyebileceği göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir.

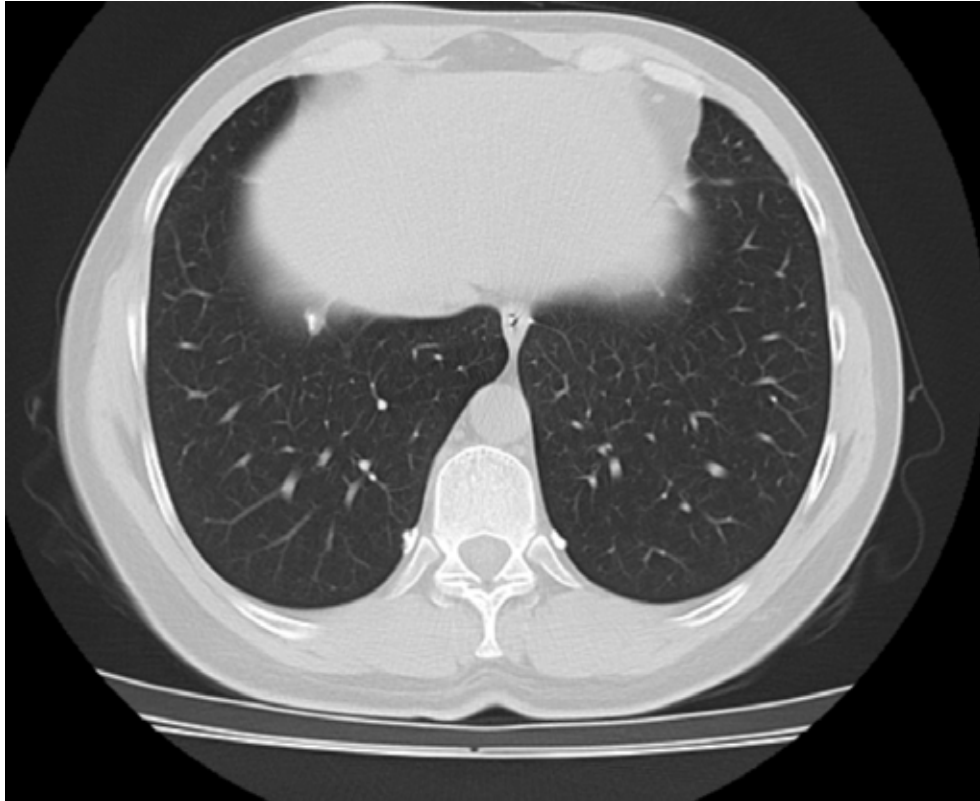
Kaynaklar:

1. Delgado D, Ramírez O, Sultan N, Miranda P, Delgado A. Pleural plaques by inhalation of asbestos fibers. Rev Bras Med Trab. 2020 Dec 11;18(2):241-245. doi: 10.47626/1679-4435-2020-493. PMID: 33324467; PMCID: PMC7732047.
2. Fraser J. H. Brims, Karen Kong, Ed J. A. Harris et al. Pleural Plaques and the Risk of Lung Cancer in Asbestos-exposed Subjects. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 201 Number 1|January 1 2020.
3. Kerper LE, Lynch HN, Zu K, Tao G, Utell MJ, Goodman JE. Systematic review of pleural plaques and lung function. Inhal Toxicol. 2015 Jan;27(1):15-44. doi: 10.3109/08958378.2014.981349. Epub 2014 Dec 18. PMID: 25518994; PMCID: PMC4364260.
4. Miller WT Jr, Geffer WB, Miller WT Sr. Asbestos-related chest diseases: Plain radiographic findings. Seminars in Roentgenology 1992;27:102-120.

5. Paul Stark, Imaging of pleural plaques, thickening, and tumors. UptoDate 2022. (13.09.2022 tarihinde erişildi) <https://www.uptodate.com/contents/imaging-of-pleural-plaques-thickening-and-tumors>.
6. Clarke CC, Mowat FS, Kelsh MA, Roberts MA. Pleural plaques: a review of diagnostic issues and possible nonasbestos factors. Arch Environ Occup Health. 2006 Jul-Aug;61(4):183-92. doi: 10.3200/AEOH.61.4.183-192. PMID: 17867573.
7. Zeren EH, Colby TV, Roggli VL. Silica-induced pleural disease: an unusual case mimicking malignant mesothelioma. Chest. 1997 Nov 5;112(5):1436-8. doi: 10.1378/chest.112.5.1436. PMID: 9367490.
8. Shouichi O, Isao K, Hiroshi M et al. Silicosis-related pleural effusion diagnosed using elemental analysis of the pleural fluid cell block: A case report. Respiratory Medicine Case Reports 37 (2022) 101665.
9. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17050&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (13.09.2022 tarihinde erişildi).
10. Akboga-Kale O, Gurcanlı GE, Baradan S. Asbestos exposure and prevention methods in urban renewal process. Pamukkale Univ Muh Bilim Derg, 23(6), 694-706, 2017. doi: 10.5505/pajes.2016.66049.
11. Scarselli A, Marinaccio A, Corfiati M, Di Marzio D, Iavicoli S. Occupational asbestos exposure after the ban: a job exposure matrix developed in Italy. Eur J Public Health. 2020 Oct 1;30(5):936-941. doi: 10.1093/eurpub/ckaa118. PMID: 32747928.



Resim 1: Sağ kostal kalsifiye plevral plak



Resim 2: Bilateral kostal ve sağ diyafragmatik yüzde kalsifiye plevral plak

INVESTIGATION OF BACTERIOPHAGE THERAPY POTENTIAL IN INFECTIONS CAUSED BY KLEBSIELLA SPECIES IN GALLERIA MELLONELLA LARVA MODEL

İnci Durukan¹, Ülkü Zeynep Üreyen Esertaş¹, Ali Osman Kılıç¹

¹Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine, Department of Medical Microbiology, Trabzon, Turkey
biyolog_ulku@hotmail.com

With the crises experienced in the production of new antibiotics, new strategies are needed in parallel with antibiotic treatment against the rapidly increasing resistant bacteria due to the widespread and unconscious use of antibiotics around the world. In this direction, the therapeutic use of bacteriophages (phage therapy) for a hundred years has become the focus of attention of the scientific and medical world again today. Bacteriophages, which represent the most abundant biological community in nature, are defined as viruses that infect bacteria. Although bacteriophages have a narrow host spectrum, they are very common in nature, providing an important advantage for their use against multi-antibiotic resistant bacteria.

In this study, phage treatment was performed on the larvae of *K. pneumoniae* TRKP 61 isolated from wastewater and the lytic phage specific for this strain Trkp 61, and *Galleria mellonella* larvae infected with *K. pneumoniae* ATCC 700603 and *K. oxytoca* ATCC 43086 strains. For this purpose, 10⁶ bacteria were injected into the larvae selected as the positive control group, physiological saline was injected into the negative control group and bacteria and phage were injected into the experimental group. The larvae were incubated for five days under dark ambient conditions at 37°C with 2 g of nutrient per larva. Melanization and immobility developed in the larvae were followed and dead and live larvae were observed. During the experiment, no melanization or death was observed in all larvae infected with the phage treated *K. pneumoniae* TRKP 61 strain, where infection developed in all larvae treated with bacteria alone and all larvae died. It was determined that phage therapy was successful in 70% of larvae affected by *K. pneumoniae* ATCC 700603 and *K. oxytoca* ATCC 43086 strains.

As a result, the feasibility of *G. mellonella* larvae as an infection model organism in phage therapy studies has been demonstrated. It has been determined that Trkp 61 phage has a high phage therapy potential and should be supported by further studies.

Keywords: Klebsiella, Phage Therapy, *Galleria mellonella*

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ SAĞLIK İLETİŞİMİ

Eda Nur Ardic¹

¹*İstanbul Üniversitesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, İstanbul, Türkiye*
edanur.ardic@ogr.iu.edu.tr

Bu metinde ele alınan asıl konu iş sağlığı ve güvenliği ile sağlık iletişiminin birbirlerine olan etkisini, bir arada yapılmış ulusal ve uluslararası çalışmaları ortaya koymak ve iş sağlığı güvenliğinde sağlık iletişimi konusunu bir arada derleyebilmek, düzenleyebilmektir.

Amaç sağlık iletişiminin iş güvenliği ve sağlığında ne kadar önem arz ettiğini gösterebilmektir. Anlatılan konuda sağlık iletişiminin tarihçesi ve alanlarının belirtilme sebebi iş sağlığı ve güvenliğinde sağlık iletişiminin nerden geldiğine ışık tutmak ve okuyuculara net bir şekilde bu konuyu ifade edebilmektir.

İş sağlığı ve güvenliğinde sağlık iletişimi olmazsa neler olabileceği, bu konuda gereken özenin gösterilmesi üzerine yapılan çalışmalar ve DSÖ, ILO, ÇASGEB, ÇASGEM gibi ulusal ve uluslararası kuruluşların uyguladığı çalışmalar yer almaktadır.

Sağlık iletişimi; önemli sağlık sorunlarıyla ilgili birey, kurum ya da hedef kitleyi bilgilendirme, etkileme ve motive etme sanatı olarak da tanımlanmaktadır. Sağlık iletişiminin kökeni 18. ve 19. yüzyıllarda hijyen ve aşılama kampanyalarının başlangıcına dayanmaktadır. (Oktay, 2012)

Sağlık iletişiminin ilk ortaya çıktığı dönemlere ve gelişme sürecine bakıldığında antik çağlara kadar uzandığını hatta Hipokrat'a ve Platon'a kadar gittiği görülmektedir.

Sağlık iletişimi konusu ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya atılmış olup gelişmeye başlamıştır. Thomas'a göre ikinci dünya Savaşı'na kadar sağlık Amerikalılar tarafından bir değer olarak algılanmamıştır. (Oktay, 2012)

Özellikle sağlık çalışanı ile hasta arasındaki iletişimin, sağlığın geliştirilmesine olan etkisini değerlendirmeye yönelik çalışmalara son yıllarda ağırlık verilmiştir. Bu etkiyi anlamada yol gösterici olması adına Street jr. 2013 tarafından bir model geliştirilmiştir. Hasta memnuniyetine yönelik iletişim davranışları açık ve anlaşılır. Bir dil kullanma, empati ve samimiyet gösterme, sözsüz iletişim, etkili kullanma, dinlenme ve saygıyı temel becerileri kapsamaktadır.

İş sağlığı: Bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmalarıdır. (Altuntaş, 2013)

İş güvenliği: Çalışanların işte karşılaştıkları tehlikelerin ortadan kaldırılması veya azaltılması için getirilmiş yükümlüklere ait teknik kurallarının bütününü anlatır. İş güvenliği daha çok işçinin yaşamını ve vücut bütünlüğüne yönelik tehlikelerin ortadan kaldırılmasını hedef alır. (Altuntaş, 2013)

İş Sağlığı ve Güvenliğinde Sağlık İletişimi alanında Ele Alınan Konular ise.

- Biyolojik ve Psikososyal Risk Etmenleri

- Meslek hastalıklarının sebepleri
- Hastalıktan Korunma Sebepleri ve Korunma Tekniklerinin Uygulanması
- İlk Yardım

Olarak belirlenebilir.

İş Sağlığı ve Güvenliğinde Sağlık İletişimi olmazsa neler olur?

- İş sağlığı ve güvenliğinde toplum sağlığını ilgilendirebilecek birçok konuda toplum bilgilendirilemez ve önlemler alınamaz.
- İş sağlığı ve güvenliğinde sağlık sorunları ortaya çıktığı zaman, sağlık iletişimi olmazsa; sağlığa ilişkin risklerin farkına varılamayabilir
- Sağlığa ilişkin risklere yönelik çalışılan iş yerinde insanlar arası iletişim gerçekleşmeyecektir. Örneğin: Çalışanın baretini, koruyucu gözlüğünü, maskesini, eldivenini takmaması sonucu neler olabileceği kişide ve diğer çalışanlarda bir sorun teşkil etmeyecektir. Çünkü bilgilendirme, iletişim olmadığı için iş kaza sayıları artacaktır.
- Toplumsal bilinç gelişemeyecek, iş sağlığı ve güvenliğinde sağlık ile ilgili istenen tutum benimsenemeyecek ve İstenen sağlıkla ilgili oluşabilecek davranışlar sergilenmeyecektir.

İSG'DE SAĞLIK İLETİŞİMİ OLMADIĞI TAKDİRDE;

- İş kazaları, yaralanmalar ve hastalıkların artışı, malzeme, ekipman veya tesiste hasar (örneğin, dikkatsizlik veya bilgi eksikliğinden kaynaklanan bir işyerinde yangın çıkması gibi),
- Çalışma iş gününde düşmeler, üretim kayıpları, verimlilik kayıpları,
- Çalışanlar tarafından yapılan risk alma durumları, yüksek tazminatları ve sağlık sigortası maliyetleri
- Toplum ve çevreye yönelik riskler (örneğin, tehlikeli kimyasalların çevreye yayılması veya uygun olmayan şekilde atılması) gerçekleşecektir.

İSG 'de sağlık iletişimi sosyal medya ile sağlanmaktadır. Bunlar;

- Ortak projeler, Bilgi bir araya getirme. (Örneğin Wikipedia.)
- Bloklar veya mikro bloklar, (örneğin blogger Twitter.)
- İçerik toplulukları medya paylaşımı, (örneğin YouTube.)
- Sosyal ağ siteleri (Facebook, Google plus) (Avcı, 2018)

İSG 'de sağlık iletişimi sağlandığı takdirde İş kazalarını önlemede

İstenilen davranışın benimsenebilmesi için;

- 1) Risk analizi yap ve tehlikeyi belirle
- 2) Belirlediğin tehlikeyi tanımla ve anla
- 3) Tanımladığın ve anladığın tehlikeye karşı önlem geliştir.

4) Geliştirdiğin bu önlemleri uygula tekniklerinin gerçekleşmesi gerekir.

İSG 'de iş kazası ve meslek hastalıklarının engellenebilmesi için yapılabilecek risk analizleri ise;

- Risk analizi metotlarından Tehlike ve İşletilebilme Çalışması analiz metodu (HAZOP): Tehlikeli sapmanın sonuçlarını dikkatle gözden geçirerek, sapmanın oluşmasını önleyici, koruyucu önlemleri tanımlar ve önlemlerin alınmasından sonra kalan riskin kabul edilebilir olup olmadığına karar verir. Genelde kimya sanayi üretim ve preseslerinde kullanılır. (Altuntaş, 2013)
- Hata ağacı analiz metodu (FTA) ise: Tümünden gelimli mantığa dayanan bir tekniktir. (Yani bütünden parçaya giderek parçadaki sorunu anlamaya yönelir.
- Olay ağacı analiz metodu (ETA) ise: Tümevarımlı bir mantığa dayanan tekniktir. Yani parçadan bütüne giderek bütündeki sorunları anlamaya çalışır
- Sebep sonuç analizi (CCA): Hata ağacı ile olay ağacı analizinin harmanlanması olup hem tümünden gelimli hem de tüme varımlıdır.

Risk değerlendirme metotlarından 5*5 matris metodu küçük işletmelerde, kinney analiz metodunun da büyük işletmelerde kullanımı daha uygundur. Anlatılan diğer metotlar ise genelde bütün iş yerlerinde uygulanabilir özelliktedir. (Altuntaş, 2013)

Risk analizleri çabuk ve anlaşılır sonuca giderek herkesin durumu ve şartları kolayca anlamasını sağlarlar. Alınan sağlık önlemlerinin işletmeye getireceği maliyetleri ve uygulama sürelerini de tanımlamak mümkündür.

Risk analizleri çok tehlikeli iş yerlerinde 2 yılda, Tehlikeli iş yerlerinde 4 yılda, az tehlikeli iş yerlerinde ise 6 yılda bir yenilenir!

İSG de Sağlık İletişiminde Yapılan Çalışmalardan Proaktif davranış (ön alma);

- İşletmede istenmeyen olayların ortaya çıkmasından önce harekete geçerek varsayım, öngörü, değerlendirme ve risk analizlerine dayanarak koruma ve önlem almaktır. Türkiye' de Proaktif yaklaşıma 2003 yılında geçilmiştir. (Oktay, 2012)

İş sağlığı ve güvenliğinde sağlık iletişimi olursa; Çalışan (işçi) baretini, koruyucu gözlüğünü, maskesini, eldivenini, işe özel elbisesini kullanacak ve önlemler alınmaya başlanacaktır. Bunun yanında çalışan risk etmenlerinden de korunacak, verimlilik artacak, üretim kayıpları ve sağlık sigorta maliyetleri azalacaktır. Sağlık iletişimi sadece iş güvenliğinde değil diğer alanlarda da olmazsa olmazdır.

Bu derlemeden öğrenilecek en önemli şey ilk önce insanın kendini sevebilmesi, canını koruyabilmesi ve sağlık iletişiminin değerini görebilmesidir. İş sağlığı ve güvenliğinde yapılan risk analizleri önemli çalışmaların başında gelmekle beraber aynı zamanda iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesinde büyük bir role sahiptir. Bu yüzden iş sağlığı ve güvenliğinde sağlık iletişiminin gerçekleşmesinde yeri hayli büyüktür.

İSG 'de sağlık iletişiminde sosyal medya araçları bilgi amaçlı kullanılmalı ve uzman kişilerce bilgi alınmasının önü açık olmalıdır.

Kaynakça

1. Altuntaş, M. (2013). *İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ İSG EL KİTABI*. İstanbul: Met Yayıncılık.
2. Avcı, K. (2018). *Hekimlerin Sosyal Medya Kullanımı ve Etik*. Afyonkarahisar: Turk J Public Health.
3. Hatun Boztepe Taşkiran, E. Y. (2019). Sağlığa İlişkin Risklerin Önlenmesi Bağlamında Sağlık İletişimi Kampanyalarının ve Yeni Medyanın Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Dördüncü Kuvvet Uluslararası Hakemli Dergisi*, 111-133.
4. Mendi, B. (2015). Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Kullanımı: Dünyadaki ve Türkiye'deki Uygulamalar. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, 275-286.

İŞİTME ENGELLİLER VE ENGELSİZ SAĞLIK İLETİŞİM MERKEZİ (ESİM)

Mustafa Mahir Ülgü¹, Filiz İşleyen¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye
mahir.ulgu@saglik.gov.tr

Özet

Sağlık iletişiminde engelli bireyler dahil tüm bireylerin kendilerini doğru bir şekilde ifade etmeleri önemlidir. Sağlıklı bireyler ile karşılaştırıldığında engelli nüfusun sağlık hizmetlerine erişiminde ve sağlıkları ile ilgili iletişimlerinde yaşanan eşitsizliklerin giderilmesi beklenmektedir. Bir şeyi tamamen veya kısmen duyamama durumu olan tam veya kısmi işitme kaybı, yetersiz ve zayıf iletişime neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayınladığı Dünya İşitme Raporu'na göre, dünya çapında yaklaşık 2,5 milyar insan veya her 4 kişiden 1'inin 2050 yılına kadar bir dereceye kadar işitme kaybı yaşayacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde özellikle işitme ve konuşma engeli olan bireylerin ihtiyacı olan sağlık hizmetine erişim sağlamalarını kolaylaştırmak ve yaşadıkları zorlukları ortadan kaldırmak amacıyla Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından Engelsiz Sağlık İletişim Platformu (ESİM) geliştirilmiştir. Bu çalışma, işitme engelini engellemek için yapılan tarama çalışmaları ve işitme engellilerin sağlık hizmetine daha kolay ulaşabilmesi amacıyla geliştirilen ESİM'in bilinirliğini artırmayı amaçlamaktadır. Türkiye'de yapılan işitme tarama testlerinin sonuçları Ulusal İşitme Tarama Programı çerçevesinde kayıt altına alınmaktadır. Burada tutulan veriler, Sağlıkta İstatistiksel Nedenler ve Analizler platformundaki veri ambarına aktarılmakta ve raporlanmaktadır. Çalışmadaki işitme tarama testlerinin sonuçları bu platformdan alınmış verilerden oluşmaktadır. Sonuç olarak, toplumda işitme tarama programları hakkında daha fazla farkındalık oluşturulmalıdır. Sağlık iletişiminde hızla gelişen bilişim teknolojilerinden faydalanılmalıdır. ESİM, işitme ve/veya konuşma engelli olan ve olmayan gruplar arasındaki sağlık eşitsizliklerini azaltmak ve sağlık iletişiminde kullanılmak için güçlü bir araç olabilir.

Anahtar Kelimeler: İşitme tarama, işitme engelliler, ESİM

Abstract

It is important for all individuals, including disabled individuals, to express themselves correctly in health communication. When compared to healthy individuals, it is expected that the inequalities experienced especially in the access of the disabled population to health services and their communication about their health will be eliminated. Complete or partial hearing loss, which is the inability to hear something completely or partially, causes inadequate and poor communication. According to the World Hearing Report published by the World Health Organization (WHO) it is estimated that approximately 2.5 billion people worldwide will experience some degree of hearing

loss by 2050. In our country, the Barrier-Free Health Communication Platform (ESİM) has been developed in order to facilitate access to the health services that individuals with hearing and speech impairments need and to eliminate the difficulties they experience. This study aims to increase the awareness of ESİM, which was developed for screening studies to prevent hearing impairment and for hearing impaired people to access health services more easily. The results of the hearing screening tests performed in Turkey are recorded within the framework of the National Hearing Screening Program. The data held here is transferred to the data warehouse on the Statistical Causes and Analysis in Health platform and reported. The results of hearing screening tests consist of data from this platform. As a result, more awareness should be created about hearing screening programs in the society. Developing information technologies should be used in health communication. ESİM can be a powerful tool for use in health communication and to reduce health disparities between hearing and/or speech impaired and non-hearing groups.

Keywords: Hearing screening, hearing impaired, ESİM

Giriş

Sağlık iletişimi özel bir alandır. Sadece hukuki değil, vicdani ve ahlaki sorumlulukları da içinde taşır. Sağlık hakkının evrensel bir hak olması gibi sağlık iletişiminde de tüm bireylerin kendilerini doğru bir şekilde ifade etmelerinin sağlanması gerekmektedir. Sağlıklı bireyler ile karşılaştırıldığında engelli nüfusun sağlık hizmetlerine erişiminde ve sağlıkları ile ilgili iletişimlerinde yaşanan eşitsizliklerin giderilmesi beklenmektedir. Engellilikler arasında bireyin kendini tam ve doğru olarak ifade edememesine neden olan tam veya kısmi işitme kaybı, bir şeyi tamamen veya kısmen duyamama durumudur [1]. Bu durum yetersiz ve zayıf iletişim demektir. Bu nedenle de alınan sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektedir [2,3]. Ayrıca, sağlık okur yazarlığı ve koruyucu sağlık hizmetinden yararlanmayı da engellemektedir [4,5]. İşitme engellilerin başkalarına ihtiyaç duymaksızın sosyal yaşama entegre olabilmeleri, sağlık hizmetlerine erişimde ve iletişimde yaşadıkları eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik yapılacak çalışmalar işitme engelini ortadan kaldırmasa bile iletişimde engel olmamasını sağlayacaktır.

Genel Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2 Mart 2021'de yayınladığı ilk Dünya İşitme Raporu'na göre, dünya çapında yaklaşık 2,5 milyar insan veya her 4 kişiden 1'inin 2050 yılına kadar bir dereceye kadar işitme kaybı yaşayacağı tahmin edilmektedir. Raporda bu kişilerin en az 700 milyonunun, önlem alınmadığı takdirde işitme bakımı ve diğer rehabilitasyon hizmetlerine erişim ihtiyacı duyacağı belirtilmektedir. Rapora göre işitme kaybı, kısmi ya da tam işitme kaybı olarak yaygındır, her bölge ve ülkede bulunur [6]. Günümüzde ise küresel nüfusun yaklaşık % 20'si işitme kaybıyla yaşamaktadır. 1,5 milyar civarındaki bu nüfusun 430 milyonu tam işitme engellidir. Dünya çapında 34 milyon çocukta tam veya kısmi işitme kaybı vardır. Bunların % 60'ı önlenabilir nedenlere bağlıdır. Yaşamın diğer ucunda, 60 yaş üstü insanların yaklaşık % 30'unda işitme kaybı söz konusudur. DSÖ, işitme kaybı hastalarının % 50'sinin koruyucu sağlık çalışmaları ile önlenebileceğini tahmin etmektedir [7].

2016 yılında yayımlanan Amerikan Toplum Araştırması'na göre 65 yaş üstü yaşlı yetişkinlerin % 37,4'ü engellidir. Bu oran 75 yaşın üzerindeki için % 49,5'tir. Engelli yaşlı yetişkinlerin % 41,4'ü tam veya kısmi işitme güçlüğü tanısına sahiptir. Bu oran yaklaşık 7 milyon kişi demektir [8].

İşitme ve Konuşma Engellilerin Sağlık Servislerine Erişim Problemleri ve Çözüm Arayışları

Witte ve Kuzel yaptıkları bir çalışmada, yaşlı işitme engelli hastaların, hizmet sağlayıcılarla iletişim kurmakta zorluk yaşadıklarını göstermiştir. Çalışmanın bulgularına göre, yaşlı işitme engelli hastaların randevu almaları, test sonuçlarını anlamaları ve tedavi tercihlerini ifade etmeleri zordur [9]. Frank, 91 işaret dili tercümanı ile yaptığı çalışmada işitme engelli yetişkinlerin (50-93 yaş arası) kendilerini tıbbi bakımda dezavantajlı hissettiklerini göstermiştir [10]. Amerika'da (ABD) işitme ve konuşma engelli popülasyon genel popülasyona oranla koruyucu sağlık ve tedavi hizmetlerine erişimde eşitsizlik yaşamaktadır [11]. Bu kesim sağlık hizmetine daha az başvurma eğilimindedir [12]. İşitme ve konuşma engelli bireyler sağlık hizmetleri araştırmalarında yeterince incelenmemektedir [13]. ABD'de, işaret dili bilen işitme engelli bireyler, sağlık sisteminde iletişim erişimi için yasal bir hakka sahiptir. Bu yasa Amerikan Engelliler Yasası (ADA)'dır. Bu hakkın tesisi için genellikle işaret dili tercümanlarına başvurulmaktadır ve sağlık tesisleri işaret dili bilen tercümanları sağlamak zorundadır [14,15]. Buna rağmen, birçok klinisyen not yazmaya devam etmekte, tercüme yapmak için aile üyelerini kullanmakta veya hastaların birincil iletişim araçları olarak doğru bir şekilde dudak okuyabildiğini varsaymaktadır [16,17]. Ancak işitme engeli olan hastalar dudak okuyamayabilir veya mahrem bilgilerini aile üleriyle ya da refakatçileri ile paylaşmak istemeyebilir. Nitekim Ülkemizde yapılan bir çalışmada, hastanelerde kağıda yazarak veya eliyle göstererek kendisini ifade etmeye çalışan yetişkin işitme engelli bireylerin, gerektiği durumda sağlık profesyoneli ile yalnız kalmak ve hastalığına dair mahremiyet hakkını kullanmak istediği anlaşılmıştır [18].

Günümüzde işitme engelli yaşlı bireylerin özellikle iletişimde yaşadıkları sorunları çözmek için işitme cihazları gibi teknolojik olarak geliştirilen araçlardan faydalanılabilir. Ancak işitme cihazlarının küresel üretimi, küresel ihtiyacın % 10'unu ve gelişmekte olan ülkelerin ihtiyaçlarının % 3'ünü karşılamaktadır [6]. Bu nedenle tüm dünyada, işitme engeli olan bireylere özel sağlık iletişimde kullanabilecekleri ve erişim sıkıntısının olmadığı çözümler geliştirilmelidir. Bilgi ve iletişim teknolojindeki yenilikler, işitme ve konuşma engelli bireyleri desteklemek için büyük bir potansiyele sahiptir. Genel olarak insanlar yaşam kalitelerini artıran ürünlere ilgi duyarlar. Ancak kullanımı özel bir beceri gerektirdiğinde bu ilgi azalabilir. Buna, işaret dilini yazıya ya da belirli bir dilde sese çeviren sistemler dahildir [19]. İşitme engeli olan bireylerin sağlık iletişimine katkı sağlayacak teknolojik bir yenilik planlarken, kullanımının kolay olması ve isteyen herkesin kolaylıkla erişebilmesi önemlidir. Özellikle Covid-19 pandemisinde sağlık iletişimi ihtiyacı daha görünür olmuştur. Örneğin, sağlık profesyonellerinden zamanında ve bilgi almak için internet üzerinden kurulacak bağlantılarla işitme ve konuşma engelli topluluk için bir COVID-19 yardım hattı başlatılması önerilmiştir [20]. Bu şekilde internet teknolojisi kullanılarak engelli bireylere hizmet sunmayı amaçlayan iyi uygulama örnekleri vardır. Örneğin, işitme engelliler için geliştirilen bir mobil uygulama sesli iletişim gerektirmediği ve kullanıcının konumu da otomatik olarak en yakın hastaneye gönderdiği için işitme engellilerin

kullanımına sunulmuştur. Sistem, ortalama görüşme süresinin 42 saniyeden az olduğu dört acil durum senaryosu kullanılarak analiz edilmiştir. Sistemin, mobil tıbbi acil çağrı açısından başarılı olduğu raporlanmıştır [1]. Ülkemizde de bilgi ve iletişim teknolojilerinden işitme engeli olan bireylere tercümanlık konusunda yararlanılması için üç boyutlu, yapay zeka, doğal dil işleme gibi yöntemler kullanan uygulamalar geliştirildiği akademik çalışmalar da bulunmaktadır [21].

Türkiye’de İşitme ve Konuşma Engelliler

Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 2021 yılı verilerine göre Ulusal Engelli Veri Sisteminde kayıtlı ve hayatta olan engelli sayısı; 1.422.159’u erkek, 1.107.542’si kadın olmak üzere 2.529.701’dir. Ağır engeli olan kişi sayısı 778.528’dir. Toplam engellilerin % 9,1’ini işitme engelliler oluşturmaktadır [22]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından gerçekleştirilen Sağlık Araştırması’na göre 2016 yılında 15 yaş üzeri nüfusta işitme sorunu olan birey oranı % 4,5’tir. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne göre ise Türkiye’de doğan her 1.000 bebekten 2-3’ü işitme kaybı ile dünyaya gelmektedir. Ardından geçirilen çeşitli hastalıklar, kazalar veya kullanılan bazı ilaçlara bağlı olarak bu oran % 5’i geçmektedir [23].

Türkiye’de yılda yaklaşık 1.200.000 doğum olduğu düşünüldüğünde işitme engeli önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. DSÖ işitme kaybına yol açan faktörlerin % 50’sinin önlenabilir olduğunu bildirmektedir[7]. Bu nedenle işitme taramaları kadar, işitme kaybına neden olduğu bilinen kızamık, menenjit, kabakulak ve kızamıkçık hastalıklarından korunmak için aşılarının zamanında ve eksiksiz yapılması gerekir. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bebeklik dönemi işitme tarama programı ve önlenabilir işitme kayıplarının tespiti için çocukluk çağı işitme tarama programı başarıyla uygulanmaktadır. 81 ilde kamu, üniversite ve özel hastanelerinin yer aldığı 1074 tarama merkezinde işitme taraması, 75 referans merkezinde ileri tanı ve tedavi uygulamaları yapılmaktadır [23].

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, vatandaşlarla ve sağlık çalışanları ile iletişim kurulması amacıyla teknolojinin sunduğu çeşitli iletişim kanallarını kullanmaktadır. Bunlar arasında en bilenenleri telefonla aramaya açık olan 184 numaralı Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) ve 182 numaralı Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)’dir. 114 numaralı Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM), 444 77 34 numaralı Seyahat Sağlığı Danışma Merkezi, 0 850 240 03 03 e-Nabız Danışma Merkezi, 0 850 477 04 77 HES Kodu Danışma Merkezi gibi çok sayıda çağrı merkezi vardır. Ancak bu çağrı merkezlerini işitme ve konuşma engeli olmayan kişiler kullanabilmektedir. 112 numaralı Acil Çağrı Merkezi, kaza yaralanma dahil tüm acil durum ihbarlarını karşılamak üzere İçişleri Bakanlığına devredilmiştir. İçişleri Bakanlığının Avrupa Komisyonu tarafından desteklenen Reach 112 Projesi kapsamında geliştirilen “Engelsiz 112” isimli bir uygulaması vardır. Bu uygulamada engelli bireyler ücretsiz olarak kişisel telefonlarına indirecekleri mobil uygulama aracılığıyla 112 Acil Çağrı Merkezine anında bildirimde bulunabilir, yetkin 112 personeli ile görüntülü konuşma başlatabilir ya da anlık mesajlaşma ile yine uygulama üzerinden yaşadığı (sağlık, güvenlik, yangın vb.) sorunlarını bildirebilir. Buna ek olarak engelli bireyler dilerse uygulama üzerinden hâlihazırda var olan sağlık

problemlerini kayıt edebilir, acil durumda ulaşılacak yakınlarının iletişim bilgilerini sisteme girerek 112 personelinin “Acil Çağrı” anında bu bilgileri görmesini sağlayabilir [24].

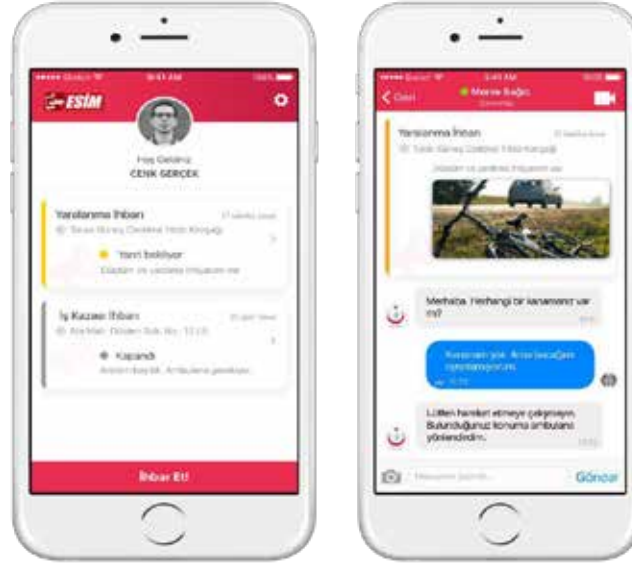
İletişimde bireylerin kendilerini doğru bir şekilde ifade edebilmeleri oldukça önemlidir. Bu iletişimin sağlık alanında ve sağlık hizmetini almak isteyen ve bu hizmeti sunmakla yükümlü olan bireyler arasında olanı en önemlisidir. Ülkemizde özellikle işitme ve konuşma engeli olan bireylerin ihtiyacı olan sağlık hizmetine erişim sağlamalarını kolaylaştırmak ve yaşadıkları zorlukları ortadan kaldırmak amacıyla Engelsiz Sağlık İletişim Platformu (ESİM) geliştirilmiştir. Bu çalışma, işitme engelini engellemek için yapılan tarama çalışmaları ve işitme engellilerin sağlık hizmetine daha kolay ulaşabilmesi amacıyla geliştirilen ESİM’in bilinirliğini artırmayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem

Türkiye’de yapılan işitme tarama testlerinin sonuçları Ulusal İşitme Tarama Programı çerçevesinde <https://itp.saglik.gov.tr/> web adresinde kayıt altına alınmaktadır. Burada tutulan veriler, Sağlıkta İstatistiksel Nedenler ve Analizler (SİNA) platformundaki (<https://sina.saglik.gov.tr/>) veri ambarına aktarılmakta ve raporlanmaktadır. İşitme tarama testlerinin 2019, 2020, 2021 yılları ile 2022 yılına ait (ilk 8 ay) sonuçları bu platformdan alınmış verilerden oluşmaktadır.

ESİM işitme ve konuşma engelli vatandaşlara başta 112, 114, 182, 184 numaralı telefonlardan sunulan hizmetlere ulaşımı için mobil cihazlar üzerinden görüntülü görüşmeye dayalı olarak geliştirilmiş bir sistemdir. ESİM, No-SQL Veritabanı olan MongoDB üzerinde açık kaynak kodlu bir veri tabanı kullanılarak geliştirilmiştir. Sistem arka plan uygulaması ve web servisler için Node.js & Express.js kullanılmıştır. Görüntülü görüşmelerin firewall ve benzeri sistemsel engellemeler nedeniyle Peer to Peer yapılamadığı durumlarda sunucu üzerinden yapılabilmesi için relay sunucu yazılımı Coturn Server kullanılmıştır.

İşaret dili bilen çağrı merkezi çalışanları ile görüntülü görüşmeye olanak sağlayan ESİM, 2016 yılında hizmete sunulmuştur. Uygulama, tüm bileşenleri ile Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından işletilmektedir. ESİM mobil uygulaması, IOS ve Android işletim sistemlerine sahip tüm akıllı cihazlara ücretsiz yüklenebilmektedir. ESİM’e T.C. Kimlik Numarası ile giriş yapıldıktan sonra cep telefonuna gelen doğrulama kodu ile kayıt yapılabilir. Uygulamanın ihtiyacı olan tüm bireylerce kullanılabilmesi amacıyla ESİM internet bağlantılarının da ücretsiz olması için Sağlık Bakanlığınca Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumuna (BTK) talepte bulunulmuştur. BTK’nın aldığı kurul kararı ile 1 Nisan 2019 tarihinden itibaren ESİM Mobil uygulamasını indirmek de kullanmak da ücretsiz olmuştur. Böylece işitme engelli bireyin sağlık hizmetlerine başvurusunda konuşan birine bağımlılığı ortadan kalkmıştır.



Şekil-1: ESİM Mobil Son Kullanıcı Ekran Örneği

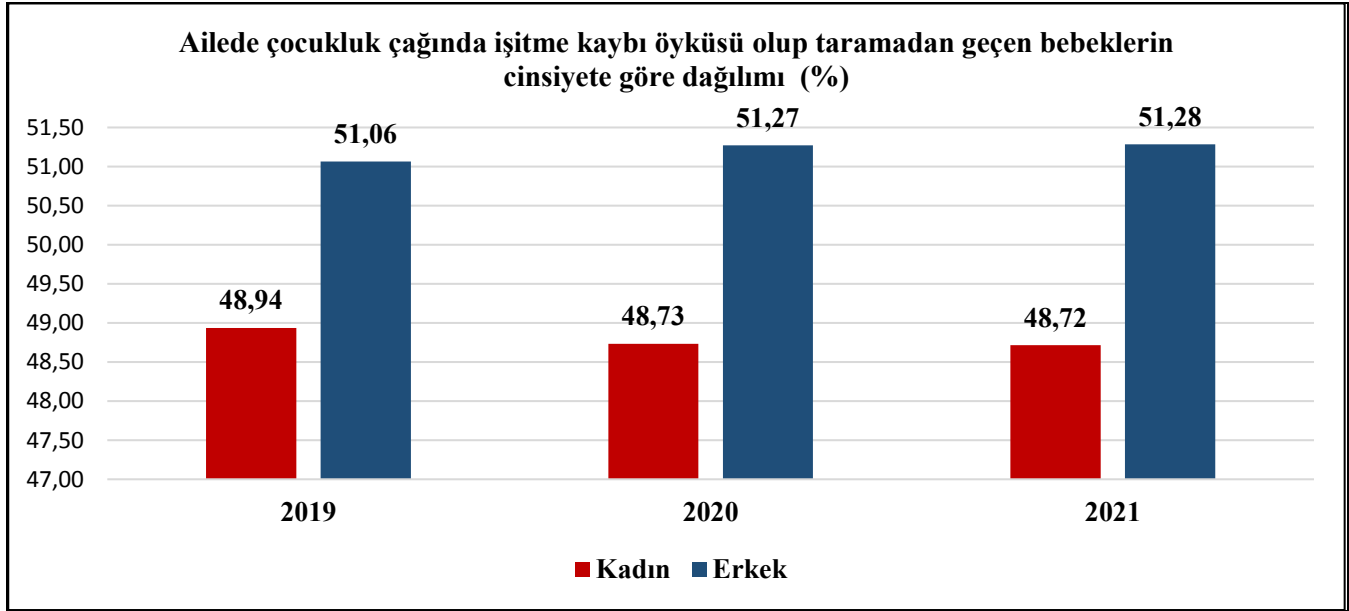
Bulgular

Temel amaç elbette ki işitme ve konuşma engelinin tümüyle ortadan kaldırılmasıdır. Ancak alınan önlemlere rağmen toplumun bir kesimi doğuştan ya da sonradan, kısmi ya da tam işitme ve konuşma engeli ile yaşamını devam ettirmektedir. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti çerçevesinde sunulan işitme tarama programlarının 2019, 2020, 2021 ve 2022 yılı ilk 8 aylık sonuçları Tablo-1’de verilmektedir.

Tablo-1: Yenidoğan İşitme Tarama Oranları

YIL	Tarama Protokolü Bir Ay İçerisinde Tamamlanmış Bebek Oranı	Tarama Protokolü Üç Ay İçerisinde Tamamlanmış Bebek Oranı	Aile Ret Oranı	Taramayla Referans Merkezine Sevk Edilen Bebek Oranı	Tarama Testsiz Referans Merkezine Sevk Edilen Bebek Oranı	Toplam Referans Merkezine Sevk Edilen Bebek Oranı	İşitme Kaybı Tanısı Alan Bebek Oranı
2019	88,36	95,02	0,01	0,84	0,04	0,88	0,18
2020	86,90	93,67	0,09	0,82	0,04	0,86	0,22
2021	89,36	94,74	0,02	1,08	0,05	1,13	0,32
01.01.2022 12.09.2022	89,52	93,62	0,02	1,06	0,03	1,10	0,14

Açıklama: Tarama oranı hesaplanırken TÜİK canlı doğum istatistikleri baz alınmıştır. Canlı doğum istatistikleri henüz açıklanmamış yıl için bir önceki yılın canlı doğum sayıları kullanılmıştır.



Şekil-3: 2019, 2020, 2021 Yıllarında Ailede Çocukluk Çağında İşitme Kaybı Öyküsü Olup Taramadan Geçen Bebeklerin Cinsiyete Göre Dağılımı (%)

Ailede çocukluk çağında işitme kaybı öyküsü özel bir tıbbi öneme sahip olduğundan bu durumda olanlar yetkililere ayrıca rapor edilmektedir. Şekil-3’de 2019, 2020 ve 2021 yıllarında “ailede çocukluk çağında işitme kaybı öyküsü” bulunanların cinsiyete göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo-2: Elektronik İmzalı Engelli Raporlarının Yıllara Göre Dağılımı

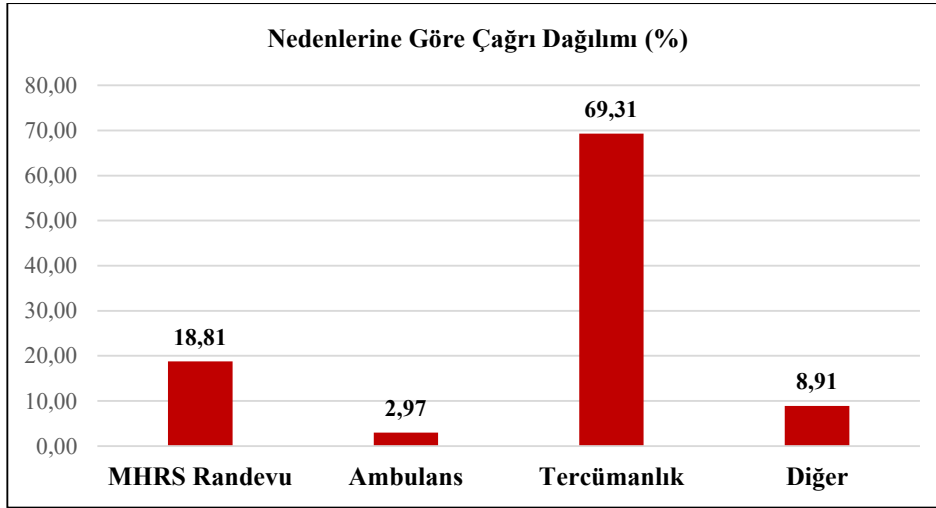
ENGELLİ RAPORLARI							
YIL	e-Engelli Raporu Düzenlenen Kadın	e-Engelli Raporu Düzenlenen Erkek	e-Engelli Raporu Toplam	e-İşitme Engelli Raporu Düzenlenen Kadın	e-İşitme Engelli Raporu Düzenlenen Erkek	e-İşitme Engelli Raporu Toplam	İşitme Engelli Raporlarının Toplam Raporlar İçindeki Oranı
2019	230.607	286.134	516.741	44.498	49.884	94.382	18,26
2020	140.533	190.444	330.977	33.859	40.187	74.046	22,37
2021	199.608	252.283	451.891	53.933	58.477	112.410	24,88
2022 (İlk 6 Ay)	174.905	208.929	383.834	45.176	47.851	93.027	24,24

Mart 2019’da Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından kullanıma sunulan e-Rapor Sisteminde düzenlenen e-Engelli Raporları ve e-İşitme Engelli Raporlarına ait ayrıntılar Tablo-2’de sunulmuştur.

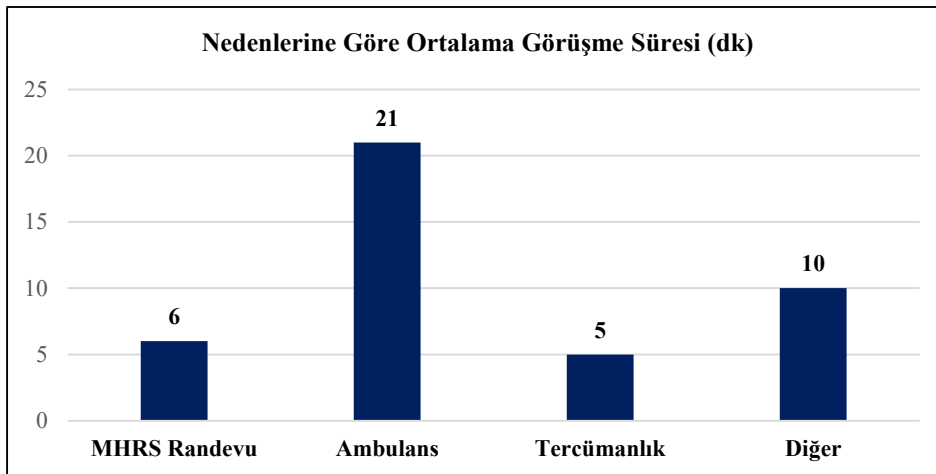
ESİM uygulaması, başvuru alan tüm yarışmalarda ödüllendirilmiştir. Örneğin, 2017’de TBMM Başkanlığınca düzenlenen e-Türkiye yarışmasında “Kamudan Vatandaşa En İyi Proje Ödülü”, 2018’de Engelsiz Bilişim Platformunun düzenlediği yarışmada “En İyi Kamu Hizmeti Ödülü”, HIMSS ELSEVIER ICT yarışmalarında “Avrupa’nın En İyi Sıradışı İnnovasyon Ödülü” ve 2019’da Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı “En İyi Erişilebilirlik Ödülü” gibi. ESİM uygulamasının kullanıcı sayısı ve kullanıma dair bulgular aşağıda verilmektedir.

Tablo-3: ESİM Kullanıcı Sayısının Yıllara Göre Değişimi

Kullanıcı Sayısı			
Yıl	Mevcut	Yeni	Toplam
2016	0	967	967
2017	967	2.295	3.262
2018	3.262	3.285	6.547
2019	6.547	2.247	8.794
2020	8.794	2.010	10.804
2021	10.804	1.370	12.174
2022 İlk 8 ay	12.174	1.132	13.306



Şekil-4: ESİM'e Başvuru Nedenlerine Göre Çağrı Dağılımı (%)



Şekil-5: ESİM'e Başvuru Nedenlerine Göre Çağrı Süresi Ortalaması (dk)

2016 yılı ile 2022 yılı ilk sekiz aylık dönem arasında toplam 58.269 çağrı karşılanmıştır.

Tartışma

Yenidoğan işitme tarama programı koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ülkemizde verilen en nitelikli hizmetlerden biridir. Doğuştan gelen işitme kayıplarına erken tanı konması ve müdahale mümkün olmaktadır. Kızamık, kızamıkçık gibi viral etkenlere karşı bağışıklama hizmetlerini geliştirmeye, yenidoğan sarılığı gibi metabolik hastalıkların kontrol altında tutulmasına katkı sunmaktadır. Tablo-1’de sunulan Yenidoğan İşitme Tarama Oranları’na göre işitme tarama testlerinin aileler tarafından reddi düşük de olsa devam etmektedir. Buna karşılık tarama protokolü 3 ay içerisinde tamamlanmış bebek oranı %93,61 ile 95,02 arasında değişmektedir. Bu bebeklerin işitme kaybı tanısı alanların oranının ise 0,14 ile 0,32 arasında değiştiği görülmektedir.

Ailede çocukluk çağında işitme kaybı öyküsü özel bir tıbbi öneme sahip olduğundan bu durumda olanlar yetkililere ayrıca rapor edilmektedir. Şekil-3’de sunulan veriler incelendiğinde tarama testi sonuçlarına göre cinsiyeti kız olan bebeklerin sayısının erkek olana kıyasla daha az olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Tablo-2 verilerinde de işitme engeli raporu düzenlenen kadınların sayısı daha azdır. TÜİK verilerine göre 2020 yılında canlı doğan bebek sayısı, 1 milyon 112 bin 859 ve %51,3’ü erkek, %48,7’si kız bebek olarak dünyaya gelmiştir [25]. Yine TÜİK verilerine göre 2021 yılında çocuk nüfusun %51,3’ünü erkek çocuklar, %48,7’sini kız çocuklar oluşturmuştur [26]. Bebek ve çocuklardaki cinsiyet farkına ilişkin verilen yüzdeler ve işitme ve tarama testleri ile işitme engelli raporu alan kadın ve erkek yüzdeler kıyaslandığında işitme engelinde cinsiyetin önemli bir faktör olmadığı söylenebilir. Ancak bizim çalışmamızdaki veriler sadece kısıtlı bir zaman aralığının verileridir. Bu konuda yapılan literatür araştırmasında da Türkiye’de işitme engelinin cinsiyete bağlı olduğuna dair bir bulgu bulunamamıştır.

Alınan tüm tedbirlere rağmen işitme ve/veya konuşma engelli olarak yaşamını sürdüren bir kesim vardır. Bu kişilerin sağlık hizmetine erişimdeki fırsat eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması tüm ülkelerin ortak sorunudur. Kullanılan teknolojiler her zaman yüz güldürücü sonuçlar verememektedir. Örneğin, ESİM’de etkin iletişimi engelleyen görüntüde bulanıklık yavaş bağlantılar veya bant genişliği gibi teknik sorunlar hala yaşanabilmektedir.

ESİM’in kullanıcı bilgileri ile işitme tarama testlerinin veya işitme engeli olan bireylerin sayısı karşılaştırıldığında kullanıcı sayısının beklenilenden daha az olduğu görülmektedir. Bu durumun, ESİM uygulamasının bilinirliğinin düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Etkili işaret dili iletişimi, hem net hem de kesintisiz görüntü gerektirmektedir. Ayrıca işaret dili tercümanlarının güçlü iletişim becerileri de hizmete olumlu yansımaktadır. Bu nedenle ESİM’de çalışan tercümanlar işitme engelli anne- babanın engelli olmayan çocukları arasından seçilmektedir. Bu durumdaki bireylere CODA (Children of Deaf Adults) adı verilmektedir. Bu kişilerin en büyük özelliği ilk öğrendiği dilin, yani ana dilinin işaret dili olmasıdır.

İşitme engelli bireylerin çeşitli kamu alanlarında yaşadıkları sorunların belirlenmesine yönelik yapılan nitel bir çalışmada, işitme engellilerin sağlık personeli ile iletişim kuramadığı için kendisindeki

sağlık sorununu ve nasıl tedavi olacağını anlamadığını, önerilen ilacın nasıl kullanacağını, tedavi sırasında ve sonrasında neler yapması/yapmaması gerektiği gibi bilgileri edinmeden sağlık kuruluşundan ayrıldıkları belirtilmiştir [18]. ESİM'e yapılan başvuruların nedenleri incelendiğinde en çok başvuru alanının %69,13 ile tercümanlık olduğu görülmektedir. İşitme engelli olan bireyler, ambulans isteminde veya acil durumlarda sadece ESİM'i değil aynı zamanda Engelsiz 112 uygulamasını da kullanabilmektedir. Engelli bireylerin acil sağlık hizmetine erişiminde oldukça faydalı olan bu uygulamanın acil durumlar ile sınırlı olduğu görülmektedir. Oysa engelli bireylerin sağlık hizmetini alırken de sağlık profesyonelleri ile iletişimde onlara yardımcı olunması gerekmektedir. ESİM ise sadece acil durumlarda değil özellikle MHRS üzerinden randevu alırken ve muayene sırasında sağlık profesyoneli ile sağlık iletişiminde de kullanılabilen bir uygulama olduğu için erişim sağladığı engelli bireylerin sayısının ve kullanım alanının daha fazla olduğu belirtilebilir.

Sonuç

İşitme tarama testleri, erken tanı ve uygulanacak tedavi ile bebeklerin sosyal, zihinsel ve duygusal gelişimlerinin daha başarılı olması sağlanır. Toplumda, işitme tarama programlarının önemi hakkında daha fazla farkındalık oluşturulmalıdır. ESİM işitme ve/veya konuşma engelli olan ve olmayan gruplar arasındaki sağlık eşitsizliklerini azaltmak için yararlı olabilir. Bu nedenle teknolojik olarak da sürekli yenilenmelidir. Muayene ve tedavi planlaması sırasında hekim ile engelli hasta arasında sunulan iletişim hizmeti acile başvuru ve hekimin gereksiz testlerinin sayısını azaltıcı bir etki oluşturabilir, hastanın tedaviye uyum başarısını artırabilir.

Engellilerin toplumdaki varlıklarını kabul etmek ve hayatlarını kolay şekilde devam ettirebilmelerini sağlamak devletlerin görevidir. Maliyet/etkinlik arayışına girilmemelidir. Devletler, işitmeye yardımcı cihazların üretimi ve bakımı için daha çok çaba göstermeli, sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yapmalı, cihaz tedarik ve bakım merkezlerinin sayısını artırmalıdır [27]. Yaşlı bireyler kullanıcı olarak düşünülmesi ve tasarım sürecine dahil edilmelidir [8].

İşaret dili tercümanı ile hasta arasındaki iletişimin güçlü olabilmesi için geliştirilen uygulamaların da gerekli internet bağlantısı, yazılım platformu, kamera, ekran gibi teknolojik ürünlerin seçiminde hassas davranılmalıdır. Mahremiyet ihlaline maruz kalınmayacağına dair hukuki ve teknik tedbirlerin yanı sıra gerektiğinde işaret dili tercümanları güveni artırıcı ifadelerle yer vermelidir. İşaret dili tercümanlarının sağlık profesyoneli olmadığı hallerde tıbbi bilgi bakımından yetersiz kalma olasılıklarına karşı yanlarında daimi olarak bir sağlık profesyoneli bulunmalıdır. Bu, hem tercümanın kendine güveni hem de hastanın hizmete olan güvenini artırıcı bir etki oluşturabilir [28].

Yapılan akademik çalışmalar işitme engelli bireylerin sağlık alanında hizmete erişimden ziyade iletişimde sorun yaşadıklarını göstermiştir. Bu sorun her sağlık tesisine sürekli olarak erişilebilir işaret dili tercümanları bulundurularak çözülebileceği gibi teknolojik olarak geliştirilen ESİM gibi uygulamalar ile daha verimli olarak çözümlenebilir. ESİM en çok tercüme hizmeti için kullanılmaktadır. ESİM'de anlık olarak erişim sağlanabilen tercümanlar hizmet vermektedir. Ancak bir çok farklı sistemde olduğu gibi teknolojinin insana olan bağımlılığını azaltabilecek uygulamaların giderek daha

yaygın ve kullanışlı olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda, ESİM'in de yapay zeka algoritmaları, doğal dil işleme gibi teknolojilerle desteklenmesi uygulamanın kullanılabilirliğini arttırabilir.

Kaynakça

1. Santoso, A. J. (2018). Mobile application design emergency medical call for the deaf using UCD method. *ijIM International Journal: Interactive Mobile Technologies*, 12(3), 168-177.
2. Scheier, D. B. (2009). Barriers to health care for people with hearing loss: a review of the literature. *Journal of the New York State Nurses Association*, 40(1), 4-11.
3. Tamaskar, P., Malia, T., Stern, C., Gorenflo, D., Meador, H., & Zazove, P. (2000). Preventive attitudes and beliefs of deaf and hard-of-hearing individuals. *Archives of family medicine*, 9(6), 518.
4. McKee, M. M., Barnett, S. L., Block, R. C., & Pearson, T. A. (2011). Impact of communication on preventive services among deaf American Sign Language users. *American journal of preventive medicine*, 41(1), 75-79.
5. King, J. F. (2005). Practical considerations for accommodating the deaf patient. *Patient Care for the Nurse Practitioner*.
6. <https://www.who.int/news/item/02-03-2021-who-1-in-4-people-projected-to-have-hearing-problems-by-2050>, Erişim Tarihi: 12.09.2022
7. https://www.who.int/health-topics/hearing-loss#tab=tab_2, Erişim Tarihi: 12.09.2022
8. Singleton, J. L., Remillard, E. T., Mitzner, T. L., & Rogers, W. A. (2019). Everyday technology use among older deaf adults. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 14(4), 325-332.
9. Witte, T. N., & Kuzel, A. J. (2000). Elderly deaf patients' health care experiences. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 13(1), 17-22.
10. Frank, A. K. (2019). Oppressive Experiences among Deaf Diverse Senior Citizens. *Innovation in Aging*, 3(Suppl 1), S248.
11. Hommes, R. E., Borash, A. I., Hartwig, K., & DeGracia, D. (2018). American Sign Language interpreters perceptions of barriers to healthcare communication in deaf and hard of hearing patients. *Journal of community health*, 43(5), 956-961.
12. Barnett, S., & Franks, P. (2002). Health care utilization and adults who are deaf: relationship with age at onset of deafness. *Health services research*, 37(1), 103.
13. James, T. G., Sullivan, M. K., Butler, J. D., & McKee, M. M. (2021). Promoting health equity for deaf patients through the electronic health record. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 29(1), 213-216.
14. Nicodemus, B. S., Whynot, L., & Kushalnagar, P. (2020). Insights from US deaf patients: Interpreters' presence and receptive skills matter in patient-centered communication care. *Journal of Interpretation*, 28(2), 5.
15. Shuler, G. K., Mistler, L. A., Torrey, K., & Depukat, R. (2013). Bridging communication gaps with the deaf. *Nursing2020*, 43(11), 24-30.

16. Iezzoni, L. I., O'Day, B. L., Killeen, M., & Harker, H. (2004). Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Annals of internal medicine*, 140(5), 356-362.
17. Reeves, D., & Kokoruwe, B. (2005). Communication and communication support in primary care: A survey of deaf patients. *Audiological Medicine*, 3(2), 95-107.
18. <https://atif.sobiad.com/index.jsp?modul=makale-goruntule&id=AXDTulpKyZgeuufWEfy>, Erişim Tarihi: 20.09.2022
19. Detail Question and Answers on COVID-19 for Public.pdf. Available from: <https://www.mohfw.gov.in/pdf/FAQ.pdf>, Erişim Tarihi: 12.09.2022
20. Trecca, E. M., Gelardi, M., & Cassano, M. (2020). COVID-19 and hearing difficulties. *American journal of otolaryngology*, 41(4), 102496.
21. <https://engelsizbilisim.org/kongre2021/wp-content/uploads/2021/07/Turkiyede-Sagirlara-Yonelik-Muhendislik-Alaninda-Yapilan-Lisansustu-Tezlerle-Iliskin-Bir-Degerlendirme.pdf>, Erişim Tarihi: 18.09.2022
22. <https://www.aile.gov.tr/yayinlar/raporlar/engelli-ve-yasli-hizmetleri/>, Erişim Tarihi: 12.09.2022
23. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/3-mart-dunya-kulak-ve-i-sitme-gunu.html>, Erişim Tarihi: 12.09.2022
24. <http://www.engelsiz112.gov.tr/uygulama-hakkinda>, Erişim Tarihi: 20.09.2022
25. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2020-37229>, Erişim Tarihi: 19.09.2022
26. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2021-45633>, Erişim Tarihi: 19.09.2022
27. Castro, H. C., Ramos, A. S. L., Amorim, G., & Ratcliffe, N. A. (2020). COVID-19: don't forget deaf people. *Nature*, 579(7799), 343-343.
28. Kushalnagar, P., Paludneviene, R., & Kushalnagar, R. (2019). Video remote interpreting technology in health care: cross-sectional study of deaf patients' experiences. *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies*, 6(1), e13233.

KALÇA KIRIKLARINDA OPERASYON ZAMANI İLE ÖLÜM ORANLARI İLİŞKİLİ Mİ?

Taner Alıç¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Çorum Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi, Çorum, Türkiye
taneralic@gmail.com

Kalça çevresi kırıkları yaşlı hastalarda önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Kalça çevresi kırığı olan yaşlı hastaların ameliyata alınma zamanlarının mortalite üzerine etkisi merak konusudur. Cerrahi gecikme nedeni ile veya acil olarak erken zamanlı yapılan cerrahi tedaviler mortaliteye neden olabilmektedir.

Yaşlı kalça kırığı olan hastaların ameliyata alınmaları için optimum bir zaman belirlemek oldukça zordur. Kalça kırıklarında da buna benzer bir zaman aralığı olabilir mi? Sorusuna yanıt aramak amacındayız.

Ocak 2020- Temmuz 2022 tarihleri arasında, 60 yaş üzerinde femur proksimal bölge kırığı nedeni ile opere edilen 449 hastaya ait veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 56.1% (252) kadın ve 43.8% (197) erkek idi. Ortalama yaş 74.2 (66-97) ve ortalama yatış süresi 9.7 gün idi. Veriler üzerinde istatistiksel analiz yapmak için SPSS yazılımı (Sürüm 22, SPSS Inc., Chicago, IL, ABD,) kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $P < 0.05$ olarak seçildi.

Kalça çevresi kırığı ile opere edilen hastalarda 0-24 h, 24-48h, 48-72h ve >72h opere edilen hastalarda ölüm oranları sırasıyla %35,1-%35,8-%42,1-%45,2 idi. Gruplar arasında 0-24h opere edilen hastalar ile >72 h den sonra opere edilen hastalar arasında ölüm oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken($p < 0.05$) diğer zaman dilimleri arasında anlamlı bir fark yoktu.

Hastaları 48 saatten önce ve sonra olarak iki grup halinde ayırdığımızda ise bu oran sırasıyla %35,4-%44,1 olarak tespit edildi. Gruplar arasında <48h opere edilen hastalar ile >48 h den sonra opere edilen hastalar arasında ölüm oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı($p < 0.05$).

Kalça kırıklı yaşlı hastaların ameliyata alınma zamanları mortalite üzerinde etkili bir parametredir. Ameliyata kadar geçen süre 48 saatten fazla ise mortalite artmaktadır, ilk 24 saat içinde opere edilmesi önerilmektedir. Kalça kırığı olan hastalarda hızlandırılmış cerrahi, mortalite riskini veya komplikasyonları azaltmaz. Kalça kırığı olan bir hastada, klinik bir kontrendikasyon yoksa 48 saat içinde ameliyat edilmesi önerilmektedir. Bir aylık ölümlerde hastaların %50'sinin ameliyatı 48 saatten sonraki sürelerde yapıldığı gösterilmiştir. 65 yaş üstü kalça kırığı sonrası 1 yıllık ölüm oranı %27,3 olarak bildirilmiştir. Eşlik eden hastalıkları stabilize etmek için gecikmenin gerekli ve faydalı olabilir. Biz 48 saatten önce operasyonu önermekteyiz. Bu süre eşlik eden hastalıkların stabilizasyonun sağlanmasında preoperatif gerekli değerlendirmelerin yapılması için yeterlidir. Daha fazla gecikmenin hasta üzerindeki stresi artırarak genel durumu daha da bozacağını ve mortaliteyi

artıracağını düşünmekteyiz. Cerrahi zamanlamanın sağkalım ve fonksiyonel iyileşmeye etkileri daha ayrıntılı incelemeler gerektirir.

Anahtar Kelimeler: Hip Fracture, operation time, mortality

Tablo 1. Kalça kırıklarının operasyona alınma zamanına göre ölüm oranlarının karşılaştırılması

Ameliyata kadar geçen süre	Exitus sayısı	Ameliyat sayısı
0-24 h	51 (%35.1)	145
24-48 h	48 (%35.8)	134
48-72 h	27 (%42.1)	64
>72 h	48 (%45.2)	106
Toplam	174(%38.7)	449

Tablo 2. Ameliyata alınma zamanı 48 saat öncesi ve sonrası olan hastalarda mortalite karşılaştırılması

Ameliyata kadar geçen süre	Exitus sayısı	Ameliyat sayısı
0-48 h	99 (%35.4)	279
>48 h	75 (%44.1)	170
Toplam	174(%38.7)	449

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN HASTA YAKINLARININ GEREKSİNİMLERİ

Emre Dilaver¹, İrem Dilaver², Sinan Paşlı¹, Adem Gülsoy¹, Özgür Tatlı¹, Abdülkadir Gündüz¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

²T.C. Sağlık Bakanlığı, Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Birimi, Gümüşhane, Türkiye
dr.emredilaver@gmail.com

Giriş

Acil servisler hasta ve hasta yakınlarının beklemediği bir anda, plansız ve programsız bir şekilde başvuru yaptığı alanlardır (1). Acil servis başvuruları genellikle ani gelişen bir olay sonrasında gerçekleştiği için acil bölümünün hem hasta hem de hasta yakınlarının gereksinimleri, diğer ünitelerde yatan hasta ve hasta yakınlarından farklılık gösterir (2,3).

Hasta yakınları genellikle hastanın işlemlerin yürütülmesi, hastanın istek ve ihtiyaçlarının yerine getirilmesi, psikolojik ve fiziksel açıdan iyi olmasının sağlanması, hasta için gerekli malzemelerin sağlanması gibi görevler yüklenirler (2). Bunun yanı sıra hastalarının sağlık durumundaki ani değişim, yabancı bir çevreye girmiş olmak, tıbbi araçların görünümü ve çıkardığı sesler, ortamın genellikle gürültülü ve kalabalık olması gibi zorlayıcı faktörlerle karşı karşıya kalırlar (2,3). Acil servislerde sağlık personelinin çabalarının çoğu, hastanın yaşamını sürdürmeye ve korumaya yöneliktir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda hasta ön plana alınırken, aile üyelerinin ihtiyaçları düşük bir öncelik olarak değerlendirilmektedir (4). Hasta yakınlarının iyilik hali ve gereksinimleri acil servisin yoğun temposu içinde ihmal edilebilen bir durum olmakla beraber, hasta yakınları hastanın tedavi ve bakımının ayrılmaz bir parçasıdır (5-7). Bu iki grup sürekli etkileşim halinde olup, hastanın yaşadığı süreci atlatabilmek için yakınının destek ve anlayışına, bakımına, duygusal ve fiziksel açıdan güçlü olmasına ihtiyacı vardır (4,8,9). Bunun yanı sıra hastaya hizmet sunumu noktasında sağlık personeli ile hasta arasındaki iletişimin sağlanmasında ve ihtiyaçların giderilmesinde hasta yakını yardımcı bir rol üstlenmektedir (2). Bu nedenlerle günümüzde sağlık bakımının planlanması, sunumu ve değerlendirilmesinde hasta, hasta yakını ve sağlık personeli arasındaki etkin iletişim ve faydayı temel alan yaklaşım önem kazanmıştır (5).

Hasta ve ailesini bir bütün olarak kabul eden görüş doğrultusunda hastanın tedavi ve iyileşme sürecinde hasta yakını da ele alınmalıdır (9). Ancak acil servisin iş akışı içinde hasta yakınlarının bireysel olarak gereksinimlerinin belirlenmesi zor olabilmektedir (10). Bununla birlikte aileler de genellikle sağlık uygulamalarına rehberlik edebilecek geri bildirim vermeden acil servisten ayrılır. Kaliteli bakım sağlamak için acil serviste kritik bir hastaya eşlik eden hasta yakınlarının ihtiyaçları incelenmelidir (7). Bu çalışmada Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinde sarı alan, travma alanı ve monitörle takip alanlarına başvuran hasta yakınlarının gereksinimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem

Araştırmanın tipi

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırmanın evrenini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servise başvuran, hastası altı saatten uzun süredir sarı alan, travma ve monitörle takip alanında tedavi gören hasta yakınları oluşturmaktadır. Araştırma için ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü, kitle oranının kestiriminde evrendeki birey sayısının bilinmediği durumlarda kullanılan örneklem büyüklüğü formülü ile 384 olarak hesaplanmıştır. Veriler 01.05.2019-31.07.2019 tarihleri arasında yüz yüze veri toplama yöntemiyle toplanmış olup, araştırmaya yazılı onamı alınan 397 hasta yakını dahil edilmiştir.

Çalışmaya Kabul Ölçütleri

Çalışmamızda “hasta yakını” hastayı tanıyan/tanımayan, hasta ile acil servise gelen veya hastanın yanında bulunan kişi olarak tanımlanmaktadır. Hastanın yanında birden fazla refakatçi olması durumunda gönüllülük esasına dayanarak çalışmaya kabul ölçütlerini taşıyan hasta yakınları çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya kabul ölçütleri

- On sekiz yaşından büyük olma
- Çalışmaya katılmaya gönüllülük gösterme
- Sarı/ Travma/ Monitörle takip alanlarının herhangi birinde tedavi gören hastaya tedavi gördüğü alanda refakat etme, bakımıyla ilgilenme
- Hastasının acil serviste altı saat veya daha uzun süredir bulunuyor olması
- Söyleneni anlama ve kendini ifade etmesine engel olacak fiziksel ya da bilişsel bir bozukluğun olmaması.

Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Çalışmanın amacı anlatıldıktan hasta yakınlarına çalışmaya katılmayı isteme durumları sorgulanmış, çalışmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarının yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formu uygulanmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyodemografik ve kişisel özellikleri, ikinci bölümde acil servise başvuru ile ilişkili özellikler, üçüncü bölümde “acil serviste kritik hasta yakınlarının gereksinimlerini saptama ölçeği” kullanılmıştır. Bu ölçek Redley ve Beanland tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirliği Sucu tarafından yapılan ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı (Cronbach alpha)

0,89'dur. Ölçeğin alt ölçeklerinin iç tutarlılık güvenirlik katsayıları "aile üyeleri ile iletişim" alt ölçeği için 0,81, "aile üyelerinin acil servisteki bakıma katılması" alt ölçeği için 0,75, "konfor" alt ölçeği için 0,81, "aile üyelerinin desteklenmesi" alt ölçeği için 0,53 olarak bulunmuştur. Ölçek, 4 alt ölçek ve 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddelerinde, hasta yakınlarına "her bir gereksinim maddesinin kendileri için ne kadar önemli olduğu" sorulmaktadır. Maddeler 4'lü Likert tipi ölçekleme yöntemiyle derecelendirilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde her bir madde ortalaması, her bir alt boyutun toplam madde ortalaması 1: hiç önemli değil ile 4: çok önemli arasında değerlendirilmektedir (11).

Etik Kurul İzni

Araştırma için KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (10.05.2019 tarihli, 24237859-350 numaralı) izin alınmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin analiz aşamasında SPSS 23,0 istatistik paket programı kullanıldı. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%), sayısal değişkenler için ortalama (ort.), standart sapma (ss) olarak verilmiştir. Bağımsız gruplarda ölçümsel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile analiz edildi. Bağımsız iki grup arasında ölçümsel değişkenlerin karşılaştırılmaları; normal dağılım koşulu sağlandığında Student-t testi, sağlanmadığında Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. İki'den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise veriler normal dağılıma uymadığından Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup arasında beliren anlamlı farkın saptanabilmesi için Post-hoc test istatistiklerinden Bonferroni analizi yapılmıştır. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Hasta yakınlarının 205'i (%51,6) erkek, 192'si (48,4) kadındır. Yaş ortalaması $42,9 \pm 13,7$ yıldır. Hasta yakınlarının diğer tanımlayıcı ve refakat sürecine ilişkin özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Hasta yakınlarının diğer tanımlayıcı ve refakat sürecine ilişkin özellikleri

Özellikler	n	%
Yaş (N=380)		
18-40 yaş	175	46,1
40 yaş üstü	205	53,9
Cinsiyet		
Kadın	192	48,4
Erkek	205	51,6
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	8	2,0
Okuma yazma biliyor	11	2,8
İlkokul mezunu	90	22,7
Ortaokul mezunu	42	10,6
Lise	127	32,0
Lisans	119	30,0
Daha önce hasta yakını olarak acil serviste bulunma durumu		
Evet	289	72,8
Hayır	108	27,2
Daha önce hasta yakını olarak acil serviste bulunma sayısı (N=362)		
Hiç bulunmadım	108	27,4
1-5	123	36,7
6-10	87	24,0
10'dan fazla	43	11,9
Şimdiki refakatçisi olduğu hasta ile yakınlığı		
Akraba	363	91,5
Arkadaş	18	4,5
Komşu	10	2,5
Tanımıyorum	2	0,5
Diğer	4	1,0
Hastanın takip edildiği alan		
Sarı alan	214	53,9
Travma alanı	52	13,1
Monitörle takip alanı	131	33,0

Katılımcılara uygulanan “Acil servisteki kritik hasta yakınlarının gereksinimlerini saptama ölçeği”ne göre gereksinim maddelerinin önemlilik ortalaması 3,84 ile 2,79 arasında dağılım göstermektedir. Ölçek alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında aile üyeleri ile iletişim gereksinimi alt boyutu puan ortalamasının 3,75±0,42 olduğu, aile üyelerinin acil servisteki bakıma katılma gereksinimi alt boyutu puan ortalamasının 3,39±0,51 olduğu, konfor gereksinimi alt boyutu puan ortalamasının 3,17±0,63, aile üyelerinin desteklenme süreci gereksinimi alt boyutu puan ortalamasının 3,26±0,53 ve toplam puan ortalamasının 3,40±0,45 olduğu saptanmıştır. Ölçeğe ilişkin alt ölçek ve madde puan ortalamaları Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Acil servisteki kritik hasta yakınlarının gereksinimlerini saptama ölçeğine verilen yanıtların değerlendirilmesi

Hasta Yakınlarının Gereksinimleri	Alt ölçek ve madde puan ortalamaları
	Ort±SS
Aile üyeleri ile iletişim	3,75±0,42
Sorularınızın dürüstçe yanıtlanması	3,84±0,46
Yakınınıza verilebilecek en iyi bakımın verildiğinden emin olunması	3,83±0,44
Açıklamaların anlaşılır ifadelerle yapılması	3,79±0,52
Bir hekim ile görüşülmesi	3,74±0,59
Hastane çalışanlarının yakınınıza değer verdiğinin hissedilmesi	3,74±0,56
Beklenen sonuçlar konusunda bilgi verilmesi	3,73±0,57
Yakınınızın rahatlığının sağlandığına güvenilmesi	3,73±0,58
Nakil planları yapılırken bilgi verilmesi	3,72±0,61
Yakınınızın geçirdiği hastalık süreci ile ilgili tüm özel durumların bilinmesi	3,67±0,65
Değişiklikler konusunda sık sık bilgi verilmesi	3,67±0,62
Aile üyelerinin acil servisteki bakıma katılması	3,39±0,51
Yakınınıza yapılan uygulamaların niçin yapıldığının söylenmesi	3,73±0,55
Yakınınızın hastalık veya yaralanması ile ilgili üzüntü verici ayrıntıların size söylenmemesi	3,27±0,98
Bir hemşire ile görüşülmesi	3,25±0,90
Yakınınızın bakımı ile ilgilenen sağlık çalışanlarının mesleki ünvanları (uzman hekim. asistan. hemşire) hakkında bilgi alınması	3,23±0,93
Yakınınızın bakımı süresince dışarıda beklenmesi	3,12±0,94
Yakınınızın en kısa sürede görülebilmesi	3,54±0,71
Yakınınızı ilk kez görmek için yanına girmeden önce tedavi alanı ile ilgili açıklama yapılması	3,41±0,80
Yakınınıza ne olduğunu görebilmeyi istemeniz	3,47±0,74
İstedığınız zaman yakınınızla beraber olunması	3,42±0,78
Yakınınızın yanında iken ne yapılması gerektiğine ilişkin bilgi verilmesi	3,66±0,61

Yakınınızın bakımında yararlı olduğunuzun hissedilmesi	3,42±0,82
Yakınınızla ilgili kararlara katılımınızın sağlanması	3,46±0,75
Yakınınız ile yalnız kalacağınız zamanın olması	3,09±0,94
Hastane çalışanları tarafından kabul edildiğinizin hissedilmesi	3,40±0,84
Konfor	3,17±0,63
Beklemek için özel bir yerin olması	3,39±0,83
Bir birey olarak davranılması	3,65±0,65
Duygularınızın açıklanması için teşvik edilmesi	3,11±0,97
Normal duygusal tepkilerin ne olduğu konusunda güvence verilmesi	3,09±0,96
Duygularınızın hastane çalışanlarıyla paylaşılması	2,79±1,08
Dini hizmetler ile ilgili bilgilendirilmesi	2,85±1,04
Yiyecek ve içeceklerin yakında olması	3,01±1,00
Bekleme odasında ya da yakınında telefon olması	2,87±1,10
Yakında tuvalet gereksiniminizi karşılayacak yer olması	3,54±0,77
Sonraki günlerde soru sormak için çalışanlarla bağlantı kurulabilmesi	3,37±0,88
Aile Üyelerinin Desteklenme Süreci	3,26±0,53
Hastaneye geldiğinizde sizi bir hekim ya da hemşirenin karşılaması	3,52±0,86
Aileyle ilgilenecek sağlık personelinin bulunması	3,31±0,91
Bazı belgelere imza atılması istenmeden önce, yakınınızın durumu hakkında bilgi verilmesi	3,64±0,68
Acil serviste arkadaş ve akrabalarınızın sizinle birlikte olması	2,86±1,0
Yakınınızı ziyaret ederken çalışanlardan birinin sizinle birlikte olması	2,80±0,99
Umut olduğunun hissedilmesi	3,47±0,83
Toplam ölçek puanı	3,40±0,45

Hasta yakınlarının tanımlayıcı özellikleri ve refakat sürecine ilişkin özelliklerine göre “Acil servisteki kritik hasta yakınlarının gereksinimlerini saptama ölçeği” puanları Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 3. Bazı değişkenlere göre ‘acil servisteki kritik hasta yakınlarının gereksinimlerini saptama ölçeği’ puanlarının değerlendirilmesi

	Ölçek toplam puanı Ort±SS	Aile üyeleri ile iletişim Ort±SS	Aile üyelerinin acil servisteki bakıma katılması Ort±SS	Organizasyonel konfor Ort±SS	Aile üyelerinin desteklenme süreci Ort±SS
Cinsiyet					
Kadın	3,45±0,45	3,77±0,41	3,44±0,50	3,23±0,63	3,32±0,54
Erkek	3,36±0,44	3,72±0,43	3,34±0,51	3,11±0,52	3,21±0,52
p	0,014	0,084	0,012	0,039	0,027

Yaş grubu					
18-40yaş	3,41±0,39	3,77±0,37	3,40±0,44	3,16±0,57	3,22±0,51
40 yaş üstü	3,39±0,49	3,73±0,45	3,38±0,55	3,22±0,51	3,28±0,55
p	0,429	0,858	0,671	0,685	0,170
Eğitim düzeyi					
Ortaokul ve altı	3,40±0,52	3,66±0,53	3,41±0,56	3,21±0,68	3,29±0,58
Lise	3,37±0,42	3,77±0,34	3,34±0,50	3,09±0,63	3,21±0,51
Üniversite	3,44±0,37	3,82±0,31	3,41±0,44	3,19±0,56	3,27±0,49
p	0,311	0,034 ^a	0,256	0,205	0,293
Hasta ile yakınlık düzeyi					
Akraba	3,41±0,44	3,76±0,41	3,40±0,50	3,17±0,63	3,27±0,53
Komşu/arkadaş	3,24±0,57	3,54±0,58	3,19±0,61	3,08±0,69	3,10±0,61
Diğer	3,49±0,37	3,80±0,22	3,52±0,39	3,20±0,63	3,39±0,54
p	0,352	0,024 ^b	0,195	0,802	0,321
Daha önce hasta yakını olarak acil serviste bulunma sayısı					
Hiç	3,38±0,44	3,75±0,39	3,37±0,52	3,09±0,66	3,25±0,50
1-5	3,33±0,48	3,70±0,46	3,29±0,53	3,08±0,65	3,21±0,54
≥6	3,49±0,40	3,80±0,37	3,48±0,46	3,30±0,56	3,28±0,54
p	0,034 ^c	0,056	0,013 ^c	0,028 ^c	0,664
Hastanın tedavi gördüğü alan					
Sarı alan	3,41±0,44	3,77±0,41	3,39±0,51	3,20±0,60	3,26±0,54
Travma alanı	3,30±0,55	3,63±0,51	3,30±0,60	3,02±0,77	3,24±0,62
Monitörle takip alanı	3,42±0,41	3,75±0,40	3,43±0,46	3,18±0,61	3,28±0,49
p	0,518	0,094	0,616	0,436	0,998

a: Üniversite vs. ortaokul ve altı

b: Akraba vs. komşu/arkadaş

c: 1-5 vs. ≥6

Hasta yakınların acil servisteki deneyimlerine ilişkin özellikleri değerlendirildiğinde hasta yakınlarının 361'i (%90,9) hastası hakkında bilgilendirildiğini belirtmiştir. Hasta yakınlarının acil serviste hastası hakkında bilgilendirilme deneyimlerine ilişkin özellikler Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Hasta yakınlarının acil serviste bilgilendirilme deneyimleri

	Sayı	%
Hastası hakkında bilgilendirilme durumu		
Evet	361	90,9
Hayır	36	9,1
Hastası hakkında bilgilendirilme isteğine cevap alma sıklığı (N=361)		
Her zaman	186	51,5
Genellikle	132	36,6
Nadiren	43	11,9
Hastası hakkında bilgiyi veren kişi		
Doktor	323	89,5
Hemşire	141	39,1
İntörn doktor	84	23,3
Hastası hakkında aldığı bilginin niteliği		
Hastanın tedavisi hakkında	279	77,3
Hastanın tanısı hakkında	227	62,9
Hastanın bakımı hakkında	74	20,5
Diğer	4	1,1
Hasta yakınının doktordan hastası hakkında istediği bilginin niteliği		
Hastanın sağlık durumu	362	91,2
Hastalığın seyri	266	67,0
Hastanın taburculuk/ yatış durumu	266	67,0
Hastaya uygulanan tedavinin özelliği	263	66,2
Hastanın acil serviste tahmini kalış süresi	263	66,2
Hastanın tanısı	261	65,7
Hastalığın tedavisi var mı?	217	54,7
Hastaya uygulanan işlemler	213	53,7
Hayati tehlike varlığı	207	52,1
Hasta yatacaksa servise/ yoğun bakıma yatma durumu	195	49,1
Hastaya uygulanan tedavinin olası yan etkileri	192	48,4
Hastaya uygulanan işlemlerin yapılma nedeni	155	39,0
Hastanın cerrahiye gitme ihtimali	141	35,5
Hastanın dış merkeze sevk durumu	139	35,0
Hastanın başka servise sevk edilme durumu	108	27,2
Diğer	6	1,6

Tartışma

Acil servisteki kritik hasta yakınlarının gereksinimleri ölçeği

Bu çalışmada acil servise başvuran hasta yakınlarının gereksinimleri ve bu gereksinimleri etkileyen bazı faktörler değerlendirilmiştir. Literatürdeki araştırmalar çeşitli kliniklerdeki hasta yakınlarının en birincil ihtiyacının sağlık çalışanıyla iletişim olduğunu ortaya koymaktadır. İletişim bilginin aktarılmasının yanı sıra duygu ve deneyimlerin paylaşılmasında, iki taraf arasında iş birliğinin kurulmasında kilit bir rol oynamaktadır (12). Kişinin kritik bir durumda hastaneye yatması yakınları için acil ve pek çok soruyu beraberinde getiren bir deneyimdir (13). Dolayısıyla iletişim gereksiniminin ön plana çıkması beklenmektedir. Araştırmada “acil serviste kritik hasta yakınlarının gereksinimlerini saptama ölçeği” nin alt ölçekleri incelendiğinde “Aile üyeleri ile iletişim” alt ölçeği ve “Acil servisteki bakıma katılma” alt ölçeğinin ortalama puanlarının “Konfor” ve “Aile üyelerinin desteklenme süreci” alt ölçeklerinin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma hasta yakınlarının öncelikli gereksinimlerinin bilgilendirilme ve acil servisteki bakıma katılmak olduğunu göstermesi bakımından daha önce yapılan çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir (6, 7,14,15). Redley ve arkadaşlarının acil serviste kritik hasta yakınları ile yaptığı çalışmada hasta yakınlarının öncelikli gereksinimlerinin anlama ve yakınlık olduğu; bunları iletişim, konfor ve destek gereksinimlerinin izlediği raporlanmıştır (7). Yine Lee ve Lau’nın yaptığı çalışmada güvenme ve iletişim gereksinimlerinin destek ve konfor gereksinimlerinden daha önemli ve öncelikli olduğu raporlanmıştır (15). Sutkowi’nin travma hastalarının yakınlarında, DuBruler’in acil servise başvuran, Phiri’nin acil/travma kliniğine başvuran kritik ve travmalı hasta yakınlarında yaptıkları çalışmalarda da en önemli gereksinimin aile üyeleri ile iletişim alt boyutuna ait olduğunu belirtmişlerdir (14,16,17). Bu çalışmada da hasta yakınlarının en önemli olarak belirttikleri on gereksinim maddesinden dokuz tanesinin iletişim gereksinimi ile ilgili olduğu saptanmıştır.

Acil servisteki hasta yakınlarının en önemli olarak belirttikleri on gereksinim maddesinden ilk üçü “Sorularınızın dürüstçe yanıtlanması”, “Yakınınıza verilebilecek en iyi bakımın verildiğinden emin olunması”, “Açıklamaların anlaşılır ifadelerle yapılması” şeklindedir. Bu üç gereksinim literatürde kritik hasta yakınlarıyla yapılan çalışmalarda da benzer olarak üst sıralarda yer almaktadır (1, 6, 7, 14, 15). Hasta yakınının, hastasının sahip olduğu kritik hastalık durumu nedeniyle endişesinin yüksek olması ve verilen bilgilere güven duyma ihtiyacının ön plana çıktığı düşünülmektedir. Ayrıca kritik hasta yakınları kimi zaman hastalarıyla farklı ortamda beklemeleri nedeniyle hastalarına verilen bakıma ilişkin fikir sahibi olamamaları, hastalarının kritik durumu nedeniyle umut düzeylerinin artıp endişe düzeylerinin azalması için en iyi bakımı aldıklarına güven duymalarının önemli bir gereksinim olarak ön plana çıktığı düşünülmüştür.

Araştırmada dikkat çeken bir bulgu olarak “Bir hekim ile görüşülmesi” gereksinimi Sucu ve ark.nın acil servisteki kritik hasta yakınlarıyla yaptıkları çalışmasıyla benzer şekilde beşinci önem sırasında yer almaktadır. Redley ve arkadaşlarının çalışmasında da bu gereksinim dördüncü sırada önemli raporlanmıştır (6,7). Bu gereksinim maddesinin ilk on gereksinimin içinde olmasının kritik hasta

yakınlarının hekimlerle iletişiminin önemini ortaya koymaktadır. Hekimlerin hasta yakınlarına hastanın geçirdiği süreç ile ilgili bilgi vermesi hasta yakınlarının korku ve endişelerini azaltacak, hastanın geçirdiği süreç ile ilgili belirsizlikleri azaltmasına yardımcı olacak ve hasta yakınlarının kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlayacaktır (6).

Acil servisteki hasta yakınlarının gereksinimlerini etkileyen faktörler

Bu araştırmada hasta yakınlarına ait cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, hastayla yakınlık düzeyi, daha önce hasta yakını olarak acil serviste bulunma durumu ve sayısı ile hastanın tedavi gördüğü alan değişkenlerinin gereksinim alt boyutlarına etkisi incelenmiştir.

Cinsiyet psikososyal açıdan beraberinde getirdiği farklılıklar nedeniyle bireylerin gereksinimleri üzerinde belirleyici rol oynayabilir. Bu çalışmada kadınlarda erkeklere göre “Aile üyelerinin acil servisteki bakıma katılması”, “Konfor” ve “Aile üyelerinin desteklenme süreci” alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Yıldırım’ın acil servise başvuran kritik hasta yakınlarında yaptığı çalışmada cinsiyet açısından gereksinim alt boyutlarında farklılık saptanmamıştır (2). Yaş kişisel deneyimler, hastalık süreçlerine ilişkin yaklaşım ve tutumlar ve ihtiyaçlar konusunda belirleyici rol oynayabilir. Bu araştırmada Yıldırım’ın çalışmasıyla benzer olarak yaştan acil servisteki kritik hasta yakınlarının gereksinimlerini etkilemediği saptanmıştır (2).

Eğitim düzeyinin kişilerin sorunlara yaklaşımı, çözüm arayışı ve süreçleri algılayışı üzerinde farklılıklar doğurması nedeniyle, bireylerin acil servisteki gereksinimleri üzerinde rol oynaması beklenmektedir. Bu araştırmada üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların, ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre iletişime ilişkin alt boyut gereksinim düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Diğer gereksinim alt boyutlarında eğitim düzeyinin rolü saptanmamıştır. Bu çalışmadan farklı olarak Yıldırım’ın çalışmasında eğitim düzeyi sadece desteklenme süreci üzerinde etkili bulunmuş ve eğitim düzeyi düştükçe desteklenme gereksiniminin arttığı raporlanmıştır. İki araştırma arasındaki fark, araştırmanın yapıldığı popülasyonların kültürel farklılıkları ve gereksinimleri etkilemesi beklenen diğer özelliklerin belirleyici rol oynaması nedeniyle olduğu düşünülmüştür. Bu araştırmada eğitim düzeyi yüksek olanlarda iletişim gereksiniminin yüksek olması beklenen bir durumdur. Eğitim düzeyinin yüksekliği ile iletişim gereksiniminin artmasının nedeni, eğitimin insanların bilgiyi talep etme ve bilgi ihtiyacını ifade etme davranışlarını artırmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Hastayla yakınlık düzeyinin, hastanın durumu için endişelenme, acil serviste yaşanan sağlık hizmeti sürecine dahil olma ve süreçlerden etkilenmeyi arttırması beklenir. Bu araştırmada beklenildiği gibi hastayla yakınlık düzeyi, akraba olanların komşu/arkadaş olanlara göre iletişim gereksinimi daha yüksek saptanmıştır. Ancak diğer gereksinim alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Bu araştırmada daha önce acil serviste hasta yakını olarak bulunma durumuyla gereksinim alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, acil serviste bulunma sayısının bakım ve konfor gereksinimlerini artırdığı saptanmıştır. Acil serviste hasta yakını olarak altı defa ve daha fazla

bulunanların, konfor ve bakım alt ölçek puanları 1-5 kere bulunanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Araştırmada hastanın acil serviste yattığı alanın hiçbir gereksinim alt boyutunda etkili bir faktör olmadığı saptanmıştır. Bu araştırma sarı, travma ve kırmızı alanda tedavi gören hasta yakınları ile yapıldığı için hastaların tanıları farklı olsa da, hasta yakını için süreçler benzer olduğundan hastanın tedavi gördüğü alanın gereksinimler üzerinde etkili bir faktör olmadığı düşünülmüştür.

Acil servisteki hasta yakınlarının bilgilendirilme durumu

Bu araştırmada hasta yakınlarının %90,9'u hastası hakkında bilgilendirildiğini ve %89,5'i bilgi veren kişinin doktor olduğunu belirtmiştir. Gürlek'in çalışmasında hasta yakınlarına hastalarının durumu ve acil serviste yapılacak işlemler hakkında açıklama yapılma durumu %91,2 olarak raporlanmıştır. Hasta yakınlarına açıklamayı yapan görevli ise %44 oranında hemşire, %32,8 oranında hekim olduğu belirtilmiş (18). Araştırmada hasta yakınlarının hastası hakkında bilgilendirilme isteğine cevap alma sıklığı değerlendirildiğinde yaklaşık yarısı her zaman cevap aldığını belirtmiştir. Hiç bir zaman cevap alamadığını belirten katılımcı yoktur. Bu da acil servislerin yoğun iş akışı esnasında hasta yakınlarının bilgi taleplerinin karşılandığını ancak ihtiyaç duydukları anda bilgiye ulaşamadıklarını göstermektedir. Araştırmada dikkat çeken bir bulgu ise hasta yakınlarının bilgilendirildikleri öncelikli konu hastanın tedavisi ve ardından tanısıyken, hasta yakınlarının talep ettikleri bilginin büyük oranda hastanın sağlık durumu, daha düşük oranda tanı ve tedavi süreçleri hakkında olmasıdır.

Sonuç

Bu çalışma acil servise başvuran kritik hasta yakınlarının en birincil ihtiyacının sağlık çalışanıyla iletişim olduğunu ortaya koymaktadır. Sonrasında gelen gereksinimleri sırasıyla aile üyelerinin acil servisteki bakıma katılması, konfor ve aile üyelerinin desteklenme süreci olduğu, ayrıca hasta yakınlarının en önemli gördüğü on gereksinim maddesinden dokuz tanesinin iletişim gereksinimi ile ilgili olduğu saptanmıştır. Bu gereksinimlerde de ilk sırada açık, anlaşılır ve güven duygusunu barındıran iletişim gereksinimi ön plana çıkmaktadır. Dolayısıyla acil servislerde hasta yakınlarının iletişim ihtiyacını karşılamaya yönelik, acil servislerde çalışan sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin değerlendirilmesi, eksiklik tespit edilen noktaların tamamlanıp geliştirilmesi, acil servisin iş akışına uygun şekilde sürdürülebilir ve tüm hastaları kapsayacak şekilde uygulanabilir bilgilendirme ve iletişim sistemlerinin kurulması önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Akkuş Y, Çığışar G, Günel E. Acil Servise Başvuran Kritik Hasta Yakınlarının Gereksinimlerinin Belirlenmesi. TÜBAV Bilim. 2018;11(1):39-51.
2. Yıldırım T. Acil Servise Gelen Kritik Hasta Yakınlarının Gereksinimleri ve Karşılanma Durumları [yüksek lisans tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015
3. Davidson JE. Family-Centered Care: Meeting the Needs of Patients; Families and Helping Families Adapt to Critical Illness. Crit Care Nurse. 2009;29(3):28-34

4. Mendonca D, Warren NA. Perceived and unmet needs of critical care family members. Critical care nursing quarterly. 1998; 21(1): 58-67.
5. Özgürsoy BN, Akyol AD. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Ailelerinin Gereksinimleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2008;12(1):33-8.
6. Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E. Acil Servisteki Kritik Hasta Yakınlarının Gereksinimleri ve Karşılama Durumu. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2009;15(5):473-81.
7. Redley B, Vasseur As, Peters G, Bethune E. Families' Needs in Emergency Departments: Instrument Development. Journal of Advanced Nursing. 2003; 43(6):606-615
8. Hsiao PR, Redley B, Hsiao YC, Lin CC, Han ÇY, Lin HR. Family needs of critically ill patients in the emergency department. Int Emerg Nurs. 2017;30:3-8.
9. Gürkan A. Bütüncül Yaklaşım: Yoğun Bakımda Hastası Olan Aile Üyeleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2009;13(1):1-5.
10. Botes ML, Langley G. The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. Curationis. 2016; 39(1): 1567
11. Sucu G. Acil serviste kritik hasta yakınlarının gereksinimlerini saptama ölçeği: geçerlilik güvenirlik çalışması [Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
12. Korkmaz Z, Yalçın B. Sağlık hizmetlerinde iletişim becerilerinin önemi ve sosyo-demografik değişkenler açısından analizi. MCBÜ Sosyal Bilimler Dergisi. 2018; 16 (4):367-92
13. Kutlu L. Yoğun Bakım Ünitelerinde Sağlık Ekibi Üyeleri, Hasta ve Yakınları ile İletişim. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2007;11(1):35-41.
14. DuBruelee JS. Assessing the needs of family members who accompany the adult patient to the emergency department. Journal of Emergency Nursing. 2005; 31(5): 425.
15. Lee LY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. J Clin Nurs. 2003;12(4):490-500.
16. Sutkowi SL. A Descriptive study of the needs of family members of trauma patients [Masters Thesis]. Grand Valley State University; 1995.
17. Phiri LM. Assessment of the needs of critically ill/injured patients' families in an accident and emergency unit [Doctoral dissertation] University of Pretoria; 2010.
18. Gürlek Ö. Hasta yakınlarının acil servislerdeki sorunları ve hemşirelerden beklentileri [Yüksek Lisans Tezi]. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ FARABI HASTANESİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN KİŞİLERİN TELESAGLIK HİZMETLERİNİ KULLANMA DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Behiye Şahbaz¹, Murat Topbaş¹, Nalan Özen¹, Nazım Ercüment Beyhun¹, Yeliz Dabağ¹, Sümeyra Yıldız¹, Muhammed Enes Vural¹
¹ Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
behiye93@hotmail.com

Giriş

Telesağlık, hastalık ve yaralanmaların tanı ve tedavisinde, sağlıkla ilgili araştırmalarda ve sağlık çalışanlarının sürekli olarak eğitiminde bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır. (1). Amerikan Sağlık Politikaları Merkezi (The Center for Connected Health Policy – CCHP) telesağlığı, bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak, sağlık bakımı, halk sağlığı ve sağlık eğitimi hizmetlerinin sunulmasını ve geliştirilmesini sağlayan bir yöntem olarak tanımlamaktadır (2). Telesağlık kavramı çoğu zaman Teletıp kavramıyla karıştırılmaktadır. Telesağlık ulusların ve toplulukların sağlığını, sağlık eğitimini, sağlık sistemlerinin gelişimini ve epidemiyolojisini kapsarken teletıp daha çok klinik uygulamalarla ilişkilidir (11). Teletıp yöntemleri, çoğunlukla tedavi ve hasta takibi olmak üzere telesağlık hizmetlerinin klinik uygulamalarını içermektedir. (18) Tanımlardan da anlaşılabileceği üzere telesağlık, teletıp gibi pek çok uzaktan erişim hizmetini barındıran bir çatıdır.

Telesağlık uygulamalarında çok çeşitli bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılabilmektedir. Bu bilgi ve iletişim teknolojileri, danışmanlık hizmetinde kullanılabilen telefon gibi basit bir araçtan, kızıl ötesi ışınlarla hareketleri algılayarak evde düşmeleri tespit edebilen sensörlere kadar geniş bir yelpazede değişkenlik göstermektedir. Telesağlık uygulamalarında kısa mesaj, akıllı telefon veya tablet, video-konferans gibi teknolojilerin yanı sıra hastalardan topladığı verileri sağlık ekibine ileten tansiyon aleti, glukometre, pulse oksimetre, elektrokardiyogram (EKG) cihazı, termometre, tartı vb. cihazlar da kullanılabilmektedir (3, 4, 5).

Telesağlık, canlı video-konferans (senkronize), depola ve ilet (asenkronize) ve uzaktan izlem (remote monitoring) olmak üzere temelde üç başlık altında sınıflandırılmaktadır. Canlı video-konferansta eş zamanlı bir telesağlık etkileşimi söz konusudur. Canlı video-konferans bir sağlık çalışanı ve bir hasta arasında olabileceği gibi, iki sağlık çalışanı arasında da olabilmektedir. Depola ve ilet, telesağlık etkileşimi eş zamanlı olmadığında kullanılan bir terimdir. Depola ve ilet sisteminde, radyolojik görüntüler, fotoğraflar, videolar veya diğer hasta verileri, genellikle uzman bir hekimin değerlendirmesi veya raporlaması amacıyla, elektronik bir iletişim sistemi aracılığıyla bir yerden başka bir yere aktarılmaktadır. Uzaktan izlem, genellikle evindeki bir hastadan sürekli olarak kan basıncı, kan şekeri, oksijen saturasyonu, nabız, vücut sıcaklığı, vücut ağırlığı vb. verilerin toplanması

için dijital teknolojilerin kullanılmasıdır. Toplanan bu veriler değerlendirme ve öneri için uzaktaki sağlık kurumuna elektronik bir iletişim sistemi aracılığıyla gönderilmektedir (6). Ayrıca e-sağlık, mobil sağlık ve uzaktan tıbbi eğitim telesağlığın bir parçası olarak kabul edilmektedir. E-sağlık, bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT) kullanılarak sağlıkla ilişkili bilginin, imkanların ve hizmetlerin geliştirilmesidir (19). Mobil sağlıksa, “sağlık için mobil kablosuz teknolojilerin kullanımı” olarak tanımlanır (20).

Günümüzde telekomünikasyon tabanlı sağlık servisleri hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan ülkelerde rutin olarak kullanılmaktadır. Türkiye’de telesağlık ile ilgili uygulamalar ilk olarak 2000’li yıllarda gündeme gelmiştir. İlerleyen yıllarda konuya yönelik çeşitli eylem planları hazırlanmış ve hedefler belirlenmiştir. 2006 yılında Bilgi Toplumu Stratejisi Eylem Planı (2006-2010) yayınlanmış, Sağlık Bilgi Sistemi (SBS)’nin ve teletıp sisteminin kurulması kararlaştırılmıştır. SBS kurulmasındaki amaç; ülke genelinde sağlık sektöründe görev alan tüm aktörlerin katkısıyla, ulusal sağlık bilgi sistemi ve veri tabanı oluşturmaktır. Teletıp sistemi kurulmasındaki amaç ise teletıp uygulamaları ile vatandaşlara danışmanlık ve yönlendirme yapılması, sağlık kurumlarına da ileri teknolojiler ile teşhis ve tedavi desteği sağlanmasıdır (7).

Hastaların ve sağlık çalışanlarının internet ve mobil cihazlar üzerinden sağlık verilerine ulaşmalarını sağlayan e-Nabız uygulaması ise 2015 yılında geliştirilmiştir. E-nabız uygulaması ile kişilerin sağlık verileri hem kendileri hem de izin vermeleri durumunda hekimler tarafından görüntülenebilmektedir (8). Ülkemizde Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), e-rapor, teletıp, Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM), Mekansal İş Zekası (MİZ) ve Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) gibi teknolojik programlar ile sağlıkta temel ihtiyaçlar sağlanmaya çalışılmaktadır. Günümüzde bazı özel sağlık kuruluşları özellikle hipertansiyon, kalp yetmezliği ve diyabet gibi kronik hastalığı olan bireylerin kan şekeri, kan basıncı, kilo ve düşmeye yönelik uzaktan izlem ve kontrolünü içeren telesağlık uygulamalarını kullanmaktadır (9).

COVID-19 pandemisi, telesağlık kullanımının ana itici güçlerinden biridir ve birçok ülkenin sağlık sisteminde dönüşüme neden olmuştur. Ülkemizde ise COVID-19 pandemisi sürecinde aile hekimleri COVID-19 hastalarının sağlık durumlarını telefon aracılığıyla takip etmiştir. Ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı’na ait “Telesağlık” hizmeti olan “Dr. e-Nabız” sistemi, uygulanmaya başlanmış, izolasyonda olan SARS-CoV2 ile enfekte kişileri ve karantinada olan temaslı kişileri hekimleriyle çevrim içi ortamda buluşturmuştur (16).

Nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların insidansının artması, sağlık hizmetlerinin maliyetinin artması, sağlık çalışanı sayı ve dağılımındaki eksiklikler, kırsal nüfusun sağlık hizmetlerine erişim gücü, teknolojik gelişmeler ve bu gelişmelerle birlikte hastaların artan talepleri telesağlığın kullanımını yaygınlaştırmaktadır (10). DSÖ telesağlığın, hastalar her nerede olurlarsa olsunlar, onların kaliteli ve maliyet-etkin sağlık hizmetlerine erişimini artırarak evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşmaya katkı sağlayabileceğini ve bu durumun yaşlılar, dezavantajlı gruplar ve uzak yerlerde yaşayanlar için özellikle değerli olabileceğini belirtmektedir (1).

Literatürde tele-sağlıkla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; İngiltere’de 24 saat telefon danışmanlığı veren merkezler sayesinde hastaların %40’ı ilgili yerlere yönlendirilerek acil sağlık servislerinin gereksiz kullanımının önüne geçilmiştir (12). Teletıp uygulamaları ile astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olanlarda acil servislere başvurularda ve hastaneye yatışlarda azalma, bununla birlikte yaşam kalitesinde artma olduğu görülmüştür. Diyabet hastalarında ise HbA1c düzeyinde anlamlı bir azalma gözlenmiştir (13, 14). Teletıp servisleriyle; palyatif bakım hastalarının ev ortamında takip ve tedavi edilmesi, uzun süreli, masraflı ve hasta açısından yıpratıcı hastane yatışlarının önüne geçilmesini, hastane kapasitesinin daha etkili kullanılmasını sağlamıştır (15).

Günümüzde internet kullanımının artması; elektronik kaynaklarda sağlık bilgilerini araştırmak, bulmak, anlamak, değerlendirmek ve edinilen bilgileri sağlık problemlerini çözmede kullanabilmek şeklinde tanımlanan e-sağlık okuryazarlığının önem kazanmasına neden olmuştur (17). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda e-sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan kişilerin tele-sağlık hizmetlerini daha sık kullandıkları tespit edilmiştir (22).

Bu çalışmayla, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Farabi Hastanesi polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü kişilerin tele-sağlık hizmetlerini kullanma durumu, tele-sağlık hizmetlerini kullanma durumunu etkileyen e-sağlık okuryazarlık düzeyi ve diğer faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç Ve Yöntem

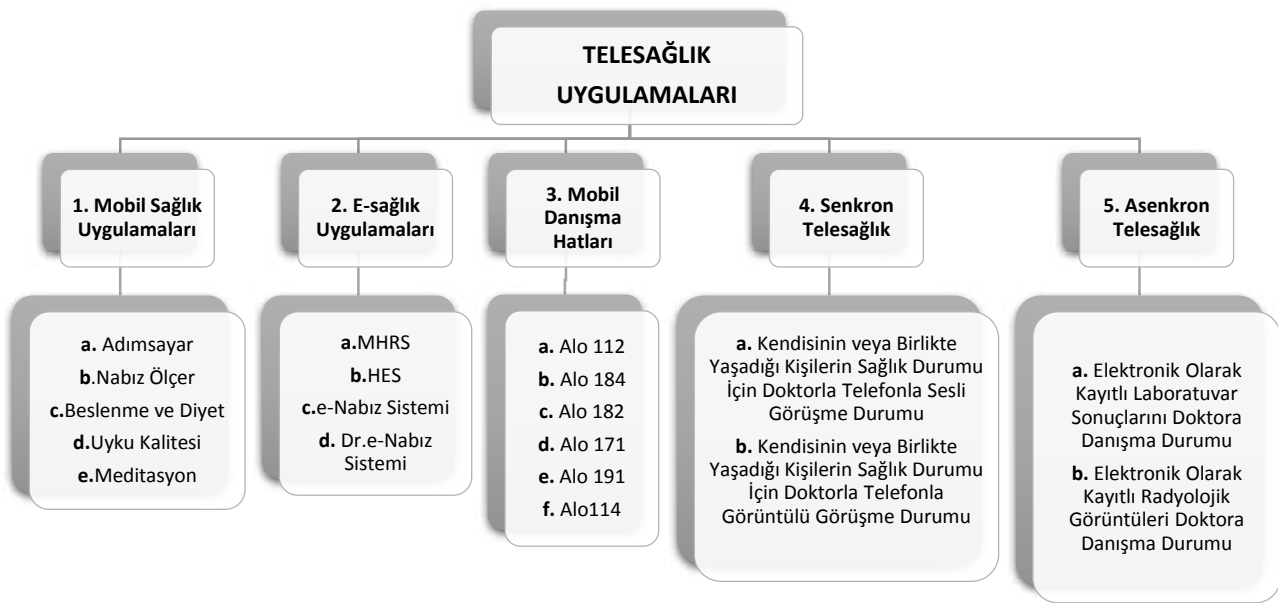
Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, literatür taraması sonucu tele-sağlık uygulamalarını kullanma potansiyeli daha fazla olan polikliniklerde yapılmıştır. Çalışmanın evrenini, KTÜ Farabi Hastanesi’nin Kardiyoloji, Nöroloji, Genel Dahiliye, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Göğüs Hastalıkları, Endokrin, Göz Hastalıkları ve Kulak-Burun-Boğaz polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır. Bu polikliniklere başvurular; hekimlerin poliklinik günlerine göre değişmekte olup, haftalık ortalama başvuran kişi sayısı 250 ila 400 arasında değişmektedir. Belirtilen her bir polikliniğe; birer haftalık (beş iş günü) sürelerde, 10:00-12:00 arası poliklinik saatlerinde gidilerek veri toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzerinde, soruları cevaplayabilecek bilişsel yeterlilikte olan kişilerin sözlü onamları alınıp, tele-sağlık hizmetlerini kullanma durumu ve etkileyen faktörlerin sorgulandığı bir veri toplama formu, tablet/akıllı telefon yardımıyla yüz yüze uygulanmıştır.

Veri toplama formu literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olup, 3 bölüm 32 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde çalışmanın bağımsız değişkenleri olan; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, eğitim durumu, meslek, haneye giren aylık gelir, kronik hastalığa sahip olma durumu, sahip olunan kronik hastalıklar, sürekli ilaç kullanma durumu, sürekli kullanılan ilaçlar, sağlık problemi olduğunda ilk başvuru yeri, randevu alma durumu ve elektronik cihaz kullanma (Cep telefonu, bilgisayar, tablet, akıllı saat) durumu sorgulanmıştır.

İkinci bölümde, çalışmanın bağımlı değişkeni olan kişilerin tele-sağlık kullanma durumu sorgulanmıştır.

Telesağlık kullanma durumu yapılan bu çalışmada 5 ana başlıkta değerlendirilmiştir. Bu ana başlıklar; 1. Mobil sağlık uygulamaları, 2. E-sağlık uygulamaları, 3. Mobil danışma hatları, 4. Eş zamanlı sesli iletişim ve eş zamanlı görüntülü iletişim (senkron telesağlık) ve 5. Elektronik olarak edindikleri sağlık verilerini doktorlarına danışma (asenkron telesağlık)'dır.

Şekil 1'de çalışmada değerlendirilen bu telesağlık uygulamaları ve alt başlıkları gösterilmiştir. Uygulamaların alt başlıklarından en az bir tanesini kullanan katılımcılar o telesağlık uygulamasını kullanıyor olarak kabul edilmiştir.



Şekil 1. Çalışmada Değerlendirilen Telesağlık Uygulamaları Şeması

Son bölümdeyse çalışmanın bağımsız değişkeni olan e-sağlık okuryazarlığının belirlenmesi için E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, Norman ve Skinner (2006) tarafından geliştirilmiş, Gencer (2017) tarafından Türkçe 'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (21). 10 soruluk ölçeğin ilk 2 sorusu internet kullanımıyla ilgiliyken diğer 8 soru e-sağlık okuryazarlığını belirlemektedir. Ölçek maddeleri 5'li likert tipi dereceleme (1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,90'dır.

İstatistiksel analizlerde SPSS 23.0 kullanılmıştır. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri kategorik değişkenler için sayı ve yüzde; sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak verilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığını test etmek için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Telesağlık kullanma durumu ile ölçek puanının karşılaştırılmasında, ölçek puanı normal dağılıma uymadığından dolayı Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Telesağlık kullanma durumu ve diğer bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup karşılaştırmalarında istatistiksel önemlilik

ortaya çıktığında, gruplar arası fark/farkların hangi durumlardan kaynaklandığını belirleyebilmek için SPSS “Custom tables” komutu kullanılarak post hoc ileri analizi yapılmıştır. Tüm istatistik analizlerinde önemlilik değeri $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya 371 kişi katılmıştır. En fazla katılım %14 (n=52) ile Genel Dahiliye polikliniğindendir. Bunu %11,3 (n=42) ile Kulak Burun Boğaz ve %11,3 (n=41) ile Kardiyoloji Polikliniği izlemektedir (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların Polikliniklere Göre Dağılımı (N=371)

Anketin yapıldığı poliklinik	Sayı (n)	Yüzde(%)
Genel Dahiliye	52	14,0
Kulak Burun Boğaz	42	11,3
Kardiyoloji	41	11,1
Dermatoloji	40	10,8
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	40	10,8
Endokrin	38	10,2
Nöroloji	37	10,0
Göğüs Hastalıkları	34	9,2
Göz Hastalıkları	34	9,2
Enfeksiyon	13	3,4

Katılımcıların %64,2’si (n=238) kadındır. Yaş ortalaması $43,5 \pm 15,6$ yıl (18-81) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %62,8’i (n=270) Trabzon’da, %5,1’i (n=19) Rize’de %4,3’ü (n=16) Giresun’da ikamet etmektedir. Katılımcıların diğer sosyodemografik ve kişisel özellikleri Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2: Katılımcıların Sosyodemografik ve Kişisel Özellikleri (N=371)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde(%)
Cinsiyet		
Kadın	238	64,2
Erkek	133	35,8
Yaş (Yıl)	43,5 ± 15,6	
Ortalama ± Standart Sapma (min.-maks.)	(18,0-81,0)	
Medeni Durum		
Evli	265	71,4
Bekar	106	28,6
Çocuk Sahibi Olma		
Evet	256	69,0
Hayır	115	31,0

Birlikte Yaşanılan Kişiler*		
Eş	254	68,5
Çocuk/çocuklar	207	55,8
Anne	78	21,0
Baba	72	19,4
Kardeş/kardeşler	58	15,6
Yalnız başına	19	5,1
Arkadaş/arkadaşlar	8	2,1
Yaşanılan Yer		
Merkez İlçe	219	59,1
İlçe	150	40,4
Köy/Kasaba	2	0,5
Eğitim Durumu		
Herhangi bir okuldan mezun olmayanlar	18	4,9
İlkokul Mezunu	102	27,5
Ortaokul Mezunu	42	11,3
Lise Mezunu	114	30,7
Üniversite Mezunu	95	25,6
Meslek		
Herhangi Bir Mesleği Olmayanlar	202	54,4
Yöneticiler, Profesyonel Meslek Mensupları	61	16,4
Esnaf / Sanatkârlar	31	8,4
Teknisyen/ teknikerler	18	4,9
Büro Hizmetlerinde Çalışanlar	16	4,3
Hizmet ve Satış Elemanları	15	4,0
Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar (işçi, temizlik görevlisi, site görevlisi)	13	3,5
Şoför / Makine Operatörleri (şoför, makine operatörü)	9	2,4
Silahlı Kuvvetler Mensupları	4	1,1
Nitelikli Tarım, Ormancılık ve Su Ürünleri Çalışanları	2	0,5
Aylık Gelir (TL)**	6505,0 ± 4326,6	
Ortalama ± Standart Sapma (min.-maks.)	(600-30.000)	
Kronik Hastalık Durumu		
Olanlar	205	55,3
Olmayanlar	166	44,7
Sürekli Olarak İlaç Kullanma Durumu		
Olanlar	196	52,8
Olmayanlar	175	47,2

* Birden çok seçenek işaretlenmiştir (%>100, N>371).

** 10 missing veri mevcuttur.

Katılımcıların sağlık problemi olduğunda ilk başvurduğu sağlık kurumu sırasıyla %41,2'yle (n=153) il/ilçe devlet hastanesi, %35,8'le (n=133) aile sağlık merkezi, %19,1'le (n=71) üniversite hastanesi, %3,5'le (n=13) özel hastane, %0,3'le (n=1) özel muayenedir. Katılımcıların %91,6'sı (n=340) internete bağlanabilen elektronik cihaz kullanmaktadır. En çok kullanılan elektronik cihazlar %99,7 (n=339) ile cep telefonu %31,5 (n=107) ile bilgisayar ve %11,2 (n=38) ile tablettir.

Sağlık kuruluşuna gitmeden önce katılımcıların %48,5'i (n=180) telefonla, %46,0'sı (n=171) internetten, %12,4'ü (n=46) ise sekreterden randevu aldığını belirtmiştir. %17,0'si (n= 63) ise önceden randevu almadığını söylemiştir. "Telesaglık kavramını daha önce hiç duydunuz mu?" sorusuna katılımcıların %7,8'i (n= 29) "Evet" yanıtını vermiştir.

Tablo 3'te katılımcıların telesaglık hizmetlerini kullanma durumu gösterilmiştir. Elektronik cihaz kullanan 340 kişinin %37,1'i (n= 126) mobil sağlık uygulamalarını (adımsayar, nabız ölçer, beslenme ve diyet, uyku kalitesi, meditasyon), %83,8'i (n=285) ise ülkemizde uygulanan e-sağlık uygulamalarını kullanmaktadır. Tüm katılımcılardan mobil danışma hatlarını kullananlar %86,5 (n=321), senkron telesaglığı kullananlar % 41,2 (n=153), asenkron telesaglığı kullananlarsa %36,4'tür (n=135).

Tablo 3: Katılımcıların Telesaglık Hizmetlerini Kullanma Durumu (N=371)

Değişkenler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Mobil Sağlık Uygulamaları*		
Mobil Sağlık Uygulamalarını (adımsayar, nabız ölçer, beslenme ve diyet, uyku kalitesi, meditasyon) Kullananlar	126	37,1
E-sağlık Uygulamaları*		
e-Nabız'ı Kullananlar	228	67,1
MHRS'yi Kullananlar	195	57,4
HES'i Kullananlar	188	55,3
Dr. e-Nabız'ı Kullananlar	3	0,9
Mobil Danışma Hatları		
Alo 182 Merkezi Hekim Randevu Sistemi Kullananlar	272	73,3
Alo 112 Acil Çağrı Merkezi Kullananlar	220	59,3
Alo 184 Korona Danışma Hattı Kullananlar	74	19,9
Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı Kullananlar	17	4,6
Alo 114 Ulusal Zehir Danışma Merkezi Kullananlar	3	0,8
Alo 191 Uyuşturucu İle Mücadele Danışma Ve Destek Hattı Kullananlar	1	0,3
Senkron Telesaglık		
Sağlık Durumu İçin Doktorla Telefonla Sesli Görüşme Yapanlar	114	30,7
Birlikte Yaşadığı Kişilerin Sağlık Durumu İçin Doktorla Telefonla Sesli Görüşme Yapanlar	94	25,3
Birlikte Yaşadığı Kişilerin Sağlık Durumu İçin Doktorla Telefonla Görüntülü Görüşme Yapanlar	7	1,9

Sağlık Durumu İçin Doktorla Telefonla Görüntülü Görüşme Yapanlar	5	1,3
Asenkron Telesağlık		
Elektronik Olarak Kayıtlı Laboratuvar Sonuçlarını Doktora Danışanlar	128	34,5
Elektronik Olarak Kayıtlı Radyolojik Görüntüleri Doktora Danışanlar	102	27,5

* n=340 kişidir.

Katılımcıların kullandıkları mobil sağlık uygulamaları sırasıyla en çok %65,0 (n=82) adımsayar, %17,4 (n=22) nabız ölçer, %12,7 (n=16) uyku süresi ve kalitesi olmuştur.

Katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği toplam ortalama puanı $2,91 \pm 0,70$ (0,88-4,38) olarak bulunmuştur. Tablo 4'te mobil sağlık uygulamalarını kullanma durumunu etkileyen sosyodemografik ve kişisel özellikler gösterilmiştir. Yaş arttıkça mobil sağlık uygulamalarının kullanımının istatistiksel olarak önemli şekilde azaldığı ($p<0,001$), eğitim düzeyi arttıkça arttığı belirlenmiştir ($p<0,001$). Mobil sağlık uygulamalarını kullananların E-Sağlık Okuryazarlık düzeyi puan ortalaması ($3,2 \pm 0,6$) kullanmayanlara göre ($2,8 \pm 0,7$) istatistiksel olarak önemli bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 4: Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Durumunu Etkileyen Sosyodemografik ve Kişisel Özellikler (N=371)

	Kullanmayanlar		Kullananlar		
Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	P değeri
Cinsiyet					
Kadın	163	68,5	75	31,5	0,183
Erkek	82	61,7	51	38,3	
Yaş					
18-35	64	52,5	58	47,5	<0,001
36-55	106	65,0	57	35,0	
55 yaş üstü	75	87,2	11	12,8	
Medeni Durum					
Evli	189	71,3	76	28,7	0,001
Bekar	56	52,8	50	47,2	
Çocuk Sahibi Olma					
Evet	186	72,7	70	27,3	<0,001
Hayır	59	51,3	56	48,7	
Yaşanılan Yer					
Merkez İlçe	139	63,5	80	36,5	0,210
İlçe/Köy/Kasaba	106	69,7	46	30,3	

Birlikte Yaşanılan Kişi					
Yalnız Başına	11	64,7	6	35,3	0,906
Herhangi bir kişi	234	66,1	120	33,9	
Eğitim Durumu					
Lise altı	127	78,4	35	21,6	<0,001
Lise mezunu ve üstü	118	56,5	91	43,5	
Meslek					
Herhangi Bir Mesleği Olmayanlar	145	71,8	57	28,2	0,011
Mesleği Olanlar	100	59,2	69	40,8	

*10 missing veri mevcuttur.

Aylık Gelir*					
5500 TL ve altı	144	72,4	55	27,6	0,002
5500 TL üstü	92	56,8	70	43,2	
Kronik Hastalık Durumu					
Olanlar	154	75,1	51	24,9	<0,001
Olmayanlar	91	54,8	75	45,2	
Sürekli Olarak İlaç Kullanma Durumu					
Olanlar	144	73,5	52	26,5	0,001
Olmayanlar	101	57,7	74	42,3	
Sağlık Problemi Olduğunda İlk Başvurulan Sağlık Kurumu					
Aile Sağlık Merkezi	86	64,7	47	35,3	0,207
İl/İlçe Devlet Hastanesi	102	66,7	51	33,3	
Üniversite Hastanesi	51	71,8	20	28,2	
Özel Hastane / muayenehane	6	42,9	8	57,1	

Tablo 5'te e-sağlık uygulamalarını kullanma durumunu etkileyen sosyodemografik ve kişisel özellikler gösterilmiştir. Yaş arttıkça e-sağlık uygulamalarının kullanımının istatistiksel olarak önemli şekilde azaldığı ($P<0,001$), eğitim düzeyi arttıkça arttığı belirlenmiştir ($p<0,001$). E-sağlık uygulamalarını kullananların E-Sağlık Okuryazarlık düzeyi puan ortalaması ($3,1 \pm 0,7$) kullanmayanlara göre ($2,4 \pm 0,7$) istatistiksel olarak önemli bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 5: E- Sağlık Uygulamalarını Kullanma Durumunu Etkileyen Sosyodemografik ve Kişisel Özellikler (N=371)

	Kullanmayanlar		Kullananlar		
Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	P değeri
Cinsiyet					
Kadın	59	24,8	179	75,2	0,326
Erkek	27	20,3	106	79,7	
Yaş					
18-35	5	4,1	117	95,9	<0,001
36-55	30	18,4	133	81,6	
55 yaş üstü	51	59,3	35	40,7	
Medeni Durum					
Evli	79	29,8	186	70,2	<0,001
Bekar	7	6,6	99	93,4	
Çocuk Sahibi Olma					
Evet	79	30,9	177	69,1	<0,001
Hayır	7	6,1	108	93,9	
Yaşanılan Yer					
Merkez İlçe	42	19,2	177	80,8	0,280
İlçe/Köy/Kasaba	44	28,9	108	71,1	
Kimlerle Yaşadığı					
Yalnız Başına	5	29,4	12	70,6	0,533
Herhangi bir kişi	81	22,9	173	77,1	
Eğitim Durumu					
Lise altı	73	45,1	89	54,9	<0,001
Lise ve üstü	13	6,2	196	93,8	
Meslek					
Herhangi Bir Mesleği Olmayanlar	60	29,7	142	70,3	0,001
Mesleği Olanlar	26	15,4	143	84,6	
Aylık Gelir*					
5500 TL ve altı	60	30,2	139	69,8	<0,001
5500 TL üstü	20	12,3	142	87,7	
Kronik Hastalık Durumu					
Olanlar	64	31,2	141	68,8	<0,001
Olmayanlar	22	13,3	144	86,7	

Sürekli Olarak İlaç Kullanma Durumu					
Olanlar	65	33,2	131	66,8	<0,001
Olmayanlar	21	12,0	154	88,0	
Sağlık Problemi Olduğunda İlk Başvurulan Sağlık Kurumu					
Aile Sağlık Merkezi	30	22,6	103	77,4	0,962
İl/İlçe Devlet Hastanesi	35	22,9	118	77,1	
Üniversite Hastanesi	17	23,9	54	76,1	
Özel Hastane / muayenehane	4	28,6	10	71,4	

* 10 missing veri mevcuttur.

Tablo 6'da mobil danışma hatlarını kullanma durumunu etkileyen sosyodemografik ve kişisel özellikler gösterilmiştir. İnternete bağlanabilen elektronik cihaz kullananlar kullanmayanlara göre istatistiksel olarak önemli derecede daha fazla mobil danışma hatlarını kullanmaktadır ($p < 0,001$). Yapılan post hoc analizi sonucunda 36-55 yaş grubunda olan katılımcıların diğer yaş gruplarına daha fazla mobil danışma hatlarını kullandıkları belirlenmiştir ($p < 0,001$). Mobil danışma hatlarını kullanan katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlık düzeyi puan ortalaması ($2,9 \pm 0,7$) kullanmayanlara göre ($2,8 \pm 0,7$) istatistiksel olarak önemli bir fark göstermemiştir ($p = 0,296$).

Tablo 6: Mobil Danışma Hatlarını Kullanma Durumunu Etkileyen Sosyodemografik ve Kişisel Özellikler (N=371)

	Kullanmayanlar		Kullananlar		
Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	P değeri
Cinsiyet					
Kadın	35	14,7	203	85,3	0,354
Erkek	15	11,3	118	88,7	
Yaş					
18-35 ^a	19	15,6	103	84,4	<0,001
36-55 ^b	10	6,1	153	93,9	
55 yaş üstü ^a	21	24,4	65	75,6	
Medeni Durum					
Evli	33	12,5	232	87,5	0,361
Bekar	17	16,0	89	84,0	
Çocuk Sahibi Olma					
Evet	33	12,9	223	87,1	0,622
Hayır	17	14,8	98	85,2	

Yaşanılan Yer					
Merkez İlçe	31	14,2	188	85,8	0,646
İlçe/Köy/Kasaba	19	12,5	133	87,5	
Kimlerle Yaşadığı					
Yalnız Başına	3	17,6	14	82,4	0,606
Herhangi bir kişi	47	13,3	307	86,7	
Eğitim Durumu					
Lise altı	24	14,8	138	85,2	0,506
Lise ve üstü	26	12,4	183	87,6	
Meslek					
Herhangi Bir Mesleği Olmayanlar	32	15,8	170	84,2	0,145
Mesleği Olanlar	18	10,7	151	89,3	
Aylık Gelir*					
5500 TL ve altı	31	15,6	168	84,4	0,292
5500 TL üstü	19	11,7	143	88,3	
Kronik Hastalık Durumu					
Olanlar	31	15,1	174	84,9	0,303
Olmayanlar	19	11,4	147	88,6	
Sürekli Olarak İlaç Kullanma Durumu					
Olanlar	27	13,8	169	86,2	0,859
Olmayanlar	23	13,1	152	86,9	
Sağlık Problemi Olduğunda İlk Başvurulan Sağlık Kurumu					
Aile Sağlık Merkezi	15	11,3	118	88,7	0,638
İl/İlçe Devlet Hastanesi	24	15,7	129	84,3	
Üniversite Hastanesi	10	14,1	61	85,9	
Özel Hastane / muayenehane	1	7,1	13	92,9	
İnternete Bağlanabilen Elektronik Cihazı Kullanma Durumu					
Elektronik Cihaz Kullananlar	37	10,9	303	89,1	<0,001
Elektronik Cihaz Kullanmayanlar	13	41,9	18	58,1	

* 10 missing veri mevcuttur.

^{a,b} Post-hoc sonucuna göre farkın kaynaklandığı gruplar belirtilmiştir.

Tablo 7’de senkron telesağlığı kullanma durumunu etkileyen sosyodemografik ve kişisel özellikler gösterilmiştir. Meslek sahibi olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak önemli derecede daha fazla senkron telesağlığı kullandıkları belirlenmiştir ($p=0,017$). Senkron telesağlığı kullanan katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlık düzeyi puan ortalaması ($3,1 \pm 0,6$) kullanmayanlara göre ($2,8 \pm 0,7$) istatistiksel olarak önemli bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,002$).

Tablo 7: Senkron Telesağlığı Kullanma Durumunu Etkileyen Sosyodemografik ve Kişisel Özellikler (N=371)

	Kullanmayanlar		Kullananlar		
Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	P değeri
Cinsiyet					
Kadın	142	59,7	96	40,3	0,636
Erkek	76	57,1	57	42,9	
Yaş					
18-35	75	61,5	47	38,5	0,026
36-55 ^a	84	51,5	79	48,5	
55 yaş üstü ^b	59	68,6	27	31,4	
Medeni Durum					
Evli	154	58,1	111	41,9	0,689
Bekar	64	60,4	42	39,6	
Çocuk Sahibi Olma					
Evet	146	57,0	110	43,0	0,313
Hayır	72	62,6	43	37,4	
Yaşanılan Yer					
Merkez İlçe	131	59,8	88	40,2	0,620
İlçe/Köy/Kasaba	87	57,2	65	42,8	
Kimlerle Yaşadığı					
Yalnız Başına	11	64,7	6	35,3	0,610
Herhangi bir kişi	207	58,5	147	41,5	
Eğitim Durumu					
Lise altı	104	64,2	58	35,8	0,061
Lise ve üstü	114	54,5	95	45,5	
Meslek					
Herhangi Bir Mesleği Olmayanlar	130	64,4	72	35,6	0,222
Mesleği Olanlar	88	52,1	81	47,9	

Aylık Gelir					
5500 TL ve altı	122	61,3	77	38,7	0,188
5500 TL üstü	89	54,9	73	45,1	
Kronik Hastalık Durumu					
Olanlar	123	60,0	82	40,0	0,590
Olmayanlar	95	57,2	71	42,8	
Sürekli Olarak İlaç Kullanma Durumu					
Olanlar	116	59,2	80	40,8	0,861
Olmayanlar	102	58,3	73	41,7	
Sağlık Problemi Olduğunda İlk Başvurulan Sağlık Kurumu					
Aile Sağlık Merkezi	75	56,4	58	43,6	0,001
İl/İlçe Devlet Hastanesi ^a	106	69,3	47	30,7	
Üniversite Hastanesi ^b	30	42,3	41	57,7	
Özel Hastane	7	50,0	7	50,0	
İnternete Bağlanabilen Elektronik Cihazı Kullanma Durumu					
Elektronik Cihaz Kullananlar	194	57,1	146	42,9	0,027
Elektronik Cihaz Kullanmayanlar	24	77,4	7	22,6	

*10 missing veri mevcuttur.

^{a,b} Post-hoc sonucuna göre farkın kaynaklandığı gruplar belirtilmiştir.

Tablo 8’de asenkron telesağlığı kullanma durumunu etkileyen sosyodemografik ve kişisel özellikler gösterilmiştir. Asenkron telesağlığı kullanan katılımcılar; birlikte yaşanan kişiler, meslek ve ilk başvuru sağlık kurumu açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir (p değerleri sırasıyla 0,924; 0,065 ve 0,075). Asenkron telesağlığı kullanan katılımcıların E-Sağlık Okuryazarlık düzeyi puan ortalaması (3,1 ± 0,6) kullanmayanlara göre (2,7 ± 0,7) istatistiksel olarak önemli bir şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 8: Asenkron Telesağlığı Kullanma Durumunu Etkileyen Sosyodemografik ve Kişisel Özellikler (N=371)

	Kullanmayanlar		Kullananlar		
Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	P değeri
Cinsiyet					
Kadın	141	59,2	97	40,8	0,019
Erkek	95	71,4	38	28,6	

Yaş						
18-35	62	50,8	60	49,2	<0,001	
36-55	103	63,2	60	36,8		
55 yaş üstü	71	82,6	15	17,4		
Medeni Durum						
Evli	177	66,8	88	33,2	0,044	
Bekar	59	55,7	47	44,3		
Çocuk Sahibi Olma						
Evet	175	68,4	81	31,6	0,005	
Hayır	61	53,0	54	47,0		
Yaşanılan Yer						
Merkez İlçe	130	59,4	89	40,6	0,041	
İlçe/Köy/Kasaba	106	69,7	46	30,3		
Kimlerle Yaşadığı						
Yalnız Başına	11	64,7	6	35,3	0,924	
Herhangi bir kişi	225	63,6	129	36,4		
Eğitim Durumu						
Lise altı	125	77,2	37	22,8	<0,001	
Lise ve üstü	111	53,1	98	46,9		
Meslek						
Herhangi Bir Mesleği Olmayanlar	137	67,8	65	32,2	0,065	
Mesleği Olanlar	99	58,6	70	41,4		
Aylık Gelir*						
5500 TL ve altı		140	70,4	59	29,6	1
5500 TL üstü		88	54,3	74	45,7	0,002
Kronik Hastalık Durumu						
Olanlar	141	68,8	64	31,2	0,021	
Olmayanlar	95	57,2	71	42,8		
Sürekli Olarak İlaç Kullanma Durumu						
Olanlar	134	68,4	62	31,6	0,044	
Olmayanlar	102	58,3	73	41,7		

Sağlık Problemi Olduğunda İlk Başvurulan Sağlık Kurumu					
Aile Sağlık Merkezi	78	58,6	55	41,4	0,075
İl/İlçe Devlet Hastanesi	109	71,2	44	28,8	
Üniversite Hastanesi	40	56,3	31	43,7	
Özel Hastane / muayenehane	9	64,3	5	35,7	
İnternete Bağlanabilen Elektronik Cihazı Kullanma Durumu					
Elektronik Cihaz Kullananlar	206	60,6	134	39,4	<0,001
Elektronik Cihaz Kullanmayanlar	30	96,8	1	3,2	

*10 missing veri mevcuttur.

Sonuç Ve Öneriler

Çalışmamızda eğitim durumu, yaş, aylık gelir, e-sağlık okuryazarlığı, medeni durum, çocuk sahibi olma, kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanmanın; mobil sağlık, e-sağlık, asenkron telesağlık kullanımında etkili olduğu bulunmuştur. Eğitim seviyesi yüksek, genç, aylık geliri fazla, e-sağlık okuryazarlık ortalama puanı yüksek ve bekar kişiler bu uygulamaları daha fazla kullanmaktadırlar. Çocuk sahibi olanlar, kronik hastalığı olanlar ve sürekli ilaç kullanan kişilerse bu uygulamaları daha az kullanmaktadır. Meslek sahibi olanlar olmayanlara göre mobil sağlığı, e-sağlığı, senkron telesağlığı daha fazla kullanmaktadır. Elektronik cihazları olanlar ve 36- 55 yaş grubundakiler mobil danışma hatlarını ve senkron telesağlığı daha fazla kullanmaktadır. Sağlık problemi olduğunda üniversite hastanesine başvuranlar il/ilçe devlet hastanesine başvuranlara göre senkron telesağlığı daha fazla kullanmaktadır. Senkron telesağlığı kullanan kişilerin e-sağlık okuryazarlık ortalama puanı yüksek olarak bulunmuştur. Asenkron telesağlık kullanımıysa kadınlarda ve merkez ilçede yaşayanlarda fazladır.

Telesağlık uygulamalarının bilinirliğinin ve kullanımının artırılması için kitle iletişim araçlarında tanıtımı ve bilgilendirilmesi yapılabilir. E- sağlık okuryazarlığı telesağlık uygulamalarını kullanmada etkili bir faktördür. Bu uygulamalardan önce kişilere bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasıyla ilgili eğitimler verilebilir. Telesağlık bilgi iletişim teknolojilerini kullandığı için toplumun her kesiminin internete erişimi kolay olmalı, ücretsiz internet ağları genişletilmelidir. Günümüzde akıllı cep telefonu kullanımı oldukça yaygındır, bu nedenle e-sağlık uygulamalarının mobil uygulama formları artırılmalıdır. Ayrıca çevrimdışı kullanılabilen uygulamaların geliştirilmesi telesağlık kullanımını artıracaktır.

Bu çalışmanın büyük örneklem grubuna uygulanması daha kapsamlı sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır. Böylece; telesağlık kullanımı, telesağlığın geliştirilmesi gereken yönleri ve alınacak önlemler belirlenebilir. Telesağlığın kullanımının artması toplumun dolayısıyla bireylerin sağlık durumlarında olumlu iyileşmeler olmasına katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. World Health Organization (2016) Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable, Report of the third global survey on eHealth. Erişim: http://who.int/goe/publications/global_diffusion/en/. (Erişim Tarihi: 10 Ocak 2020).
2. Center for Connected Health Policy (2020) About Telehealth | CCHP Website. Erişim adresi: <https://www.cchpca.org/about/about-telehealth> (Erişim Tarihi: 07.12.2021).
3. Kalender, N. ve Özdemir, L. (2014) 'Yaşlılara Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Tele-Tıp Kullanımı', Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(1), s. 50-58.
4. Yıldırım, Ö. ve ark. (2016) 'Yaşlılar İçin Tele-tıp Tabanlı Sağlık İzleme Sistemi', in Tıp Tekno 16 Tıp Teknolojileri Kongresi, s. 297-300.
5. Dang, S. ve ark. (2019) 'Telehealth in Home-Based Primary Care: Factors and Challenges Associated With Integration Into Veteran Care', Journal of the American Geriatrics Society, 67(9), s. 1928-1933. doi: 10.1111/jgs.16045.
6. American Telemedicine Association (2020) Telehealth Basics-ATA. Erişim adresi: <https://www.americantelemed.org/resource/why-telemedicine/> (Erişim Tarihi: 07.12.2021).
7. T.C. Sağlık Bakanlığı (2006) 'Bilgi Toplumu Stratejisi Eylem Planı 2006-2010. Erişim adresi: <http://www.bilgitoplumu.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 07.12.2021).
8. T.C. Sağlık Bakanlığı (2020) e-Nabız/T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://enabiz.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 07.12.2021).
9. Ersoy, S. ve ark. (2015) 'Hemşirelikte İnovatif Alan: Evde Bakımda Telehemşirelik ve Telesaglık', Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4), s. 194-201.
10. Pehlivan Ö. Türkiye'deki Olası Telesaglık Senaryolarının Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi, Bolu ili örneği. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bolu, 2020.
11. Darkins AW, Cary MA. In: Darkins AW, Cary MA, editors. Telemedicine and Telehealth: Principles, Policies, Performances and Pitfalls. 1st ed. New York: Springer Publishing Company; 2000.p.1-328.
12. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Hemşirelik.2.Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti, 2010:44-8.
13. 2012 MCLEAN, S., NURMATOV, U., LY LIU, J., & PAGLIARI, C. (2012). CAR, Josip a SHEIKH, Aziz. Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane Review and meta-analysis. British Journal of General Practice
14. Polisena, J., Tran, K., Cimon, K., Hutton, B., McGill, S., & Palmer, K. (2009). Home telehealth for diabetes management: a systematic review and meta-analysis. Diabetes, Obesity and Metabolism, 11(10), 913-930.)
15. Kılıç T. E-sağlık, iyi uygulama örneği; Hollanda. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(3):203-17.

16. T.C.S.B. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Dr. e-Nabız Muayeneye Başladı. 09 Haziran 2021; [Internet] <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,77430/dr-e-nabiz-muayeneye-basladi.html>
17. Cameron D. Norman ve Harvey A. Skinner, "eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World", Journal of Medical Internet Research, 8:2:e9 (2006), s.2.
18. Ertek, S. (2011) 'Endokrinolojide Tele-Sağlık ve Tele-Tıp Uygulamaları', Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), s. 126-130.
19. World Health Organization. (2016). From innovation to implementation: eHealth in the WHO European region. World Health Organization. Regional Office for Europe.
20. World Health Organization. (2019). WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening World Health Organization.
21. GENCER, Z. T. (2017). NORMAN VE SKINNER'IN E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİNİN KÜLTÜREL UYARLAMASI İÇİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi| Istanbul University Faculty of Communication Journal, (52), 131-145.
22. Alshammari, W. M. G., Alshammari, F. M. M., & Alshammry, F. M. M. (2021). Factors Influencing the Adoption of E-Health Management among Saudi Citizens with Moderating Role of E-Health Literacy. *Information Management and Business Review*, 13(3 (I)), 47-61.

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE TELESAGLIK BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ümmügülsüm Özel¹, Murat Topbaş¹, Nazım Ercüment Beyhun¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0109-3037>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4047-4027>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4664-9070>

gulsumkismet@gmail.com

Giriş

Telesaglık tüm saglik calisanlari tarafından bireylerin ve topluluklari sagligini gelistirmek amacıyla hastalik ve yaralanmalarin teshisinde, tedavisinde, rehabilitasyonunda ve onlenmesinde gerekli bilgi alisverisi, arastirma, degerlendirme ve egitim icin bilgi iletisim teknolojilerini kullanarak saglanan saglik hizmetlerinin tumudur (1). Kullanilan bu bilgi iletisim teknolojileri es zamanli bir video, e-posta, akilli telefon veya internete baglanabilen diger akilli cihazlar olabilmektedir.

Bazi kaynaklarda telesaglik ve teletip terimleri es anlamlili olarak kullanilmaktadir. Ancak teletip, bir hastanin teshis, tedavi veya rehabilitasyonunu saglamak, uzaktan hasta izlemi yapmak, bir hastanin teshis ve tedavisi konusunda diger saglik hizmeti saglayicilarina danismak amacıyla es zamanli video konferans teknolojileri dahil olmak uzere elektronik teknoloji veya medyanin kullanilmasidir. Es zamanli videokonferans, depola ve ilet sistemleri, uzaktan hasta izlemi, e-saglik, mobil saglik ve uzaktan tıbbi egitim telesagligin bir parçasi olarak kabul edilmektedir (2).

Türkiye’de telesaglik uygulamalari Devlet Planlama Teskilati’ nin koordinasyonunda e-Dönüşüm Türkiye Projesi ile baslatilmis ve Saglik Bakanligi tarafından e-Saglik calisma grubu olusturulmustur (5). 2006 yılında Bilgi Toplumu Stratejisi Eylem Planı (2006-2010) yayınlanmistir. Bu planda Saglik Bilgi Sisteminin ve Teletip Sisteminin kurulmasi kararlasmistir (6). 2019 yılında saglik bakanligi tarafından yayınlanan genelgede radyolojik tetkiklere internet ortaminda kesintisiz ulasilabilmesine, bu görüntülerin raporlanabilmesine, radyologlar arasi telekonsultasyon yapilabilmesine, görüntü ve raporlari kalite acisindan degerlendirilebilmesine, e-Nabiz uygulaması üzerinden vatandas ve hekimler ile paylasilabilmesine olanak saglayan teletip ve tele-radyoloji sisteminin gelistirildigi belirtilmistir (7). COVID-19 pandemisi ile birlikte Dr. e-Nabiz Telesaglik Projesi baslatilmistir. Proje kapsaminda Koronavirüs hastalari ve vatandaslar, izolasyon yerlerini terk etmeden MHRS üzerinden görüntülü muayene randevusu alabilmektedir. Bu kapsamda proje dört ildeki hastanelerde pilot olarak uygulamaya konulmustur. Samsun’da ise aile sagligi merkezlerinde uygulamaya konulmustur. Dr. e-Nabiz sisteminin kısa süre içinde tüm Türkiye’de yayginlastirilmasi planlanmistir (8).

Tıp alanındaki teknolojik gelismeler ve COVID-19 pandemisi ile birlikte telesaglik uygulamalari

da giderek artmaktadır. Ancak yapılan bir çalışma tıp fakültesi öğrencilerinin mezun olduklarında teletıp ile ilgili hazırlıksız olduklarını ve teletıp hakkında eğitime ihtiyaçlarının olduğunu göstermektedir (9). Boyers ve ark. yaptığı araştırmada lisans tıp eğitimleri sırasındaki teletıp deneyiminin, tıp öğrencilerinin teletıpın hasta bakımı, tıp bilgisi ve uygulamaya dayalı öğrenmede temel yetkinliklerinin gelişimine katkıda bulunduğunu belirtmiştir. Ayrıca bu yararların, lisansüstü tıp eğitimi ile karşılaştırıldığında, lisans tıp eğitimi sırasında teletıp deneyimi gerçekleştirildiğinde daha güçlü olma eğiliminde olduğu bulunmuştur (10).

ABD’de Kong ve ark. tarafından yapılan araştırmada öğrencilerin %17,4’ünün teletıp deneyimi olduğu bulunmuştur (11). Çin’de Chen ve ark. tarafından teletıp farkındalık ve kullanımının incelendiği araştırmada tıp fakültesi öğrencilerinde kronik hastalık yönetimi uygulamasında kullanımı %17,0 ve sanal visit kullanımı %11,0 olarak bulunmuştur (12).

Telesaglık uygulamalarının artmaya devam etmesi bu uygulamaların gelecekteki kullanıcıları olan tıp fakültesi öğrencileri için önemini artırmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin telesaglık hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem

1. Araştırma popülasyonu

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi’inde eğitimine devam eden 1586 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil edilen öğrenciler kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Gönüllük esasına dayanan bu çalışmada veri formunun başlangıcında ‘Çalışmaya katılmak istiyor musunuz?’ sorusu sorulmuştur. Evet cevabı vererek çalışmaya katılmak için gönüllü olan ve formu eksiksiz tamamlayan 603 tıp fakültesi öğrencisi araştırmaya dahil edilmiştir.

2. Veri toplama

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Veri toplama 14.02.2022- 04.03.2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada kullanılan anket formu 2 bölümden oluşmaktadır.

2.1.Sosyodemografik ve kişisel özellikler: Bu bölümde yaş, cinsiyet, eğitime devam edilen sınıf, hanenin toplam aylık geliri, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, internete bağlanma özelliği olan kullanılan teknolojik ürünler, akıllı bileklik veya saat kullanımı sorgulanmıştır.

2.2.Telesaglık bilgi ve tutumları: Telesaglık teriminin daha önce duyulması, teleradyoloji, telepsikiyatri, teledermatoloji, telenöroloji gibi telesaglık alanlarında hangi yöntemlerin kullanıldığı, hangi telesaglık alanlarının bilindiği, ülkemizde uygulanan e-sağlık hizmetlerinden hangilerinin bilindiği, telesaglık bilgi düzeyinin 1-10 arasında kaç olarak değerlendirildiği

sorgulanmıştır. Telesağlık uygulamalarının hangi alanlarda kullanılabileceği, telesağlık uygulamalarının hangi gruplarda kullanılmasının daha faydalı olacağı, daha önce blok zinciri (blockchain) teknolojisinin duyulması, blok zinciri teknolojisinin kullanılmasının telesağlık uygulamalarına faydalı olup olmayacağı, blok zinciri teknolojisinin kullanılmasının telesağlık uygulamalarına hangi faydaları sağlayabileceği, tıp eğitiminde klinik uygulamalar sırasında telesağlık deneyimi varlığı, tıp eğitiminde telesağlığa yer verilmesi gerekip gerekmediği, tıp fakültesini bitirdikten sonra klinik uygulamalarda telesağlık kullanma düşüncesi sorgulanmıştır.

Telesağlığa yönelik tutumlarla ilgili kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum şeklinde cevapları olan “konumdan bağımsız sağlık hizmetleri sunabilir, sağlık maliyetlerini azaltabilir gb.” olumlu yönleri ile ilgili 12 önerme ve “teknik sorunlar nedeniyle görüşme kalitesi düşük olabilir, hasta hekim ilişkisinde bozulmaya neden olabilir gb.” riskleri hakkındaki 9 önermeden oluşan telesağlık tutum anketi literatür taraması sonucu araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Olumlu önermeler kesinlikle katılıyorum;4, katılıyorum;3, kararsızım;2, katılmıyorum;1 ve kesinlikle katılmıyorum;0 şeklinde ve riskleri hakkındaki önermeler tam tersi şekilde puanlanmıştır. Alınabilecek toplam puan 0-84 arasındadır ve toplam puan arttıkça telesağlık hakkındaki olumlu tutum artmaktadır.

3. Verilerin analizi

İstatistiksel analizler SPSS 26.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. 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 Kruskal 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 (13.01.2022 tarihli ve 24237859-35 sayılı) ve KTÜ Tıp Fakültesi Dekanlığından (09.12.2021 tarihli ve 72699152-929-24101 sayılı) izin alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin telesağlık tutum anketi puan ortalaması $46,7 \pm 9,4$ (9,0-79,0) olarak hesaplanmıştır.

Öğrencilerin yaş ortalaması $21,74 \pm 2,33$ (18,0-35,0), 320'si (%53,0) kadındır. Kadınların ve erkeklerin telesağlık tutum anketi puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0,665$). Preklinik dönemdeki öğrencilerin tutum anketi puanları klinik dönemdeki öğrencilerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,018$) (Tablo 1).

Tablo 1: Öğrencilerin sosyodemografik ve kişisel özellikleri ile tutum anketi puanlarının karşılaştırılması

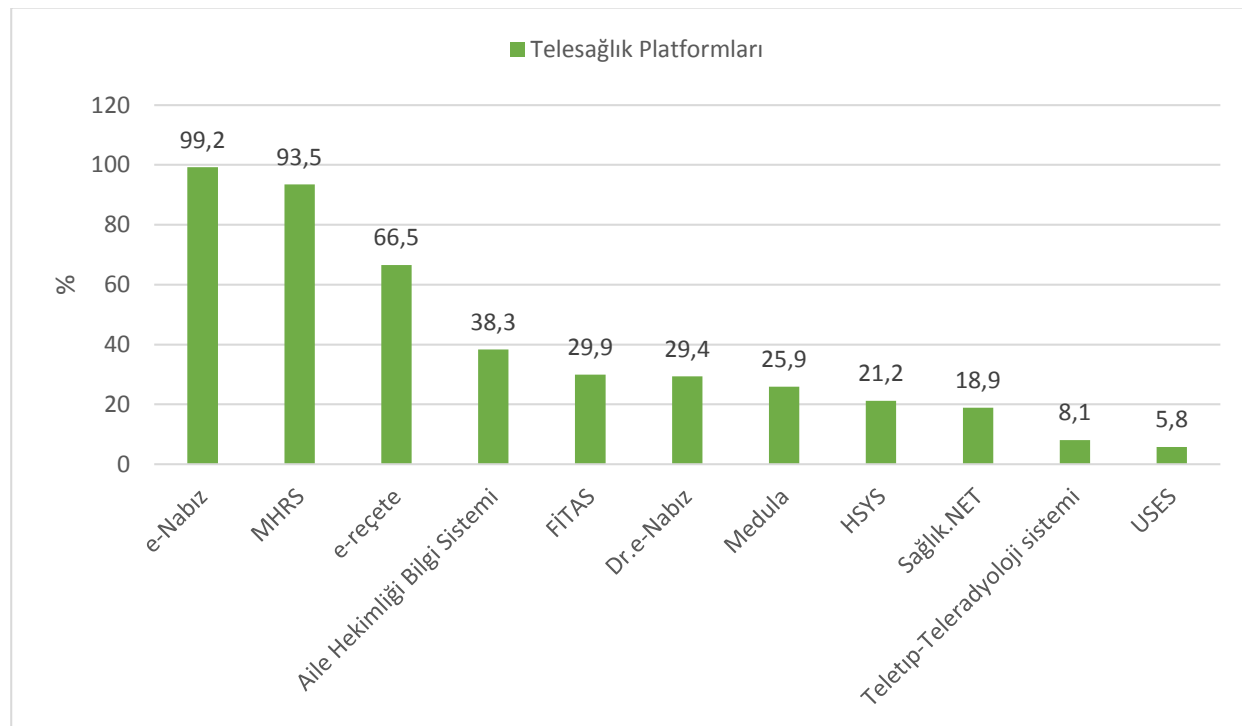
Özellikler	n	%	Telesağlık Tutum Anketi Puanları		
			Median	Min.-Maks.	p değeri
Cinsiyet					
Kadın	320	53,0	46,0	18,0-79,0	0,665
Erkek	283	46,9	46,0	9,0-75,0	
Sınıf					
1.sınıf	186	30,8	47,0	18,0-72,0	0,018
2.sınıf	60	9,9			
3.sınıf	60	9,9			
4.sınıf	93	15,4	45,0	9,0-79,0	
5.sınıf	103	17,1			
6.sınıf	101	16,8			
Aylık gelir	Ort.± SS	Min.-Maks.			
	9257,4 ± 6622,2	200-65000			
<8000			46,0	9,0-79,0	0,099
8000 ve üstü			47,0	18,0-75,0	
Kronik hastalık durumu	n	%			
Evet	79	13,1	48,0	18,0-79,0	0,798
Hayır	524	86,9	46,0	9,0-75,0	
Düzenli ilaç kullanımı					
Evet	83	13,8	46,0	9,0-75,0	0,416
Hayır	520	86,2	46,0	21,0-79,0	
Akıllı bileklik/ saat kullanım					
Evet	102	16,9	47,0	9,0-72,0	0,539
Hayır	501	83,1	46,0	10,0-79,0	

Öğrencilerin 79'unun (%13,1) kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı bulunan öğrencilerin 16'sında (%20,3) kronik akciğer hastalığı, 13'ünde (%16,5) psikiyatrik hastalıklar, 8'inde (%10,1) jinekolojik hastalıklar, 7'sinde (%8,9) kas iskelet sistemi hastalıkları, 6'sında (%7,6) kardiyovasküler sistem hastalıkları, 6'sında (%7,6) endokrin sistem hastalıkları, 4'ünde (%5,1) dermatolojik hastalıklar, 4'ünde (%5,1) obezite, 4'ünde (%5,1) sindirim sistemi hastalıkları, 3'ünde (%3,8) nörolojik hastalıklar, 3'ünde (%3,8) bağışıklık sistemi hastalıkları, 3'ünde (%3,8) diyabet, 7'sinde (%8,9) diğer hastalıklar bulunmaktadır.

Öğrencilerin 170'i (%28,2) teleradyoloji, 216'sı (%35,8) telepsikiyatri, 132'si (%21,9) teledermatoloji, 142'si (%23,5) tele kardiyoloji, 132'si (%21,9) telepatoloji, 133'ü (%22,1) telefarma, 125'i (%20,7) telenöroloji, 109'u (%18,1) teleoftalmoloji, 157'si (%26,0) telerehabilitasyon, 107'si (%17,7) telecerrahi, 181'i (%30,0) telebeslenme ve 134'ü (%22,2) tele hemşirelik alanında kullanılan yöntemlerden en az birini bilmektedir. Öğrencilerin telesağlık alanında kullanımını bildiği yöntemler Tablo 2' de sunulmuştur. Öğrenciler ülkemizde kullanılan telesağlık platformlarından %99,2'si e-Nabız' ı, %93,5'i MHRs' yi, %66,5'i e-reçete sistemini bildiğini belirtmiştir (Şekil 2).

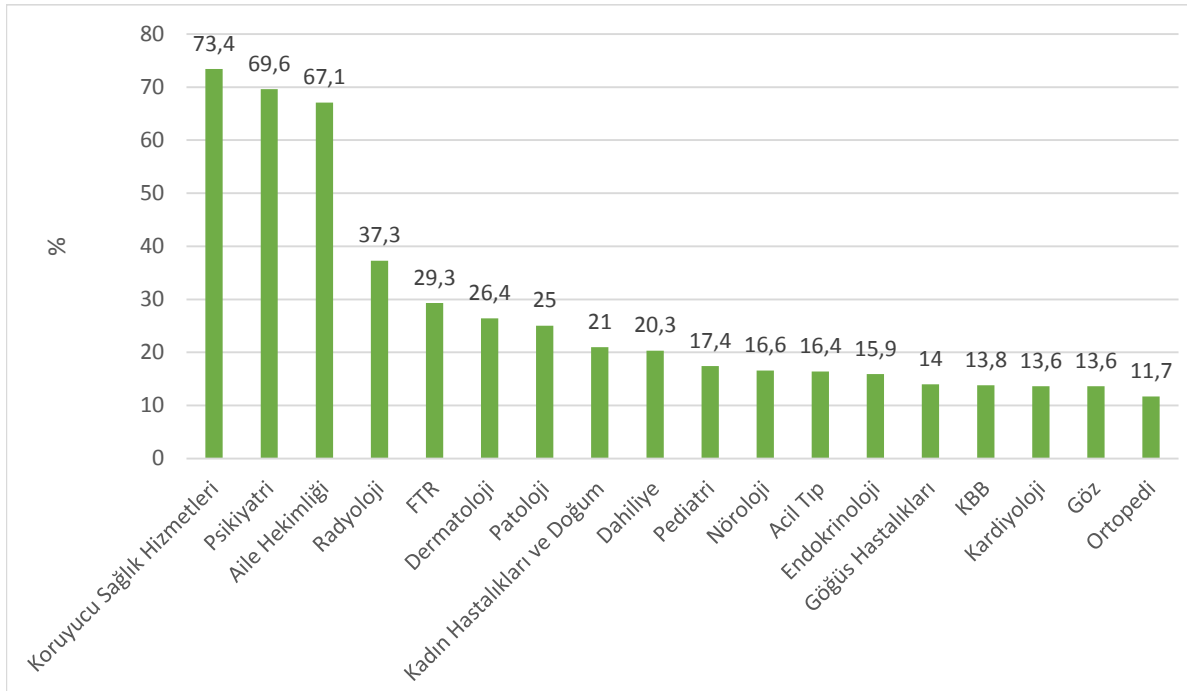
Tablo 2: Öğrencilerin telesağlık alanlarında kullanımını bildiği yöntemler

	Uzaktan hasta izlemi	Hasta ile eş zamanlı video-konferans	Hasta ile eş zamanlı sesli iletişim	Verilerin depolanıp -iletilmesi	Sağlık personelleri arasında konsültasyon	Triyaj	Mobil sağlık	Uzaktan sağlık eğitimi
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Teleradyoloji	39 (22,9)	24 (14,1)	23 (13,5)	91 (53,5)	87 (51,2)	11 (6,5)	52 (30,6)	30 (17,6)
Telepsikiyatri	87 (40,3)	156 (72,2)	138 (63,9)	60 (27,8)	41 (19,0)	6 (2,8)	35 (16,2)	58 (26,9)
Teledermatoloji	39 (29,5)	48 (36,4)	38 (28,8)	47 (35,6)	51 (38,6)	10 (7,6)	25 (18,9)	28 (21,2)
Telekardiyoloji	52 (36,6)	36 (25,4)	33 (23,2)	64 (45,1)	65 (45,8)	19 (13,4)	31 (21,8)	25 (17,6)
Telepatoloji	24 (18,2)	21 (15,9)	20 (15,2)	68 (51,5)	69 (52,3)	7 (5,3)	22 (16,7)	25 (18,9)
Telefarma	37 (27,8)	26 (19,5)	25 (18,8)	60 (45,1)	57 (42,9)	7 (5,3)	31 (23,3)	36 (27,1)
Telenöroloji	37 (29,6)	38 (30,4)	35 (28,0)	50 (40,0)	54 (43,2)	13 (10,4)	28 (22,4)	25 (20,0)
Teleoftalmoloji	20 (18,3)	23 (21,1)	24 (22,0)	44 (40,4)	49 (45,0)	10 (9,2)	25 (22,9)	25 (22,9)
Telerehabilitasyon	61 (38,9)	80 (51,0)	66 (42,0)	49 (31,2)	43 (27,4)	11 (7,0)	38 (24,2)	47 (29,9)
Telecerrahi	22 (20,6)	21 (19,6)	15 (14,0)	45 (42,1)	57 (53,3)	12 (11,2)	21 (19,6)	25 (23,4)
Telebeslenme	88 (48,6)	92 (50,8)	90 (49,7)	61 (33,7)	41 (22,7)	7 (3,9)	56 (30,9)	80 (44,2)
Tele-hemşirelik	56 (41,8)	35 (26,1)	42 (31,3)	43 (32,1)	41 (30,6)	25 (18,7)	27 (20,1)	40 (29,9)



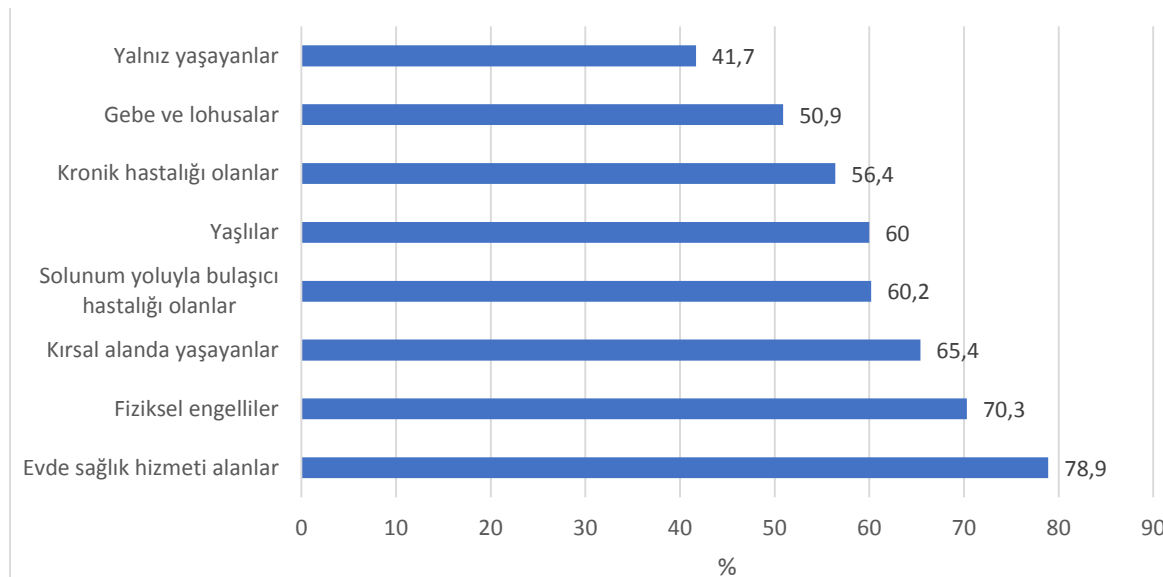
Şekil 2: Öğrencilerin ülkemizde kullanımını bildiği telesağlık platformları

Öğrencilerin 523'ü (%86,7) aşağıda belirtilen branşlardan en az birinde tele sağlık uygulamalarının kullanılabileceğini belirtmiştir. Kullanılabileceğini düşünen öğrencilerin %73,4'ü koruyucu sağlık hizmetlerinde, %69,6'sı psikiyatri branşında tele sağlık uygulamalarının kullanılabileceğini belirtmiştir (Şekil 3).



Şekil 3: Telesahlık uygulamalarının kullanılabileceği branşlar (n=523)

Öğrencilerin 532'si (%88,2) aşağıda belirtilen kişilerden en az birinde tele sağlık uygulamalarının kullanılmasının faydalı olacağını belirtmiştir. Telesahlık uygulamalarının kullanılmasının faydalı olacağını düşünen öğrencilerin %78,9'u evde sağlık hizmeti alanlarda, %70,3'ü fiziksel engelli kişilerde faydalı olacağını belirtmiştir (Şekil 4).



Şekil 4: Telesahlık uygulamalarının faydalı olacağı düşünülen kişiler (n=532)

Öğrenciler tarafından 1-10 arasında belirtilen algılanan telesağlık bilgi düzeyi ortalama $1,9 \pm 1,4$ (1,0-10,0)'tür. Blok zinciri teknolojisini duyan öğrencilerin 95'i (%57,6) blok zinciri teknolojisinin telesağlık alanında kullanılmasının faydalı olacağını belirtmiştir. Blok zinciri teknolojisinin telesağlık alanında kullanılmasının faydalı olacağını düşünen öğrencilerin 209'u (%80,4) güvenli veri paylaşımını, 206'sı (%79,2) veri gizliliğini, 171'i (%65,8) hastaların kendi sağlık kayıtlarına erişim kuralları koyabilmesini, 155'i (%59,6) sağlık kayıtlarının birden fazla yerde saklanmasını, 154'ü (%59,2) geçmiş sağlık kayıtlarının değiştirilememesini, 179'u (%68,8) uzaktan sağlık hizmetlerinin izlenebilmesini, 175'i (%67,3) sağlık kayıtlarının hızlı paylaşımını sağlayarak telesağlık alanında faydalı olacağını belirtmiştir. Blok zinciri teknolojisinin telesağlık alanında kullanılmasının faydalı olması hakkında evet cevabını veren öğrencilerin tutum puanları hayır/fikrim yok cevabını veren öğrencilerin puanından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 3). Öğrencilerin 487'si (%80,8) isteğe bağlı olarak, 33'ü (%5,5) zorunlu olarak tıp fakültesi eğitiminde telesağlık eğitiminin yer alması gerektiğini belirtmiştir.

Tablo 3: Öğrencilerin telesağlık ve blok zinciri teknolojisi bilgileri ile telesağlık tutum anketi puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	n	%	Telesağlık Tutum Anketi Puanları		
			Median	Min.-Maks.	p değeri
Telesağlık terimini duyma					
Evet	144	23,9	46,0	10,0-73,0	0,436
Hayır	459	76,1	46,0	9,0-79,0	
Blok zinciri teknolojisini duyma					
Hayır	438	72,6	46,0	9,0-72,0	0,524
Evet	165	27,4	46,0	10,0-79,0	
Blok zinciri teknolojisinin sağlık alanında faydalı olması (n=165)					
Evet	95	57,6	48,0	18,0-71,0	0,029
Hayır	11	6,7	44,0	9,0-72,0	
Fikrim yok	59	35,8			
Tıp eğitiminde telesağlık deneyimi					
Evet	66	10,9	48,0	10,0-73,0	0,170
Hayır	537	89,1	46,0	9,0-79,0	
Tıp fakültesi sonrasında telesağlığı kullanma düşüncesi					
Hayır	79	13,1	41,0	9,0-75,0 ^a	<0,001
Kararsızım	368	61,0	46,0	10,0-72,0 ^b	
Evet	156	25,9	50,0	18,0-79,0 ^c	

Sonuç Ve Öneriler

Bu çalışma, tıp fakültesi öğrencilerinin tele sağlık hakkında bilgisinin sınırlı olduğunu, tıp fakültesi eğitimi sırasında öğrencilerin tamamına yakınında tele sağlık deneyiminin olmadığını göstermektedir. Öğrencilerin preklinik dönemde olması, blok zinciri teknolojisinin tele sağlık alanında faydalı olacağı düşüncesi tele sağlık hakkındaki tutumlarına etkili olmuştur. Öğrencilerin tele sağlık tutumlarının, klinik uygulamalarda tele sağlık kullanımının önemli bir belirleyicisi olacağı düşünülmüştür. Gelişen tele sağlık alanına tıp fakültesi öğrencilerinin hazır olmasını sağlamak için tıp fakültelerinde tele sağlık eğitime yer verilmesi faydalı olacaktır.

Kaynaklar

1. WHO. Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2) [Internet]. 2010. Available from: https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
2. Wijesooriya NR, Mishra V, Brand PLPB, Rubin BK. COVID-19 and telehealth, education, and research adaptations. 2020;35(January):38-42.
3. World Health Organization. Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable. [Internet]. Report of the third global survey on eHealth. 2016. 160 p. Available from: http://who.int/goe/publications/global_diffusion/en/
4. Telehealth: Defining 21st Century Care [Internet]. Available from: <https://www.americantelemed.org/resource/why-telemedicine/>
5. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı. 2004;(Ocak).
6. Stratej T. Bilgi Toplumu Eylem Planı 2006-2010. 2010;
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Teletıp ve Teleradyoloji Sistemi Genelge 2019/16. 2019. p. 1-2.
8. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. Dr. e-Nabız Muayeneye Başladı [Internet]. 2021. Available from: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,77430/dr-e-nabiz-muayeneye-basladi.html>
9. Waseh S, Dicker AP. Telemedicine training in undergraduate medical education: Mixed-methods review. JMIR Med Educ. 2019;5(1):1-9.
10. Boyers LN, Schultz A, Baceviciene R, Blaney S, Marvi N, Dellavalle RP, et al. Tele dermatology as an educational tool for teaching dermatology to residents and medical students. Telemed e-Health. 2015;21(4):312-4.
11. Kong SS, Azarfar A, Ashour A, Atkins C, Bhanusali N. Awareness and Attitudes Towards Telemedicine Among Medical Students in the United States. Cureus. 2020;12(11).
12. Chen P, Xiao L, Gou Z, Xiang L, Zhang X, Feng P. Telehealth attitudes and use among medical professionals, medical students and patients in China: A cross-sectional survey. Int J Med Inform [Internet]. 2017;108(February):13-21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.09.009>

13. Kazmi S, Yasmin F, Siddiqui SA, Shah M, Tariq R, Nauman H, et al. Nationwide assessment of knowledge and perception in reinforcing telemedicine in the age of COVID-19 among medical students from Pakistan. *Front Public Heal*. 2022;10(March):1–8.
14. Dey I, Bhattacharya S. Knowledge and perception of telemedicine among post graduate students of a tertiary hospital of West Bengal. *IOSR J Dent Med Sci* e-ISSN [Internet]. 2016;15(6):8–11. Available from: www.iosrjournals.org
15. Fernando J, Lindley J. Lessons learned from piloting mHealth informatics practice curriculum into a medical elective. *J Am Med Informatics Assoc*. 2018;25(4):380–4.
16. Wong CJ, Nath JB, Pincavage AT, Bird A, Oyler JL, Gill K, et al. Telehealth Attitudes, Training, and Preparedness Among First-Year Internal Medicine Residents in the COVID-19 Era. *Telemed e-Health*. 2021;00(00):1–8.
17. Ahmad RW, Salah K, Jayaraman R, Yaqoob I, Ellahham S, Omar M. The role of blockchain technology in telehealth and telemedicine. *Int J Med Inform*. 2021;148:104399.
18. Rouidi M, Elouadi A, Hamdoune A. Acceptance and use of telemedicine technology by health professionals: Development of a conceptual model. *Digit Heal*. 2022;8:1–9.
19. Gray AC, Steel A, Adams J. Learning technologies and health technologies in complementary medicine clinical work and education: Examination of the perspectives of academics and students in Australia and the United States. *Adv Integr Med* [Internet]. 2022;9(1):22–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2021.10.001>

KARDİOVASKÜLER HASTALIKLARIN TEDAVİSİ İÇİN UMUT VERİCİ DOĞAL AJANLAR OLARAK ESANSİYEL YAĞLAR

Sadettin Demirel¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye
sdemirel@uludag.edu.tr

Esansiyel yağlar, doğal bitkilerin farklı kısımlarından elde edilen uçucu bileşiklerdir ve tüm dünyada çeşitli sağlık problemlerini tedavi etmek için geleneksel tıpta kullanılmıştır. Kayıtlar, tarihte esansiyel yağlar açısından zengin bitkisel ilaçların, Osmanlı Devleti ve Çin gibi birçok ülkede kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanıldığını göstermektedir. Bu derleme, preklinik ve klinik çalışmalarda kardiyovasküler hastalıklara karşı bitkisel ilaç olarak kullanılan esansiyel yağların geleneksel uygulamasına ve modern farmakolojik mekanizmalarına odaklanmıştır.

Çalışma, esansiyel yağların antik çağlardan beri farklı ülke veya bölgelerde kardiyovasküler hastalıklarda önemli bir uygulamaya sahip olduğunu göstermiştir. Teknolojinin gelişimi ile birlikte birçok aromatik bitkideki esansiyel yağlar izole edilebilmiş ve tanımlanmıştır. Esansiyel yağların ve bileşenlerinin saflaştırılarak fizyolojik sistemler üzerindeki etkilerinin belirlenmesi, hastalıkların tedavisinde aromaterapinin potansiyelini göstermiş ve kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların geliştirilmesi için yeni fırsatlar sunmuştur. Esansiyel yağların kardiyovasküler hastalıklar üzerindeki rolleri, bu hastalıkların hücre içi kalsiyum yüklenmesi, oksidatif stres, inflamasyon, vasküler endotel hücre hasarı ve disfonksiyonu ve dislipidemi dahil olmak üzere karmaşık patolojik mekanizmaları hedeflenerek araştırılmıştır.

Bu çalışmada, esansiyel yağların kardiyovasküler hastalıkların geleneksel tedavisi ve klinik öncesi mekanizmasındaki rolü gözden geçirilmiştir. Geleneksel ilaçların önemli kaynakları olan esansiyel yağların fizyolojik ve farmakolojik etkinliği ile terapötik bir potansiyele sahip olduğu kapsamlı literatür raporları ile doğrulanmıştır.

Kaynaklar

1. Demirel S. Geraniol and β -citronellol participate in the vasorelaxant effects of Rosa damascena Miller essential oil on the rat thoracic aorta. *Fitoterapia*. 2022 Sep;161:105243. doi: 10.1016/j.fitote.2022.105243. Epub 2022 Jun 18. PMID: 35728707.
2. Demirel S. Rosa damascena Miller essential oil relaxes rat thoracic aorta through the NO-cGMP-dependent pathway. *Prostaglandins Other Lipid Mediat*. 2022 Oct;162:106661. doi: 10.1016/j.prostaglandins.2022.106661. Epub 2022 Jun 21. PMID: 35750298.
3. Demirel S. Rosa damascena Miller essential oil relaxes rat trachea via KV channels, KATP channels, and BKCa channels. *Prostaglandins Other Lipid Mediat*. 2022 Sep 14:106673. doi: 10.1016/j.prostaglandins.2022.106673. Epub ahead of print. PMID: 36115499.

Anahtar Kelimeler: Kardiyoovasküler hastalık; esansiyel yağ; fizyoloji; farmakoloji

KARIN AĞRISI İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN ÇOCUKLARDA BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ BULGULARI-TEK MERKEZ DENEYİMİ

Engin Beydoğan¹, Derya Bako²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Van Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Van, Türkiye

²T.C. Sağlık Bakanlığı, Van Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Radyolojisi Bölümü, Van, Türkiye

dr_beydogan@hotmail.com

Günümüze dek gerçekleştirilen çoğu çalışma; acil servise karın ağrısı ile başvuran çocuklarda ultrasonografi ile tespit edilen ya da atlanan patolojiler ve cerrahi sonuçları üzerine yoğunlaşmıştır. Oysa ki kendi tıbbi pratiğimizde sıklıkla anlamlandıramadığımız ve ciddi miktarda fazla olduğunu düşündüğümüz batın BT incelemeleri ile karşılaşmaktayız. Bu durum, kurum bağımlı olabilmekle birlikte; çoğu hastanede benzer bir yaklaşım tercih edildiğini düşünmekteyiz. Dolayısıyla çalışmamızda; önceki çalışmalardan farklı olarak acil servise karın ağrısı ile başvuran ve bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi gerçekleştirilen çocukların kaçında gerçekten cerrahi patoloji tespit edildiğini (dolayısıyla kaçında BT nin gerçekten zorunlu olduğunu), öncesinde direkt grafi ya da ultrasonografi incelemelerine başvurulup vurulmadığını, hastaneye ilk başvuru anı ile BT çekimi arasında ne kadar süre geçtiğini değerlendirmeyi amaçladık.

1 Haziran-30 Kasım 2019 tarihleri arasında Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne karın ağrısı ile başvuran ve kontrastlı abdomen-pelvis BT incelemesi gerçekleştirilen 0-16 yaş aralığındaki olgular retrospektif olarak tarandı. Karın ağrısı varlığını ifade edemeyecek ve tanı sürecinde ciddi zorluğa yol açabilecek 0-2 yaş olgular, ağır mental retarde hastalar, ilk başvuruyu farklı bir merkeze yaptıktan sonra ileri inceleme için hastanemize sevk edilmiş olgular, bilinen malignite hastaları, kronik hastalıkları olan olgular, daha önce toraks ve batın cerrahisi geçiren olgular, yakın zamanlı düşük ya da yüksek hızlı travma öyküsü olan olgular çalışma dışı bırakıldı. Olguların BT incelemeleri deneyimli iki radyolog tarafından tekrar değerlendirildi. Olguların hastaneye başvurusu ile BT incelemesi arasında geçen süreleri değerlendirildi; söz konusu süreler 0-4 saat, 4-8 saat; 8-12 saat, 12-16 saat ve 16-20 saat olarak sınıflandırıldı. USG bulguları sonuç raporları üzerinden değerlendirildi, incelemeler 10 farklı radyolog tarafından gerçekleştirilmişti. Olguların direkt grafi kayıtlarına hastanenin PACS sistemi üzerinden ulaşıldı. Direkt grafi değerlendirilmedi, sadece mevcut olup olmadığı kayıt altına alındı.

6 aylık süreçte karın ağrısı ile acil servise başvuran 0-16 yaş grubunda toplam 162 olguya abdomen pelvis BT incelemesi gerçekleştirilmişti. 0-2 yaş aralığındaki 10 olgu, bilinen hidrosefali nedeniyle şanti olan 2 olgu ve görüntüleri ileri derecede hareketli olan 3 olgu çalışma dışı bırakıldı. İstatistiksel değerlendirmeye 148 olgu dahil edildi. Tüm olgularda ilk görüntülemi yöntemi olarak direkt grafiye (supin pozisyonda) başvurulmuştu. 126 olgu (%85.1) BT incelemesi öncesinde USG ile

değerlendirilirken, 22 (%14.9) olguya direkt grafiyi takiben doğrudan BT incelemesi gerçekleştirilmiştir. 126 hastanın 88 (%69.8) inde ultrasonografik değerlendirmede herhangi bir patoloji saptanmazken, 38 (%30.2) hastada normalden farklı bir ya da birkaç sonografik bulgu mevcuttu. 147 olgunun 28'inde (%18.9) cerrahi girişime gerek duyulmuştur. Cerrahiye alınan ve cerrahi sonucuna göre yanlış pozitif olan hasta tespit edilmemiştir. Ultrasonografik değerlendirmede herhangi bir pozitif bulgunun (acil cerrahi gerektiren ya da gerektirmeyen) bilgisayarlı tomografik değerlendirmedeki pozitif bulguların yakalamasına yönelik yapılan belirleyicilik değerlendirmesinde; ROC eğrisi altında kalan alan 0.759 ± 0.05 (%95 güven aralığı 0.670 – 0.848) olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (Grafik 2). Bilgisayarlı tomografide pozitif bulguyu saptama açısından ultrasonografik değerlendirmenin duyarlılığı %58.9, özgünlüğü %92.9, pozitif prediktif değeri %86.4 ve negatif prediktif değeri %73.9 olarak hesaplanmıştır. Ultrasonografik değerlendirmede herhangi bir patolojinin saptanmadığı toplam 88 hastanın 10 unda (%11.4) akut appendisit (komplike ve non komplike) yani cerrahi bir aciliyet tespit edilmiştir.

BT çekim saatleri göz önüne alındığında çoğu hastanın ($n = 135$, %91.2) BT değerlendirmesinin acil servise başvurunun ilk dört saati içerisinde gerçekleştirildiği (0-4. saat) saptanmıştır.

Bölgenin en büyük hastanelerinden biri olarak hizmet veren bir kurumda (karın ağrısının çocuklarda en sık acil servis başvuru nedenlerinden biri olduğu da dikkate alındığında), 6 aylık süreçte karın ağrısı ile başvuran sadece 147 çocuk olguya abdomen pelvis BT incelemesi yapılmış olması genel olarak yüz güldürücüdür. Bu durum, çocuk acil servisinin, pediatri uzmanları ile yönetilmesi ve sıklıkla BT incelemesi öncesinde destekleyici laboratuvar testlerine başvurulması ile açıklanabilir. Diğer yandan olguların yaklaşık %81 i gereksiz yere yüksek doz iyonizan radyasyona maruz kalmıştır. Her ne kadar çocuklar için doz azaltma protokolleri geliştirilmiş ve kullanılmakta ise de; çocuklarda BT ilişkili kanser gelişiminin erişkine kıyasla 10-15 kat fazla olabileceği bildirildiğinden bu durum göz ardı edilmemelidir. Diğer yandan USG incelemesi kişi bağımlı bir yöntemdir, nitekim ultrasonografi 10 olguda akut appendisiti görüntüleyememiştir ve arada kalınan bu gibi olgularda tanı açısından ne yazık ki BT elzem hale gelmiştir.

Her ne kadar karın ağrısı ile acil servise gelen çocuk olguya yaklaşımda genel kabul görmüş algoritmalar olsa da; görüntülme yöntemleri doğrultusundaki yaklaşım ilk değerlendirmeyi yapan hekimin tıbbi pratiği, genel yaklaşımı, bölgenin sosyoekonomik statüsü, görüntüleme yöntemlerine ulaşılabilirlik ve radyoloğun tecrübesi ile ilişkilidir. Her ne kadar BT hızlı ve doğru tanıya imkan sunsa da, iyonizan radyasyon içermesi nedeniyle çocuklarda beklenen uzun yaşam süresi ve BT ilişkili kanser gelişme ihtimali hiçbir koşulda göz ardı edilmemelidir; bu olasılığı en aza indirmek için klinisyen ve radyolog birlikte hareket etmeli ve görüş alışverişinde bulunmalıdır.

KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE ON BREAST SELF-EXAMINATION AMONG FEMALES IN ADDIS ABABA, ETHIOPIA

Elham Murad Ridwan¹, Nimetcan Mehmet², Egemen Ünal², Salih Mollahaliloğlu²

¹ Ankara Yildirim Beyazıt University, Public Health Institute Department of Health Policy and Global Health, Ankara, Turkey

² Ankara Yildirim Beyazıt University, Public Health Institute, Faculty of Medicine, Ankara, Turkey

elhammurad90@gmail.com

Breast self-examination (BSE) is recommended by world health organizations for resource-limited countries for the early detection and management of breast cancer. This study will assess the knowledge attitude, and practice of breast self-examination among adult females living in Addis Ababa.

A community-based cross-sectional study was conducted in March 2022 among adult females in Addis Ababa. Structured questionnaires were entered into Google form and then shared using different social media, 302 participants were obtained. IBM SPSS version 26 was used for analysis. The total score for knowledge and attitude was 18 and 5 respectively, those who scored above average were considered as having good knowledge and attitude.

(60.6%) of participants were between the age of twenty and forty, and 62.2% of respondents completed either a diploma or BSC degree. knowledge of the respondents about breast cancer was significantly different by religion ($p<0.001$), educational level ($p<0.001$), and profession ($p<0.001$). Those who perform BSE were having good knowledge about breast cancer compared with those who did not perform. Socio-demographic characteristics of participants were not significantly related to the attitude towards breast cancer. BSE showed a significant association with educational level and profession.

(22.6%) of participants had good knowledge regarding BSE, the majority of respondents had knowledge about signs and symptoms but the least of respondents had knowledge about the risk factor of breast cancer. (69.9%) had a good attitude toward BSE, 48.7% of respondents had performed BSE in the previous year among them 19.46% practiced monthly, major reason for not performing BSE was a lack of technique to perform

KOAGÜLASYON LABORATUVARINDA İZİN VERİLEN TOPLAM HATA ORANLARI VE ALTI-SİGMA YÖNTEMİYLE TEST PERFORMANSLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ramazan KOCABAŞ¹

¹Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Konya/ TÜRKİYE

Giriş – Amaç

Kanın akışkanlığı ve pıhtılaşması arasındaki hassas dengeyi yani hemostazın bozulması, tromboza ve/veya aşırı kanamaya sebep olabilir. Hemostaz bozuklukları, morbidite ve mortalitenin önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Hemostaz sisteminin değerlendirilmesi ve bu sistemle ilgili klinik durumların yönetiminde; Protrombin Zamanı (PT), Aktif Parsiyel Tromboplastin Zamanı (APTT) ve Fibrinojen düzeyleri gibi bir kısım testler sıklıkla kullanılmaktadırlar. Bu testlerin her biri pıhtılaşma sisteminin bir bölümünün işlevini değerlendirir ve koagülopatiye yaklaşımda önemli yer tutar. Koagülopatinin düzeltilmesine yönelik klinik karar aşamalarında ve antikoagülasyon başta olmak üzere tedavinin takibinde kesin ve doğru yani güvenilir test sonuçlarına ihtiyaç vardır. Sonuç güvenliği, klinik laboratuvarların temel hedefidir ve kaliteyi belirleyen en önemli kriterlerdir.

Test analizlerindeki kaliteyi ortaya koymada ve analitik süreç performansını değerlendirmede, iç ve dış kalite kontrol programları yanında 6 sigma metodu da günümüzde sıklıkla kullanılan bir kalite yönetim stratejisi haline gelmiştir. Farklı cihazlar ve metotların kullanımından, biyolojik varyasyonlara varıncaya kadar birçok nedenden dolayı laboratuvarlar arasında sonuç farklılıkları bulunur, fakat bunların kabul edilebilir oranlarda olması gerekir. Laboratuvarlar arası sonuç değişkenliğini kontrol etmek, analiz sisteminin doğru çalışıp çalışmadığını ve hasta test sonuçlarının güvenilir olup olmadığının tespit edilmesi için CLIA (“Clinical Laboratory Improvement Amendments”) önerilerde bulunmakta ve birtakım kriterler belirlemektedir. Bu kriterlerin amacı; testin performansına uygun kalite kontrol prosedürlerinin seçilmesi ile hata tespitini en yüksek düzeye çıkarmak ve yanlış reddi azaltmaktır. Analitik performansın standardizasyonu ve cihaz, reaktif ve yöntem gibi değişkenlerden bağımsız sonuç harmonizasyonu için CLIA tarafından her teste ait İzin Verilen Toplam Hata (TEa) sınırları (kriterleri) belirlenmiştir[1].

TEa, test sonuçlarındaki doğruluk ve kesinliğin birlikte ifade edilmiş halidir; %Bias ve %CV’den (yüzde varyasyon katsayısı) hesaplanır. Bias, bir seri tekrar edilen ölçümden elde edilen ortalama değer ile beklenen gerçek değer ya da gerçek kabul edilen değer arasındaki farkı yani doğruluğu gösteren sistematik sapmadır ve sistematik hatayı gösterir. %Bias, genellikle dış kalite kontrol verilerinden elde edilmekle birlikte, referans metot karşılaştırmasından da elde edilebilir. %CV ise tekrarlayan ölçümlerdeki kesinlikten sapmayı ifade eder, tekrarlayan seri ölçümlerden veya farklı seviyelerdeki iç kalite kontrol örneklerinden elde edilen sonuçlardan hesaplanabilir. TEa; hem kesinlik hem doğruluk

için tek bir ölçümde ya da tek bir test sonucunda kabul edilebilir hata limitlerini belirleyen analitik kalite göstergesidir.

Sigma, bir dizi süreçteki varyasyon derecesinin bir göstergesi olan standart sapmanın istatistiksel bir ifadesidir. Altı Sigma, süreç iyileştirme için kullanılan popüler kalite yönetim sistemi araçlarından biridir. Laboratuvar analizlerinde sigma, analitik sürecin mükemmellikten ne kadar saptığını ölçer. Altı Sigma Ölçeği, tipik olarak 0'dan 6'ya kadar çalışır; en iyi veya "dünya standartlarında kaliteli" ürünler, Altı Sigma performans düzeyine sahiptir. Altı Sigma yöntemleri genellikle sürecin sonucunun ölçülebildiği durumlarda uygulanır. Koagülasyon testleri analizlerinde; TEa'ların hesaplanması, sigma metrikleri ile analitik süreç takibi ve kalite hedefi indeksleriyle uygun kalite kontrol prosedürlerinin belirlenmesi, laboratuvarların standardizasyonu ve üretilen sonuçların harmonizasyonu açısından gayet önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, laboratuvarımızda çalışılan koagülasyon testlerinin analitik süreç performanslarını, dış kalite kontrol verileri ve iç kalite kontrol üretici firma verileri kullanarak altı sigma yöntemi ile değerlendirmek ve kalite hedefi indeksleriyle uygun kalite kontrol prosedürlerini belirlemektir.

Gereç-Yöntem

Bu çalışmada, PT, APTT ve Fibrinojen testlerinin, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Biyokimya Laboratuvarı'nda 2022 yılı Ağustos-Eylül döneminde çalışılan iç kalite kontrol (İKK) sonuçları ve 2022 yılı dış kalite kontrol koagülasyon programının (Serocon, Türkiye) Ocak-Ağustos dönemlerine ait verileri kullanıldı. Laboratuvarımızda, test sonuçlarının güvenilirliğini sağlamak için sıkı kalite kontrol önlemleri uygulanmaktadır. Her test için günlük en az iki farklı kontrol seviyesi çalıştırılır ve hasta sonuçları rapor edilmeden önce sonuçlar kabul edilebilirlik açısından gözden geçirilir. Kalite kontrol istatistikleri, analitik belirsizliği izlemek için düzenli olarak takip edilmektedir.

İKK verileri, Cobas T511 (Roche) koagülasyon cihazından retrospektif olarak elde edildi. Değerlendirmeye alınan dönemin iç kalite kontrol çalışmalarında, normal düzeyler (Seviye-1) için Con-1 (Lot no: 571539), patolojik düzeyler (Seviye-2) için Con-2 (Lot no: 571728) ve Con-P (Lot no: 566380) kontrol plazmalarının kullanıldığı görüldü.

Analitik süreçlerde, rastgele veya sistematik hatalar görülebilir. Toplam hata; rastgele hatanın (belirsizlik) ve sistematik hatanın (yanlılık) toplamıdır. Belirsizlik, CV(%) ile temsil edilir, sistematik hata ise Bias(%) ile temsil edilir (elde edilen sonucun gerçek değere kıyasla yanlışlığı). Belirsizlik; $[\%CV=100 \times (\text{Standart sapma}) / (\text{Ortalama})]$ formülüyle, yanlılık ise $[\%Bias=100 \times (\text{Ölçülen değer} - \text{Grup ortalaması}) / (\text{Grup ortalaması})]$ formülüyle hesaplandı. Total %CV ise testlerin iki ayrı kontrol seviyelerindeki %CV'lerin kareleri toplamının karekökü alınarak hesaplandı. İzin verilen toplam hata (TAe) ise dış kalite kontrol verilerinden

hesaplanan %Bias ve iç kalite kontrollerin total %CV'si kullanılarak $[TAE(\%) = Bias(\%) + 1.65 \times CV(\%)]$ formülü ile hesaplandı.

Laboratuvar içi gözlemlenen toplam hata (TEo, %) oranları; her testin kontrol seviyelerine ait sonuçların %CV'leri ile üretici firmanın hedef kontrol değerlerine göre hesaplanan %Bias'lar $[\%Bias = 100 \times (\text{Ölçülen değer} - \text{Hedef değer}) / (\text{Hedef değer})]$ kullanılarak $[TEo(\%) = 2 \times CV(\%) + Bias(\%)]$ formülüyle hesaplandı[2].

Sigma metrikleri, $[SM(\sigma) = (TEa(\%) - |Bias(\%)|) / CV(\%)]$ formülüyle test ve kontrol düzeyi bazında hesaplandı. Sigma düzeyi ≥ 3 optimal performans olarak kabul edildi.

Kalite hedefi indeksi (QGI), hem yanlışlık (bias) hem de belirsizliğin (CV) ilgili kalite hedeflerine ulaşma derecesini temsil eder. QGI, düşük sigma metriğinin kesinlikten, doğruluktan ya da her ikisindeki sapmadan mı kaynaklandığını gösterir ve bu formül ile hesaplanır: $QGI = Bias(\%) / [1,5 \times CV(\%)]$. Cihazın test/kontrol seviyelerinde altı sigmanın altına düşen her seviye için QGI hesaplandı ve kalite iyileştirmeleri için öncelikli ölçütler belirlendi. QGI 0.8'den az olduğunda, CV nispeten büyüktü, bu da önceliğin belirsizliği iyileştirmek olduğunu gösteriyordu. QGI 1.2'den yüksek olduğunda, yanlışlık nispeten büyüktü, bu da önceliğin doğruluğu iyileştirmek olması gerektiğini gösteriyordu. 0.8 ile 1.2 arasında bir QGI, hem kesinliğin hem de doğruluğun aynı anda iyileştirilmesi gerektiğini önerdi.

Bulgular

PT, APTT ve Fibrinojen testlerinin izin verilen hata oranları (%TAE) ise sırayla %8.2, %7.2 ve %12.9 olarak bulundu (Tablo 1). Bütün testlerin TAE oranları CLIA kriterlerine uygundu [3]2022</style></year><pub-dates><date>July 11, 2022</date></pub-dates></dates><urls><related-urls><url><https://www.westgard.com/2019-clia-requirements.htm></url></related-urls></urls></record></Cite></EndNote>. Aylık test hacmi düşük olan Fibrinojen testi, diğerlerine göre daha yüksek TAE oranına sahipti. Testlerin normal (S-1) ve patolojik (S-2) kontrol düzeylerine ait gözlemlenen hata oranları (TEo), hem CLIA kriterlerinden hem de laboratuvarımız için hesaplanan TAE değerlerinden çok daha düşük bulundu (TEo<TAE).

Tablo 1: Koagülasyon testlerinin izin verilen total analitik hata oranları ve sigma metrikleri

Test	Bias (%)	Total CV (%)	TAe (%)	CLIA TAe (%)	İKK	Hedef Değer	Ölçülen Değer	CV (%)	Bias (%)	TEo (%)	SM (σ)
PT (INR)	6,2	1,2	8,2	15,0	S-1	0,99	0,98 ± 0,01 (n=44)	0,60	-0,3	1,5	13,1
(10630 test/ay)					S-2	2,94	2,95 ± 0,03 (n=45)	1,03	0,3	2,4	7,6
APTT (sn)	-5,6	0,9	7,2	15,0	S-1	26,4	25,2 ± 0,1 (n=46)	0,57	-4,5	5,7	4,6
(10106 test/ay)					S-2	48	46,3 ± 0,3 (n=46)	0,75	-3,5	5,0	4,9
Fibrinojen (mg/dL)	5,4	4,6	12,9	20,0	S-1	268	267 ± 10,2 (n=31)	3,83	-0,4	8,0	3,3
(565 test/ay)					S-2	125	122 ± 3 (n=34)	2,48	-2,4	7,4	4,2

CV= Varyasyon katsayısı, TAe= İzin verilen toplam hata, İKK= İç kalite kontrol, TEo= Gözlemlenen toplam hata, SM= Sigma metrik, QGI= Kalite hedefi indeksi, S-1= Normal kontrol, S-2= Patolojik kontrol

PT (INR) testinin normal ve patolojik düzeylere ait her iki cihazdaki sigma değerleri >6 olarak mükemmel bulundu ve kalite hedefi indeksi hesaplanması gerekmedi, Westgard 1_{3s} kuralını ile günlük iki seviyeli kontrollerden birer defa çalışma (1_{3s}: N=2/R=1) şeklinde iç kalite kontrol programı yeterli görüldü (Tablo 2).

APTT ve Fibrinojen testleri, 3 ile 6 arasında yeterli bir sigma performansı gösterdi. Genel olarak sigma değerleri bu iki testte 6'nın altında olduğu için QGI indeksleri hesaplandı. QGI indekslerine göre APTT'de yanlışlığın (doğruluğun), Fibrinojen'de ise belirsizliğin düzeltilmesi yönünde kalite hedeflerinin belirlenmesi gerektiği görüldü (Tablo 2).

Tablo 2: QGI indekslerine göre testler için uygun kalite kontrol prosedürleri

Test	İKK	SM (σ)	Uygun iç kalite kontrol prosedürü	QGI	Öncelikli Önlem
PT (INR)	S-1	13,1	1_{3s} : N=2/R=1	-	-
	S-2	7,6	1_{3s} : N=2/R=1	-	-
APTT (sn)	S-1	4,6	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}$: N=4/R=1 veya N=2/R=2	5,3	Yanlılık
	S-2	4,9	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}$: N=4/R=1 veya N=2/R=2	3,2	Yanlılık
Fibrinojen (mg/dL)	S-1	3,3	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_x$: N=4/R=2 veya N=2/R=4	0,1	Belirsizlik
	S-2	4,2	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}$: N=4/R=1 veya N=2/R=2	0,6	Belirsizlik

QGI= Kalite hedefi indeksi, S-1= Normal kontrol, S-2= Patolojik kontrol, N= Günlük çalışılacak kontrol seviyesi sayısı, R= Günlük çalışma sayısı

Sonuç

Altı Sigma Metodolojisi ile analitik kalite değerlendirme çalışmaları, tıbbi karar açısından önemli olan testlerde daha sık kullanılmaktadır. Laboratuvar test sonuçlarının klinik karar aşamalarında önemli yeri vardır. Bu yüzden laboratuvarın test performansı, güvenilir sonuçların üretilmesi açısından kritik önem taşımaktadır. Laboratuvar uygulamalarında sıfır hata beklendiği için altı sigma uygulaması bu hatasızlaştırma sürecinde önemli bir metodoloji olarak sunulmaktadır. Analitik süreçlerin altı sigma ölçekleriyle izlenmesi laboratuvarın güvenilirliğini ve verimliliğini artırırken hata oranlarını düşürür[4]. İç ve dış kalite kontrol programları ile analiz sistemleri günlük ve aylık olarak izlenmektedir. Altı sigma metrikleri, bu kalite kontrol programlarından gelen verileri harmanlayarak analitik süreçleri/performansı değerlendirmede önemli bir rol almaktadır.

Altı sigma yöntemiyle koagülasyon testlerinin performans değerlendirilmesi çalışmaları giderek artmaktadır. Yapılan çalışmalarda, CLIA kriterleri karşılanmakla beraber, birbirinden çok farklı yeterli ve/veya yetersiz sigma değerleri elde edilmiştir [5-7]. Bu çalışmanın sonuçları hem CLIA kriterlerini hem de yeterli sigma performanslarını karşılıyor görünmektedir. Her testin farklı yöntemlere göre farklı sigma metrikleri vardır [8]. Ayrıca; kullanılan iç ve dış kalite kontrol materyalleri, reaktif/kit stabilitesi, fiziksel koşullar, farklı otoanalizörler ve reaktiflerin kullanımı gibi birçok faktör sigma metriklerinin farklı çıkmasında büyük pay sahibidir. Çalışılan test hacminin de cihaz/test performansı üzerinde etkisi bulunur [9]. Fibrinojen testinin cihaz performans göstergesi olan sigma değerlerinin

kabul edilebilir düzeyde ancak diğer testlere göre daha düşük olması testin kendi doğasından veya aylık çalışılan sayının az olmasından kaynaklanmış olabilir. Az çalışılan testlerde reaktiflerin cihaz üzerinde kalma süreleri uzadığından stabilite önemli bir sorun haline gelir ve hata oranlarının artmasına sebep olabilir.

Çalışmamızda APTT testinin normal ve patolojik seviyelerdeki sigma performansı kabul edilebilir düzeydedir, üretici firma kontrol verilerinden hesaplanan TEo değeri de TEa'dan küçüktür, ancak hem dış kalite kontrol hem de iç kalite kontrol sonuçlarında negatif bias (yanlılık) görülmektedir. Bu yüzden, cihaz kalibrasyon ve bakımlarının (optik okuma ünitesi gibi) gözden geçirilerek sapmanın kaynağını tespit etmeye yönelik adımların atılması gerekmektedir. Fibrinojen testine ait performans verileri her ne kadar kabul edilebilir düzeyde olsa da diğer testlere göre belirsizliğin (yüksek %CV) bu testte yüksek olması, iç ve dış kalite kontrol sonuçlarındaki biasın birbirine zıt olması, belirsizliğin nedenlerini belirlemek ve düzeltmek için girişimlerde bulunmayı gerektirmektedir. PT testinin sigma performansı bu çalışmada mükemmel bulunmuştur, aynı lot (seri) numaralı kontrollerin kullanılmış olması lot değişimlerinden kaynaklanabilecek hata oranlarını düşürmüş olabilir.

Ayrıca, laboratuvar tıbbında, bias ölçüm yöntemlerinin laboratuvarlar arasında farklılık gösterdiği ve bazılarının hatalı olduğu, dolayısıyla sigma metriklerinin de güvenilir olmayabileceği unutulmamalıdır. Analitik süreçlerde sigma metriklerinin doğru uygulaması, cihazların gerçek performansını gösterir, hem üreticiyi hem de laboratuvarı korur[10].

Kişiselleştirilmiş kalite kontrol kuralları, bir analitin sigma metriğine göre geliştirilir. Örneğin, bir analitin analitik performansı altı sigmaya ulaşırsa, tek bir kural, 1_{3s} veya $1_{3.5s}$, dahili kalite kontrol olarak seçilebilir. Sonuç olarak, bu, yüksek hata tespitini korur, yanlış reddetme oranını azaltır ve analitik tespit yeteneklerinde sürekli iyileştirmeleri teşvik eder.

Ancak çalışmamızın sınırlılıkları da dikkate alınmayı hak etmektedir. Birincisi: Yanlılığı (bias, sapma) tahmin etmek genellikle zordur ve bias, sigma metriğini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu çalışmada, tek bir dış kalite kontrol programından elde edilen verilerle sapma hesaplandı. Sapmayı hesaplamak için ideal olan referans metotlarla hazırlanmış referans materyalleri kullanmaktır. Bu nedenle, çalışmamızda gözlemlenen yanlılık, "doğru" yerine "göreceli"dir. İkincisi: Bu çalışmada her testin performansı yalnızca bir kez değerlendirildi. Her testin analitik performansı sürekli değiştiğinden, analitik performansı periyodik olarak (altı ay veya bir yıl aralıklarla) yeniden değerlendirmemiz ve laboratuvar test yeteneklerinin sürekli gelişimini teşvik etmek için uygun eylemleri gerçekleştirmemiz gerekir.

Sonuç olarak, Sigma metrikleri analitik performans analizi için bir öz değerlendirme aracıdır, ancak uygun TEa hedeflerinin seçilmesi ve doğru Sigma hesaplamaları için evrensel olarak uyumlu yaklaşımların/programların seçilmesi gerekmektedir. Bu çalışma, Sigma metriklerinin uyumlaştırılması ve standardizasyonuna duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Her laboratuvarın, bilimsel topluluk ve kuruluşların standart kriterlerini de göz önünde bulundurarak kendi TEa hedeflerini belirlemesi, tüm sigma metrik süreçlerin daha uyumlu hale getirilmesini sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Ehrmeyer SS. The New Poor Lab's Guide to the Regulations 2021: 2021 Edition: Westgard Quality Corporation, 2021
2. Nabity MB, Harr KE, Camus MS, Flatland B, Vap LM. ASVCP guidelines: Allowable total error hematology. Vet Clin Pathol 2018;47:9-21.
3. Westgard SA. 2024 CLIA Proposed Acceptance Limits for Proficiency Testing. Available at: <https://www.westgard.com/2019-clia-requirements.htm>. Accessed: September 30, 2022.
4. Coskun A, Oosterhuis WP, Serteser M, Unsal I. Sigma metric or defects per million opportunities (DPMO): the performance of clinical laboratories should be evaluated by the Sigma metrics at decimal level with DPMOs. Clin Chem Lab Med 2016;54:e217-9.
5. Shaikh MS, Ali SA, Rashid A, Karim F, Moiz B. Performance evaluation of a coagulation laboratory using Sigma metrics. Int J Health Care Qual Assur 2018;31:600-608.
6. Ahmed El-Neanaey W, Mahmoud AbdEllatif N, Abdel Haleem Abo Elwafa R. Evaluation of Sigma metric approach for monitoring the performance of automated analyzers in hematology unit of Alexandria Main University Hospital. Int J Lab Hematol 2021;43:1388-1393.
7. Üge. M. Koagülasyon Testlerinde Altı Sigma Yöntemi ve Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2022;36:1-8.
8. Westgard SA. Utilizing global data to estimate analytical performance on the Sigma scale: A global comparative analysis of methods, instruments, and manufacturers through external quality assurance and proficiency testing programs. Clin Biochem 2016;49:699-707.
9. Shaikh MS, Moiz B. Analytical performance evaluation of a high-volume hematology laboratory utilizing sigma metrics as standard of excellence. Int J Lab Hematol 2016;38:193-7.
10. Coskun A, Serteser M, Ünsal I. Sigma metric revisited: True known mistakes. Biochem Med (Zagreb) 2019;29:010902.

KORONA BİR ÖTEKİ HASTALIĞI MI? BİR BELGESEL ANALİZİ: ARMUTSZEUGNIS CORONA (2021)

Rahime Özgün Kehya¹

¹Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema Televizyon Bölümü, Eskişehir, Türkiye
ozgunkehya@gmail.com

Bu çalışma, Alman kamu kanalı ZDF'nin bir yayını olan *Armutszeugnis Corona (Yoksulluk İşareti Korona)* başlıklı belgeseli yoksulluk, göç geçmişi (*Migrationshintergrund*) ve pandemi kesişiminde incelemektedir. Joanna Michna ve Candan Six-Şaşmaz'ın yönettiği *Armutszeugnis Corona* Almanya'da korona virüsün en çok hangi grupları, neden etkilediğini ve buna ilişkin bazı çözüm yollarını ele alan 28 dakikalık bir yapımdır. Belgele göre ülkede salgın döneminde göç geçmişine sahip gruplar yoğun bakım ünitelerindeki korona virüs bulaşmış hastaların % 90'dan fazlasını oluşturmuştur. Yapımda bu önemli ve hassas probleme yönelik tartışmalara ilişkin sosyal-kültürel açılardan iki ana soru ile yanıtlar aranmaktadır. İlk soruda popülist-kültürel indirgemeci yaklaşımlardan ve nefret propagandasından hareketle göç kökenli toplulukların salgında itici güç olup olmadığı, ikinci soruda ise göç kökenli grupların etkilenme nedeninin yoksulluk olup olmadığı sorgulanmaktadır. Aynı zamanda, kişisel verilerin korunması ve etnik köken araştırmalarının bir tür tabu olmasının -özellikle de göçmenlik geçmişinin bulunup bulunmadığı sorusuyla bağlantılı olarak- hassas demografik gruplar hakkında sosyolojik çalışmalar yapılmasını ve sağlıklı istatistiki veri toplanmasını engellediği belgeselde ortaya çıkmaktadır. Almanya, 2021 yılında dünyanın en büyük ekonomilerinden birine sahip olmasına rağmen ülkedeki göç kökenli nüfusun pandemide en kırılgan ve savunmasız kesimi oluşturması, entegrasyonun sağlık altyapısı anlamında eksikleri olduğunun bir göstergesi olabilmektedir. Ancak öte yandan kişisel verilerin korunması kanunu ile kişisel ve özel hayatın gizliliğini korumak da entegratif bir ilerlemedir. Bu çerçevede, temel haklar ve özgürlükler açısından entegrasyonu sağlayan bir uygulamanın aynı zamanda sağlık entegrasyonuna engel teşkil etmesi, üzerinde dikkatle düşünülmesi gereken bir çelişkiyi de beraberinde getirmiştir. Belgeselde diğer bazı gelişmiş ülkelerdeki salgın, göç ve yoksulluk arasındaki ilişkiye dikkat çekilmesi, konunun küresel ölçekteki ciddiyetini ortaya koymaktadır. Pandemiyi; sağlık, yoksulluk/göç geçmişi, kişisel verilerin korunması, dil ve kültür bağlamlarında ele alan *Armutszeugnis Corona* belgeselinin içeriğine betimsel bir analizle yaklaşmak ve ele alınan sorunları, çözüm önerilerini ve entegrasyona ilişkin yenilik potansiyellerini incelemek önemlidir.

Anahtar kelimeler: Göç, Yoksulluk, Korona, Ötekilik, Entegrasyon, Kişisel verilerin Korunması

KRİTİK HASTALARDA CİHAZA BAĞLI BASI YARASI GELİŞİMİNDE ROL OYNAYABİLECEK RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ÖNLENMESİ

Murat Yıldız¹, Deniz Çelik², Hatice Nur Şirikçi¹, Ezgi Kurtuluş¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Birimi, Ankara, Türkiye

²Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

drmuratyildiz85@gmail.com

Bası yaraları hastanede yatan hastalarda tedavi ve hastanede kalış maliyetini de ciddi oranda artırdığı gibi hasta konforunda ciddi oranda bozmaktadır. Bizde çalışmamızda göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitesinde tıbbi cihaz (BPAP, CPAP vb.) kullanıma bağlı gelişen bası yaralarının yaygınlığını tespit ederek, daha sonrasındaki hasta takiplerimizde bası yarası oluşumu azaltacak gerekli önlemleri artırmayı planlıyoruz.

Göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitesinde yatan toplam 350 hasta geriye dönük olarak tarandı. Çalışmaya; 1 Ocak 2021 ile 1 Aralık 2021 tarihleri arasında hastanemiz Göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitesinde en az 3 (üç) gün Non-invaziv mekanik ventilatör ile takip edilmiş hastalar alındı. Hastaların tıbbi cihaza bağlı (oronazal maske ya da nazal maske) gelişen bası yaraları hastanın ek hastalıkları, cihaz kullanım süresi, vücut kitle indexi, beslenme durumu, kan biyokimya ve hemogram ile ilişkisi incelendi.

Çalışmaya alınan hasta grubunda ortalama yaş 66,8 idi ve hastaların %62,6'sı (n=57) erkekti. Üçüncü günde çalışma dahilindeki 91 olgudan 81'inde(%89) en az evre 1 olmak üzere bası yarası gerçekleşmiştir. 3 (üç) gün aralıklarla hastaların bası yaraları tekrar değerlendirmiştir. 18. Gün sonunda kalan 9 (dokuz) hastanın hepsinde bası yarası oluşmuştur. 3 (üç). Günde bası yarası gerçekleşen ve gerçekleşmeyen olguların kan değerleri açısından karşılaştırma sonuçlarına göre, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan bir değişken bulunmamaktadır (p>0,05).

Bu çalışma ile hasta takiplerimizde bası yarası yaygınlığını tespit edilmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde basınç yaralarının önlenmesinde ve yönetiminde hemşirenin rolleri arasında; derinin inspeksiyonu ve risk değerlendirmesi, pozisyon verilmesi, yüzey kontrolü, beslenme yer almaktadır.

Anahtar kelimeler: Non-invaziv mekanik ventilatör, Bası yarası, Beslenme durumu

KÜRESEL İKLİM KRİZİ SAĞLIK POLİTİKALARINA UYUM KONUSUNDA YOL GÖSTERİCİLER: RİSK ALGISI VE RİSK İLETİŞİMİ

Nalan Özen¹, Murat Topbaş¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

dr.nalan.ozen@gmail.com

Giriş

Küresel ortalama sıcaklıklar, aletli meteorolojik gözlemlerin başladığı 1880'li yıllardan bu yana, bölgesel farklılıklar göstermekle birlikte hem karalar hem de okyanuslar üzerinde önemli bir artış eğilimi göstermiştir. Özellikle 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren daha belirgin olmak üzere, küresel ortalama sıcaklıklarla birlikte, ekstrem sıcaklıkların da frekans ve şiddetinde önemli değişiklikler gözlenmiştir (Erlat & Türkeş, 2016). İnsan etkinlikleri sonucunda atmosfere salınan sera gazları ve aerosoller, etki süreleri değişmekle birlikte, bu değişim sürecine neden olan başlıca etmenlerdir (Büyüksahin, 2018; Christidis & Stott, 2014; Türkeş, 2019)

İnsan etkinlikleri; atmosfere salınan karbondioksit (CO₂), diazot monoksit (N₂O), metan (CH₄), ozon (O₃) ve su buharı (H₂O) gibi doğal sera gazları ile insan ürünü (yapay) hidroflorokarbonlar (HFC), kloroflorokarbonlar (CFC), perflorokarbonlar (PFC) ve bunların çok çeşitli türevlerinin miktarını önemli ölçüde artırmıştır. Atmosferdeki sera gazlarının emisyonlarında meydana gelen bu artışlar, doğal sera etkisini bozmuş ve küresel ısınmaya neden olmuştur (Kweku et al., 2018; Teske, 2019). NASA tarafından sunulan verilerde küresel sıcaklığın, 1880'li yıllardan 2021 yılına kadar 1.01°C arttığı (1880'de -0,16°C iken 2021'de 0,85°C) görülmektedir (NASA, 2022).

Sanayi devrimine kadar insanlık, doğal kaynakları kullanıp kendisiyle birlikte evcilleştirdiği hayvanların gücünden yararlanarak bütün ihtiyaçlarını karşılamakta iken, sanayi devrimi ve buhar gücünün icat edilmesiyle önce Avrupa anakarasında, yaklaşık yüzyıl sonra da dünyanın diğer bölgelerinde demir çarkları döndürecek enerjiyi sağlamanın tek yolu olan fosil yakıtlara talep alternatifsiz bir şekilde hızla artmıştır. Uluslararası Enerji Ajansı'na (IEA) göre, küresel fosil yakıt CO₂ emisyonları 1899'da 1,8 gigaton (Gt) CO₂ iken 2021'de 36,3 Gt CO₂'ye ulaşmış durumdadır (IEA, 2022). Dolayısıyla sanayi devrimiyle birlikte özellikle endüstriyel etkinliklerde ve ulaşım araçlarında fosil yakıtların yakılması, yanlış arazi kullanımları, ormanların yok edilmesi, yoğun tarımsal etkinlikler ve sanayi süreçleri gibi nedenlerle, şehirleşmenin de etkisiyle, atmosfere salınan sera gazlarının birikimlerindeki hızlı artış sonucunda küresel ısınma iklim değişikliği boyutuna ulaşmıştır (Çelik et al., 2008; Türkeş, 2019).

İklim değişikliği; aşırı hava ve iklim olaylarının (sıcak ve soğuk hava dalgaları, kuraklık, çölleşme, yağışlardaki dengesizlik ve sapmalar, seller, su baskınları, tayfun, fırtına, hortum vb.) sıklığında, şiddetinde, alansal dağılışında, uzunluğunda ve zamanlamasında önemli değişikliklerin

gerçekleşmesine neden olmuştur. Ayrıca buzullar, deniz ekosistemi, karasal ekosistem ve çeşitlilik, su, tarım, ekonomi ve insan sağlığı gibi birçok kategoride de etkileri görülmektedir. NASA'nın verilerinde, kuzey kutbu buzlarının 1979'dan bu yana her on yılda %13,0 azaldığı; küresel ortalama deniz seviyesinin son 100 yılda yaklaşık 178 mm yükseldiği görülmektedir (NASA, 2022). Günümüzde ise iklim değişikliği, insanlık eliyle gerçekleştiği bilimsel olarak açıklanan, etkilerini günlük yaşamda dahi giderek artan bir şiddetle hissettiren, insan hayatını ve sağlığını, ekolojinin neredeyse tüm bileşenlerini etkileyen bir boyuta ulaşmış durumda olup "Küresel İklim Krizi" olarak ifade edilmektedir. Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çevre, İklim Değişikliği ve Sağlık Direktörü Dr. Maria Neira, iklim krizinin karşı karşıya olunan en önemli sağlık acil durumlarından biri olduğunu belirtmiştir (WHO, 2021). Bu derlemenin amacı küresel iklim krizinin insan sağlığı üzerindeki etkileri, küresel iklim krizi sağlık politikaları, politikalara uyum konusunda risk algısı ve risk iletişiminin önemi hakkında bilgi vermektir.

Küresel İklim Krizinin İnsan Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Çevre sağlığı alanında yapılan çalışmalarda karıştırıcı unsurlar çok fazla olduğundan tek bir etkenin tek bir sonuca yol açtığını söylemek kolay olmamaktadır. İklim krizinde de sıcaklık, buzullar, deniz seviyesi ve CO2 düzeyi gibi ölçülebilir değerlerle sağlık sorunlarını birebir eşleştirmek güç olduğundan literatürde iklim krizi ve sağlık alanında yapılan araştırmaların sayıca az olduğu görülmektedir. İklim krizi ile ilgili hazırlanan politika belgelerinde ise geleceğe yönelik beklentiler arasında sağlık etkilerini ele alan çalışmalara hız verilmesi, sağlık göstergeleri ile iklimsel parametreler arasında ilişkinin daha fazla çalışılması, bilimsel ve toplumsal farkındalığın artırılması, erken uyarı sistemlerinin oluşturulması ve acil cevap ile uyum süreçlerinin geliştirilmesi yer almaktadır. Bu bağlamda iklim krizi ve sağlık ilişkisi üzerine yapılan açıklamaların bir kısmı henüz teorik temele dayanıyor olsa da yapılan çalışmalarda, iklim krizinin, hastalıklar üzerinde etkili olduğu; doğrudan, dolaylı veya ekosistemi değiştirerek hem hastalıkların gelişip ortaya çıkmasına hem de mevcut hastalıkların ilerlemesine ve hatta mortaliteye neden olduğu belirtilmektedir (Ebi et al., 2005, Evcı Kiraz, 2019).

İklim krizinin doğrudan sağlık etkileri arasında sellere bağlı travma, enfeksiyonlar ve post-travmatik stres bozukluğu; sıcak hava dalgalarına bağlı kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları; su kısıtlılığına bağlı enfeksiyonlar; toprak kaymasına bağlı travma; UV radyasyondan etkilenime bağlı deri kanserleri ve oküler katarakt sayılabilmektedir. Ekosistem ile ilişkili sağlık etkileri arasında vektörlerin yaygınlık ve dağılımındaki değişiklikler nedeniyle vektör kaynaklı hastalıkların (Batı Nil ateşi, Rift Vadisi ateşi, Zika Virüsü Hastalığı, veba, sarıhumma, chagas, chikungunya, sıtma, dang humması, ensefalit, layşmanyaz, lyme hastalığı) artma riski; gıda kaynaklarının azalmasına bağlı malnutrisyon; göçlere bağlı psikolojik problemler; polen üretiminin artması ve polen döneminin uzaması nedeniyle alerjik sorunlara bağlı alerjik rinit ve astım sayılabilmektedir. Dolaylı ve geç sağlık etkileri arasında ise toplumların yerinden olması, barınma sorunları, çatışmalar, uygun olmayan adaptasyon ve canlılığın kaybına bağlı etkiler sayılabilmektedir (Güler, 2012; Tulchinsky & Varavikova, 2014).

İklim krizinin sağlık etkileri literatürde; aşırı sıcak-soğuk havalar ile ilişkilendirilen sağlık etkileri, UV radyasyon ile ilişkilendirilen sağlık etkileri, vektörlerle ilişkilendirilen sağlık etkileri, su ile ilişkilendirilen sağlık etkileri, gıda ile ilişkilendirilen sağlık etkileri, mental sağlık ile ilişkilendirilen sağlık etkileri, hava kirliliği ile ilişkilendirilen sağlık etkileri, yeni ve yeniden ortaya çıkan sağlık etkileri olmak üzere sekiz başlık altında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Avrupa Solunum Derneği (ERS), Amerikan Toraks Derneği (ATS), Avrupa Allerji ve Klinik İmmünoloji Akademisi (EAACI) gibi pek çok kurum ve kuruluş iklim krizinin sağlık etkileri üzerine dikkat çekmektedir. Dünya çapındaki sağlık uzmanlarının, ortaya çıkan bu krizin neden olduğu sağlık zararlarına şimdiden yanıt vermeye başladığı belirtilmekte ve bu durumun önümüzdeki 5 ila 50 yıl içerisinde çok daha belirgin hale geleceği öngörülmektedir (Akay et al., 2020; WHO, 2021a). İklim krizi ayrıca; geçim kaynakları, eşitlik, sağlık hizmetlerine ve sosyal destek yapılarına erişim gibi sağlığın birçok sosyal belirleyicisini de etkilemektedir. İklimle duyarlı bu sağlık riskleri, kadınlar, çocuklar, etnik azınlıklar, yoksul topluluklar, göçmenler veya yerinden edilmiş kişiler, yaşlı nüfus ve alta yatan hastalığı olanlar dahil olmak üzere en savunmasız ve dezavantajlı kişiler tarafından orantısız bir şekilde hissedilmektedir (WHO, 2021a).

Küresel iklim krizinin ilerlemesini önlemek, ortaya çıkan ve çıkması muhtemel sağlık etkilerinden korunmak, gezegendeki tüm canlılar için adil bir refahı sağlamak, kalıcı ve sürdürülebilir sonuçlara ulaşmak için mücadele edilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda hem ulusal hem de uluslararası platformlarda küresel ısınma/iklim değişikliği/küresel iklim krizi ile ilgili müzakereler gerçekleştirilmekte; etkilerine uyum ve etkilerini azaltıma yönelik strateji ve eylem planları oluşturulmakta, kapasite geliştirme çalışmaları ve risk analizleri yapılmaktadır. İklim ve sağlık bağlamı da, küresel iklim krizi ile mücadele kapsamında gerçekleştirilen bu müzakerelerde el alınan konular arasındadır.

Küresel İklim Krizi ve Sağlık İlişkisinin Uluslararası Politikalarındaki Yeri: 26. Taraflar Konferansı (COP 26)

Paris İklim Anlaşması'ndan sonra kaydedilen gelişmelerin değerlendirildiği ilk zirve olması açısından ayrı bir önem taşıyan COP 26 zirvesi, 31 Ekim-12 Kasım 2021 tarihleri arasında, yaklaşık 200 ülkenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Paris Anlaşması kapsamında ülkelerin Ulusal Katkı Beyanları'nda belirttikleri, küresel ısınmayı 1,5°C'de tutma hedefinin canlı tutulması ve iklim değişikliğinin etkileriyle mücadele etmeleri için yoksul ülkelere finansman sağlanması zirvenin öncelikli konuları olmuştur (UN, 2021). Bunların yanı sıra küresel iklim krizinin olumsuz sağlık etkileri, mortaliteye sebebiyet vermesi, karbon salınımı yüksek olan sağlık sektörünün çözümün önemli bir parçası olabilmesi gibi nedenlerle 26. Taraflar Konferansı'nın (COP 26) bilim öncelikli alanı sağlık olarak belirlenmiştir (Deloitte, 2021). İklimle dayanıklı sağlık sistemleri oluşturmak, düşük karbonlu sürdürülebilir sağlık sistemleri geliştirmek, sağlık için uyum çalışmaları yapmak, Ulusal Olarak Belirlenmiş Katkı Beyanları'na sağlık önceliklerini dahil etmek, iklim değişikliği konusunda daha güçlü bir tutkunun savunucusu olarak sağlık profesyonellerinin sesini yükseltmek, COP 26'nın iklim değişikliği ve sağlık parantezindeki öncelikleri arasında belirlenmiştir.

COP 26 öncesinde, Dünya Sağlık Örgütü ve küresel sağlık topluluğu, iklim değişikliği ve sağlık hakkında “İklim Değişikliği ve Sağlık COP 26 Özel Raporu” başlıklı bir rapor yayınlamıştır. Raporda öncelikle, sağlık çalışanlarının iklim krizi konusunda bilgilendirilmesi ve desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir. Bununla birlikte, iklim krizinin en kötü sağlık etkilerinden kaçınmak için, enerji, ulaşım, finans ve gıda sistemleri gibi çeşitli sektörlerde iklim değişikliğiyle mücadelenin sağlık yararlarını nasıl en üst düzeye çıkarabilecekleri konusunda hükümetlere tavsiyeler de sunulmuştur (WHO, 2021b).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve ortakları, COP 26 Birleşmiş Milletler İklim Konferansı’nda, sağlık ve eşitliğin iklim müzakerelerinin merkezine yerleştirilmesini sağlamak için, 2021 Küresel Sağlık ve İklim Değişikliği Konferansı ve COP 26 Sağlık Programı kapsamında ülke taahhütlerinin duyurulması gibi kapsamlı bir dizi etkinliğe de ev sahipliği yapmıştır (WHO, 2021c). Küresel sağlık iş gücünün üçte ikisini oluşturan, 46 milyondan fazla sağlık profesyoneli temsil eden kuruluşlar tarafından imzalanan, ulusal liderleri ve COP 26 ülke delegasyonlarını iklim eylemini acilen hızlandırmaya çağıran bir açık mektup, Birleşik Krallık (UK), Mısır ve BM İklim Değişikliği Sekreterliği (UNFCCC) ülke temsilcileri de dahil olmak üzere COP 26’daki karar alıcılara iletilmiştir. Sağlık uzmanlarından gelen bu mektupta, “Dünyanın her yerindeki hastanelerimizde, kliniklerimizde ve topluluklarımızda sağlık hizmeti verdiğimiz her yerde, iklim değişikliğinin neden olduğu sağlık zararlarına şimdiden müdahale ediyoruz. Her ülkenin liderlerini ve COP 26’daki temsilcilerini, küresel ısınmayı 1,5°C ile sınırlayarak yaklaşan sağlık felaketini önlemeye, insan sağlığını ve eşitliği tüm iklim değişikliğini azaltma ve uyum eylemlerinde merkezi hale getirmeye çağırıyoruz.” ifadeleri yer almıştır (WHO, 2021b).

Türkiye’nin Küresel İklim Krizi ile Mücadeleye Yönelik Ulusal Sağlık Politikaları

İklim aksiyonuna bakıldığında Türkiye’nin, tarihsel süreçte uluslararası iş birliği içerisinde bulunma eğiliminde olduğu ve hatta bu doğrultuda kendi ulusal politikalarını ve eylem planlarını geliştirdiği görülmektedir. Bu bağlamda Türkiye’nin, küresel iklim krizinin sağlık boyutuna dair hedef ve eylemlerinin bulunduğu en güncel ulusal sağlık politikaları; Ulusal İklim Değişikliği Stratejisi (2010-2020), İklim Değişikliği Uyum Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2023) ve İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkilerinin Azaltılması Ulusal Programı ve Eylem Planı (2015-2019)’dır.

İklim değişikliğinin sağlık etkileri ile mücadeleye yönelik, bir yıl gibi kısa vadede hayata geçirilmeye başlanacak amaçların yanında 1-3 yıllık dönem içerisinde gerçekleşmesi ya da başlaması öngörülen orta vadeli amaçlar ve süresi 10 yıla yayılan uzun vadeli amaçları kapsayan Ulusal İklim Değişikliği Stratejisi’nde, 2010 – 2020 döneminde iklim değişikliğinin sağlık üzerine etkilerinin azaltılmasında kullanılacak araçlar belirlenmeye çalışılmıştır (T.C. Çevre ve Şehircilik bakanlığı, 2012a).

İklim değişikliğinin insan sağlığı üzerinde gerek mevcut gerekse gelecekteki etkilerinin ve risklerinin belirlenmesi amaçlanan T.C. İklim Değişikliği Eylem Planı’nda, aşırı hava olaylarının insan sağlığı üzerine etkilerinin araştırılması; iklim değişikliği, bulaşıcı hastalıklar ve sağlık riskleri arasındaki bağın araştırılması, izlenmesi ve olası önlemlerinin belirlenmesi hedefler arasındadır. Programın

bir diğer amacı; ulusal sağlık sisteminde iklim değişikliği kaynaklı riskler ile mücadele kapasitesinin geliştirilmesidir. Bu bağlamda riskli bölgelerde acil müdahale eylem planlarının oluşturulması ve gerekli altyapının temini, iklim değişikliğine bağlı sağlık risklerine karşı sağlık sektörü kuruluşlarının kapasitelerinin güçlendirilmesi hedeflenmiştir (T.C. Çevre Ve Şehircilik Bakanlığı, 2012b).

İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkilerinin Azaltılması Ulusal Programı ve Eylem Planı'nın amacı ise, iklim değişikliğinin getireceği olumsuz sağlık etkilerinden halkın korunması ve afet durumları için gerekli sağlık önlemlerinin alınmasıdır. Program kapsamında çalışmalar, aşırı hava olaylarının (aşırı yağış, aşırı sıcak ve soğuk havalar, hava kirliliği) ve bunun sonucu ortaya çıkan doğal afetlerin (sel, yangın vb.) insan sağlığına olan etkisinin azaltılması; iklim değişikliği sonucu ülkemizde görülen ve/veya artan hastalıkların takibi için kurumsal altyapının güçlendirilmesi; kurum içi ve kurumlar arası iş birliğinin artırılması; su ve gıda güvenliğinin sağlanması, su ve gıda kaynaklı hastalıklarla mücadele; hassas grupların iklim değişikliğinin olumsuzluklarından etkilenmemesi için gerekli çalışmaların yapılması; sağlık kuruluşlarının iklim değişikliğine olan olumsuz katkılarının azaltılması; iklim değişikliğinin sağlık üzerine olumsuz etkilerinden daha etkin korunma için halkın bilinçlendirilmesi; izleme ve değerlendirme çalışmalarının yürütülmesi olmak üzere birçok başlık altında yürütülmektedir.

Görüldüğü üzere hem uluslararası platformlarda hem de ulusal düzeyde küresel iklim krizinin sağlık etkileri ile mücadeleye yönelik politikalar geliştirilmekte, etkilerini azaltmaya yönelik strateji ve eylem planları oluşturulmaktadır. Ancak bu politikaların benimsenmesi, politikalara uyumun sürdürülebilmesi ve kalıcı sonuçlar elde edilebilmesi için gerek ülkelerdeki yöneticilerin ve karar vericilerin gerekse bireylerin ve toplumun öncelikle, küresel iklim krizinin bilincinde olmaları ve bu durumu yaşamsal bir risk olarak algılamaları gerekmektedir. Bu risk algısının oluşması noktasında ise; riskin anlatılabilmesi, bireylerin ve toplumun hazır hale getirilebilmesi ve böylece erken yanıt ile krizin yönetilebilmesi için risk iletişimi oldukça büyük önem arz etmektedir.

Sağlık Politikalarına Uyumda Küresel İklim Krizi Risk Algısının Önemi

Risk, olumsuz bir olaydan kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka zarar verici sonuç meydana gelme olasılığı şeklinde tanımlanmaktadır (Evcili & Dağlar, 2019; Sjöberg, 2000; Yalçın & Aslan, 2021). Literatürde ilk kez 1960 yılında ortaya konan risk algısı kavramı ise, bir olayın muhtemel olumsuz sonuçlarına ilişkin bireyin öznel inançlarını veya değer yargılarını ifade etmektedir (Burns & Slovic, 2012; Shen et al., 2021; Sjöberg, 2003). Dolayısıyla risk algısı, bireyin olumsuz bir olayın sonuçlarına ilişkin değerlendirmelerini yansıtmakta, riskin özellikleri, riskin önem düzeyi/şiddeti ve riskin yönetilme şekli hakkında yaratılan subjektif düşünce olarak tanımlanmaktadır (Cori et al., 2020; Ding et al., 2020; Yıldırım & Güler, 2022). Risk algısı, kişiden kişiye değişiklik gösterebilmekte, sağlık davranışları da dahil olmak üzere yaşamın birçok boyutunda etkili olabilmektedir. Örneğin Sağlık İnanç Modeli'ne göre bireyler, bir olayın/durumun kendilerine ciddi düzeyde zarar vereceğine yönelik inanca sahip iseler riski azaltmak için eyleme geçtiklerinde kendilerine gelecek zararların azalacağını düşünmekte ve dolayısıyla riskli davranışlarını kendilerini risk altında görmeyenlerden

daha fazla kontrol altına almakta, koruyucu davranışlar sergilemekte, alınan önlemlere uyum sağlamakta ve çevresindeki diğer kişileri de koruyucu davranışlara teşvik etmektedirler (Ferrer & Klein, 2015). Dolayısıyla bir durum ya da olaya ilişkin risk algısı, bireylerin o olay ya da durum karşısındaki davranışlarını belirleme ve motive etme açısından önemli role sahiptir.

Küresel iklim krizine ilişkin risk algısı, bilişsel faktörlerin (iklim krizi hakkında bilgi), deneyimsel işlemenin (duygusal değerlendirmeler ve kişisel deneyim) ve sosyo-kültürel etkilerin (sosyal normlar ve geniş değer yönelimleri dahil) bir işlevi olarak tanımlanmaktadır. Küresel iklim krizinin ciddi bir tehdit oluşturduğuna inanma derecesi olarak da ifade edilen küresel iklim krizi risk algısının, kriz ile mücadeleye yönelik mevcut uluslararası politikaların benimsenmesi, ulusal politikaların geliştirilmesi ve uygulanması noktasında yol gösterici olabileceği öngörülmektedir. Yapılan çalışmalarda, bireylerin ve toplumun koruyucu eylem önerilerini benimsemesinin risk algısı ile ilişkili olabileceği; risk algısının, mücadeleye yönelik oluşturulan ulusal ya da uluslararası politikalar ile bireylerin ve toplumun davranışları arasında önemli bir aracı faktör ve davranış değişikliğinin temel bir bileşeni olabileceği belirtilmektedir (Shen et al., 2021). Dolayısıyla küresel iklim krizinin nasıl algılandığı ve riskin nasıl değerlendirildiği; bu değerlendirmelerin, uluslararası mevcut politikaların benimsenmesi, ulusal politikaların geliştirilmesi ve uygulanması noktasında, gerek ülkelerdeki yöneticileri ve karar vericileri gerekse bireyleri ve toplumu nasıl yönlendirebileceğini anlamak önemlidir.

Küresel İklim Krizine Yönelik Proaktif İletişim Süreci: Risk İletişimi

Küresel iklim krizi; etkilerini Türkiye’de ve dünyada giderek artan bir şiddetle gösteren, insanlık eliyle gerçekleştiği bilimsel olarak açıklanan, günümüzde artık günlük yaşamda dahi etkilerini hissettiren bir durumdur. Ancak küresel iklim krizinin nedenleri, etkileri ve potansiyel riskleri konusunda giderek artan bilimsel verilere rağmen gerek hükümetlerin gerek bir takım örgüt ve kuruluşların gerekse bireylerin ve toplumların konuya yönelik algıları, yaklaşımları, uygulamaları, görüş ve düşünceleri bölünmüş durumdadır. Kriz, bir tarafta yaşamsal bir risk olarak değerlendirilirken diğer tarafta ciddi bir sorun olarak görülmemektedir. Bununla birlikte bilimde yeni olmayan şüpheci ve inkârcı yaklaşım küresel iklim krizi konusunda da kendini göstermektedir. Son yıllarda ortaya çıkan bilimsel çalışmalar ve bulgular sayesinde, şüpheci ve inkârcı yaklaşımları benimseyenlerin oranlarında düşüş gözlenirse de bilim camiasında küresel iklim krizini inkâr eden bilim insanlarının varlığı devam etmektedir (Khalidi, 2018; Leiserowitz vd., 2019). Tüm bu bulgular göz önüne alınıp değerlendirildiğinde, iklim krizi gibi küresel bir sorun karşısında iletişim kavramının önemi ortaya çıkmakta, bu süreçteki iletişim “risk iletişimi” olarak adlandırılmaktadır. Her türlü risk ve tehlike hakkında bilgi paylaşımını içeren risk iletişimi, risklere karşı rasyonel bir anlayış geliştirmek için oldukça önemlidir (Reynolds ve Seeger, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Riskli değerlendirenler, risk yöneticileri, tüketiciler ve diğer ilgili taraflar arasında riskler ve riskle ilgili faktörler hakkında bilgi ve görüş alışverişine dayanan interaktif bir süreç” olarak tanımlanan risk iletişimi, iklim krizi gibi küresel bir sorun karşısında gerçekleştirilmesi zorunlu temel işlevlerden biridir. Uygun bir risk iletişimi aracılığıyla, tüm

paydaşlar, küresel iklim krizinin etkileri, etkilerine uyum ve azaltıma yönelik çözüm önerileri hakkında bilgilendirilebilir; krize yönelik farkındalıkları artırılabilir; endişe, korku, söylentiler ve iklim krizi ile ilgili hatalı bilgiler minimum düzeye çekilebilir. Bununla birlikte politika yapıcılardan karar vericilere, bilim insanlarından çeşitli kuruluşlara kadar toplumun her kesiminde küresel iklim krizi ciddi risk olarak algılanabilir ve riski azaltmaya yönelik koruyucu davranışlar sergilenebilir. Böylece hem uluslararası mevcut politikalara uyum hem de ulusal politikaların geliştirilmesi ve uygulanması noktasında önemli yol katedilebilir. Bu açıdan bakıldığında risk iletişimi proaktif bir iletişim çalışmasıdır. Çünkü olası risklere karşı önlem almak ve durumun ilerlemesine engel olmak risk iletişiminin temel çalışma prensibidir.

Sonuç

Küresel iklim krizi karşı karşıya olduğumuz en önemli sağlık acil durumlarından biridir. Henüz bir kısmı teorik temele dayalı olsa da iklim krizi insan sağlığını olumsuz etkileyebilmekte, hem hastalıkların gelişip ortaya çıkmasına hem de mevcut hastalıkların ilerlemesine ve hatta mortaliteye neden olabilmektedir. Gerek uluslararası platformlarda gerekse ulusal düzeyde küresel iklim krizinin sağlık etkileri ile mücadeleye yönelik politikalar geliştirilmekte, etkilerini azaltmaya yönelik strateji ve eylem planları oluşturulmaktadır. Ancak bu politikalara uyumun sürdürülebilirliği ve kalıcı sonuçlar elde edilebilmesi için gerek ülkelerdeki yöneticilerin ve karar vericilerin gerekse bireylerin ve toplumun küresel iklim krizini yaşamsal bir risk olarak algılamaları gerekmektedir. Konuya yönelik risk algısının; hükümetlerin iklim politikaları oluşturmalarına yardımcı olmanın yanı sıra bireylerin ve toplumun küresel iklim krizinin etkilerine karşı doğru davranış sergilemelerini motive etme ve sağlama konusunda yol gösterici olacağı öngörülmektedir. Bu risk algısının oluşması noktasında ise; riskin anlatılabilmesi, bireylerin ve toplumun hazır hale getirilebilmesi ve böylece erken yanıt ile krizin sağlıklı bir şekilde yönetilebilmesi için risk iletişimi oldukça büyük önem arz etmektedir.

Kaynaklar

1. Akay, D.S. et al. (2020) "Yaşam Bilimleri Profesyonellerinin İklim Değişikliğinin Sağlık Etkileri Konusunda Eğitim İhtiyaçları Var mı?" The Journal of International Lingual Social and Educational Sciences, 6(1), pp. 141-151.
2. Burns, W. J. and Slovic, P. 2012. Risk Perception and Behaviors: Anticipating and Responding to Crises, Risk Analysis, 32(4), 579-582. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2012.01791.x>
3. Büyüksahin, F. (2018). Antropojenik Etkiler İle Havanın Kirletilmesi ve İklim Değişikliği. *Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 14-26. <https://doi.org/10.35235/uicd.427397>
4. Christidis, N., & Stott, P. A. (2014). Change in the Odds of Warm Years and Seasons Due to Anthropogenic Influence on the Climate. *Journal of Climate*, 27(7), 2607-2621. <https://doi.org/10.1175/JCLI-D-13-00563.1>
5. Cori, L., Bianchi, F., Cadum, E. and Anthonj, C. 2020. Risk Perception and COVID-19, International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(9), 3114. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093114>
6. Çelik, S., Bacanlı, H., & Görgeç, H. (2008). Küresel İklim Değişikliği ve İnsan Sağlığına Etkileri.

In *Telekomünikasyon Şube Müdürlüğü*. https://www.mgm.gov.tr/FILES/genel/makale/11_kureseliklimdegisikligietkileri.pdf

7. Deloitte. (2021). COP 26 Zirvesi Çıktıları Glasgow İklim Paktı ve İklim Finansmanı Bilgi Notu. Available from: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/tr/Documents/risk/COP26-zirvesi-ciktilari.pdf>
8. Ding, Y., Xu, J., Huang, S., Li, P., Lu, C. and Xie, S. 2020. Risk Perception and Depression in Public Health Crises: Evidence from the COVID-19 Crisis in China, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5728. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165728>
9. Ebi, K.L., Schmier, E. ve Schmier, J.K. (2005). A stitch in Time: Improving Public Health Early Warning Systems for Extreme Weather Events. *Epidemiol Rev*, 27: 115-121.
10. Evcil Kiraz, E. D. (2019). İklim Değişikliği İnsan Sağlığına Etkileri. *T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü, İklim Projesi, Modüller Serisi 14*, 59. <https://www.iklimin.org/moduller/saglikmodulu.pdf>
11. Erhat, E., & Türkeş, M. (2016). Türkiye Rekor Maksimum ve Minimum Hava Sıcaklıklarının Frekanslarında 1950-2014 Döneminde Gözlenen Değişmeler ve Atmosfer Koşullarıyla Bağlantıları. *Aegean Geographical Journal*, 24(2), 29-55. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ecd/issue/25394/267951>
12. Evcili, F., ve Dağlar, G. 2019. Gebelikte Risk Algısı Ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, *Cukurova Medical Journal*, 44, 211-222. <https://doi.org/10.17826/cumj.554151>
13. Ferrer, R. A. and Klein, W. M. 2015. Risk perceptions and health behavior, *Current Opinion in Psychology*, 5, 85-89. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.012>
14. Güler Ç. Küresel Isınma ve İklim Değişikliği. Bölüm 10. S: 922-945. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (Editörler; Güler Ç, Akın L.) Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2012, Ankara
15. IEA. (2022). *Global Energy Review: CO2 Emissions in 2021*. International Energy Agency. <https://www.iea.org/reports/global-energy-review-co2-emissions-in-2021-2>
16. NASA. (2022). *Vital Signs of the Planet: Understanding our planet to benefit humankind*. National Aeronautics and Space Administration. <https://climate.nasa.gov/>
17. Shen, Z., Zhong, Z., Xie, J., Ding, S., Li, S. and Li, C. 2021. Development and psychometric assessment of the public health emergency risk perception scale: Under the outbreak of COVID-19, *International Journal of Nursing Sciences*, 8(1), 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.12.012>
18. Sjöberg, L. 2000. The Methodology of Risk Perception Research. In *Quality & Quantity* (Vol. 34). <https://doi.org/10.1023/A:1004838806793>
19. Sjöberg, L. 2003. Distal factors in risk perception, *Journal of Risk Research*, 6(3), 187-211. <https://doi.org/10.1080/1366987032000088847>
20. Slovic, P. 2000. *The perception of risk*. Earthscan Publications.
21. T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı (2012a). Ulusal İklim Değişikliği Stratejisi (2010-2020), T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, 2012 Ankara
22. https://www.trakyaka.org.tr/upload/Node/33132/xfiles/Turkiye_Iklim_Degisikligi_Stratejisi_2010-2020_.pdf

23. T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı (2012b) İklim Değişikliği Ulusal Eylem Planı 2011-2023, Ankara – 2012 <https://webdosya.csb.gov.tr/db/iklim/banner/banner591.pdf>
24. T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkilerinin Azaltılması Ulusal Programı ve Eylem Planı. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cevre-sagligi/2-ced/iklim-degisikligi/Iklim_Degisikligi_Eylem_Plani.pdf
25. Tulchinsky, T.H. and Varavikova, E.A. (2014) The new public health. Academic Press.
26. Türkeş, M. (2019). İklim Değişikliğinin Bilimsel Temelleri; Türkiye'ye Etkileri. *İklim Değişikliği Eğitim Modülleri Serisi*, 1.
27. United Nations (UN). 2021. COP26 The Glasgow Climate Pact, United Nations Climate Change. <https://ukcop26.org/>
28. World Health Organization (WHO). (2021). WHO's 10 calls for climate action to assure sustained recovery from COVID-19. Available from: <https://www.who.int/news/item/11-10-2021-who-s-10-calls-for-climate-action-to-assure-sustained-recovery-from-covid-19>
29. World Health Organization (WHO). (2021a). Climate change and health. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
30. World Health Organization (WHO). (2021b). What has COP26 achieved for health? [cited 2022 May 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/what-has-cop26-achieved-for-health>
31. World Health Organization (WHO). (2021c). Health Events at COP26. [cited 2022 May 24]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/cop26-health-programme/health-events-at-cop26>
32. Yalçın, A. ve Aslan, A. 2021. COVID-19 Risk Algısı Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. <https://doi.org/10.35379/cusosbil.977428>
33. Yıldırım, M. and Güler, A. 2022. Factor analysis of the COVID-19 Perceived Risk Scale: A preliminary study, Death Studies, 46(5), 1065–1072. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1784311>

MANAGEMENT OF ORTHOPEDICS AND GENERAL SURGERY IN PATIENTS WITH HEMOPHILIA

Veysel Suzan¹, Zafer Başlar²

¹Division of Geriatric Medicine, Department of Internal Medicine, Cerrahpasa Medical Faculty, Istanbul University-Cerrahpasa, Istanbul, Turkey

²Division of Hematology, Department of Internal Medicine, Cerrahpasa Medical Faculty, Istanbul University-Cerrahpasa, Istanbul, Turkey

veysel.suzan@hotmail.com

Management of surgical interventions in patients with hemophilia is an important problem. Surgery performed before reaching the appropriate factor level to provide hemostasis is a cause of serious morbidity and mortality. The aim of our study is to examine the results of major surgical interventions (MSI) performed by general surgery and orthopedics departments in hemophilic patients.

The MSIs, performed by general surgery and orthopedics, of hemophilia patients followed in our outpatient clinic between 2004 and 2017 were retrospectively analyzed. Basal factor level measurement before MSI, inhibitor screening and titer measurement when necessary, aPTT, complete blood count, blood group, liver function tests and hemostasis plan were recorded. The patients were also examined in terms of chronic diseases other than hemophilia, the type of surgical interventions they had, complications that developed during and after the operation, and treatment changes.

25 patients (15 general surgery, 10 orthopedics) were included in the study. Of these patients (24 hemophilia A, 1 hemophilia B), 13 had severe hemophilia, 5 had moderate, and 7 had mild hemophilia. Of the patients who had general surgery, 4 had laparoscopic cholecystectomy, 3 had appendectomy, 2 had hemorrhoidectomy, 5 had unilateral inguinal hernia, 1 had cholecystectomy and right scrotal hernia operation. Perihepatic hematoma developed in one of the patients who underwent cholecystectomy on the first day after the operation. The aPTT value measured was within normal limits and the bleeding was under control. When we examined the orthopedic operations, there were 5 bilateral knee arthroplasty, 2 single knee arthroplasty, 1 left coxarthrosis, 1 left femur fracture, 1 external fixator extraction and flexor tenotomy. In orthopedic operations, 2 complications developed in 8 MSIs in whom no inhibitor was detected. These complications were bleeding and prolongation of aPTT after left coxarthrosis and bilateral knee arthroplasty, bleeding was controlled. No complication was observed in 2 MSIs in whom inhibitor was detected.

Today, MSI has become safer with easier access to safe factor concentrates and multidisciplinary work in hemophilia treatment centers.

Keywords: Hemophilia, Hemophilia A, Hemophilia B, Major Surgery, Inhibitor

Introduction- Aim

Hemophilia is an inherited disease that causes bleeding due to the deficiency of FVIII or FIX, two of the coagulation factors in the hemostasis system. The genes of both factors are located on the X chromosome, and the disease characteristic is X-linked recessive (1). FVIII deficiency is defined as hemophilia A and FIX deficiency is defined as hemophilia B. Hemophilia A is more common than hemophilia B and is usually more severe. Hemophilia A occurs in 1 in 5,000 live male births and approximately 2/3 of them have severe hemophilia, while Hemophilia B occurs in 1 in 30,000 live male births and approximately half are severe hemophilia (2). The bleeding clinic is related to the level of factor activity. Factor activity was classified as <1% “severe hemophilia”, 1-5% “moderate hemophilia”, and between >5% and <40% “mild hemophilia” (3).

The activated partial thromboplastin time (aPTT) is prolonged in hemophilia, but may be normal in mild factor deficiencies where factor activity is greater than 15%. If there is no inhibitor in hemophilia, aPTT improves in mixture test (4). If aPTT improves less than 50% in the mixed test in a patient with hemophilia A or B, the possibility of inhibitor development comes to mind first. The presence of an inhibitor should be suspected, especially if unresponsiveness is observed in a patient who has previously responded clinically to factor therapy. The definitive diagnosis and the titer of the inhibitor are determined by the modified Bethesda test. The inhibitory activity, which reduces the FVIII activity of 100% of the patient by half, is called 1 Bethesda Unit (BU/ml), and titers of ≥ 0.6 BU/ml are considered clinically significant (5).

FVIII concentrates are used in the treatment of patients with hemophilia A, and in the absence of inhibitor, 1 unit of FVIII administered intravenously per kilogram increases the plasma factor level by approximately 2 IU/dL. The half-life of FVIII is approximately 8-12 hours. In the treatment of hemophilia B, FIX concentrates are used, and in the absence of inhibitor, 1 unit of FIX administered intravenously per kilo increases the plasma factor level by approximately 1 IU/dL. The plasma half-life of FIX is 18-24 hours. The blood factor level should be measured 15 minutes after the administration of FVIII and FIX (6). FVIII and FIX infusion should be slow and should not exceed 3 milliliters per minute in adults (7).

Management of surgical interventions in patients with hemophilia is an important problem. Prior to the 1990s, surgical interventions in hemophilia were considered high-risk operations. The most important reasons for this were the inability to perform adequate factor replacement therapy and insufficient control of bleeding, post-operative infections and delays in wound healing, and complications such as the transmission of infectious agents due to the use of plasma-derived factors. In the following years, as a result of the fact that safe and high-purity factor concentrates in terms of viral infection can be reached and given in the required amount, surgical interventions have been easier to perform in hemophilia patients (8).

Surgery performed before reaching the appropriate factor levels to ensure hemostasis is an important cause of morbidity and mortality. However, the success of surgical procedures is not only about

replacing the missing factor, but also laboratory monitoring, patient care and rehabilitation in the pre-intervention and post-intervention period. For this reason, surgical procedures of hemophilia patients should be performed in hospitals that have the quality of “Hemophilia Treatment Center” in order to provide the necessary multidisciplinary approach. These centers should have pediatric or adult hematology specialists, relevant surgery specialists, physiotherapists and trained nurses.

After reaching the necessary factor level for hemostasis, the operation should be started. It is recommended that the factor be given as an intravenous bolus at least 5 minutes before the operation. The factor delivery rate should not exceed 3 ml/min in adults. In MSIs, a sufficient factor level for hemostasis should be ensured until 10-14 days after the operations. In orthopedic interventions and in cases where physical therapy exercises are added, the duration may be extended up to 6 weeks. The target factor levels before, during and after the operation in patients with hemophilia A and B are shown in Table 1 (9).

Table 1. Target factor levels, duration and frequency in major surgical interventions for hemophilia A/B patients (9)

	Hemophilia A			Hemophilia B		
	Target level (%)	Duration (Day)	Drug frequency (hour)	Target level (%)	Duration (Day)	Drug frequency (hour)
Just before the operation	80-100			60-80		
Post-operative	60-80	1-3	8-12	40-60	1-3	12
	40-60	4-6	8-12	30-50	4-6	12
	30-50	7-14	12	20-40	7-14	24

Surgical procedures in patients with inhibitors are high risk for bleeding. In addition to the general approaches in patients with inhibitors, PT, aPTT, fibrinogen level and D-dimer levels should be checked at the beginning and every 24-72 hours. The type and amount of factors to be used in the operation in patients with inhibitors vary from center to center. Activated prothrombin complex concentrate (APCC) is given as an infusion of 50-100 IU/kg every 8-12 hours. Since APCC has thromboembolic side effects, it is recommended not to exceed 200 IU/kg per day. If bleeding control is achieved in the first 48 hours with APCC, the dose is gradually reduced. In patients using rVIIa for bleeding control in patients with inhibitors, 90-180 mcg/kg/dose factor bolus should be administered before the operation, and the same dose should be continued for 5 days at 2-hour intervals for major surgeries. In major surgeries, bypassing agents should be given for 10-14 days (10-12).

The aim of our study is to retrospectively evaluate the results of major surgical intervention (MSI) performed by general surgery and orthopedics in hemophilia patients followed in our department in terms of hemostasis success, complication rate and factor consumption.

Methods

The patient files were reviewed retrospectively, and baseline aPTT and factor level before MSI, inhibitor screening result, and inhibitor titer (if any) were recorded. The MSI type of the patients, the amount of factor concentrates given before, during and after the operation, the factor level and aPTT results after factor replacement, complications developed during or after the operation, and whether they received prophylaxis treatment before MSI were noted. The amount of factor concentrate needed by the patients was determined as units per kilogram.

Ethics committee approval for the study was obtained from the Cerrahpaşa Medical Faculty Ethics Committee (Decision A-31, dated 03.01.2017).

World Hemophilia Federation and Turkish Hematology Society (Table 1) guidelines were taken as reference in the MSI hemostasis plan. In our center, the hemostasis plan was applied for an average of 21 days in orthopedic surgeries and an average of 14 days in non-orthopedic surgeries. Unlike in orthopedic surgeries, before MSI, patients with 50-60 IU/kg (100-120% factor level) factor infusion is given as a factor infusion, and if the operation time will be longer than 4 hours, an additional dose of 20 IU/kg (40% factor level) factor 13 replacement was performed. The factor level was planned to be 60-80% in the first 3 days after the operation, 50% until the 14th day and 30-40% after the 3rd week. The replacement therapy could be extended up to 6 weeks according to the physical therapy plan.

In our center, a hemostasis plan was made by administering high doses of factor concentrates in the MSIs of patients with low-response inhibitors (<5 BU/ml). Bypassing agents (rFVIIa and APCC) were used in MSIs in patients with high-response inhibitors (≥5 BU/ml). In general, an average of 14 days of treatment was given in MSIs, except for orthopedics, and an average of 21 days in orthopedic interventions. In our center, APCC was given as an infusion of 50-100 IU/kg every 8-12 hours, however, it was not exceeded 200 IU/kg per day due to the risk of thromboembolism. After the control of bleeding was achieved in the first 48 hours with APCC, the dose was gradually reduced. In patients using rVIIa, after a bolus of 90-180 mcg/kg/dose factor was administered before the operation, the same dose was started at 2-hour intervals for MSI and the dose was gradually reduced. If bleeding occurred and could not be controlled with a single agent, it was considered appropriate to use APCC and rVIIa together.

Results

3.1. General Surgery Interventions

Fifteen patients (14 hemophilia A, 1 hemophilia B) had 15 MSIs. Of the patients with a diagnosis of hemophilia A, 4 had severe, 3 had moderate, and 7 had mild hemophilia. A patient with a diagnosis of hemophilia B had moderate hemophilia. There was no inhibitor in the patients. 5 patients were infected with HCV and 1 patient with HBV.

Laparoscopic cholecystectomy was performed in 4 patients, appendectomy in 3 patients, hemorrhoidectomy in 2 patients, unilateral inguinal hernia in 5 patients, cholecystectomy and right scrotal hernia operation in 1 patient (Table 2). Complications were observed in one patient. A 53-year-old patient with mild hemophilia A (FVIII 13.5%) underwent laparoscopic cholecystectomy in 2010. Perihepatic hematoma developed on the first day after the operation. The measured aPTT value was found to be within normal limits. 2 units of erythrocyte suspension (ES), 5 units of fresh frozen plasma (FFP) and additional factor replacement were performed. A total of 415 factor IU/kg was given.

It was observed that only 2 patients received prophylaxis treatment before MSI. Factor replacement was given as a bolus infusion in all patients. Of the 10 MSIs whose factor type data were available, plasma was administered in 7, recombinant in 2, plasma and recombinant factor concentrates alternately in 1. When the previous MSIs of the patients were examined, 1 patient had knee prosthesis and inguinal hernia, and another patient had an inguinal hernia operation. Since these surgeries were not performed in our center or data could not be accessed, they were not included in our study.

Table 2. General Surgery interventions

Surgery type	Surgery number	Complication	Hemophilia A			Hemophilia B
			Severe	Moderate	Mild	Moderate
Inguinal hernia	5	-	-	3	1	1
Cholecystectomy	4	1	2	-	2	-
Appendectomy	3	-	-	-	3	-
Hemorrhoidectomy	2	-	1	-	1	-
Cholecystectomy + right scrotal hernia	1	-	1	-	-	-

Post-operative hemostasis was planned for an average of 14 days in general surgery interventions. The median value of the factor used in 12 patients whose hemostasis plan could be reached was 422 IU/kg, and the mean value was 394 IU/kg.

3.2. Orthopedic Interventions

Eight patients had 10 MSIs. All of them were diagnosed with hemophilia A. 9 of them were severe and 1 had moderate hemophilia. 2 MSIs were applied to 2 patients with inhibitor, and both had high inhibitory levels.

Five bilateral knee arthroplasty, 2 single knee arthroplasty, 1 left coxarthrosis, 1 left femur fracture, 1 external fixator extraction and flexor tenotomy were performed (Table 3).

Table 3. Orthopedic Interventions

Surgery type	Surgery number	Complication	Hemophilia A		
			Severe		Moderate
			Inhibitor negative	Inhibitor positive	
Bilateral knee arthroplasty	5	1	4	-	1
Single knee arthroplasty	2	-	2	-	-
Left femur fracture	1	-	-	1	-
Left coxarthrosis	1	1	1	-	-
External fixator extraction and flexor tenotomy	1	-	-	1	-

External fixator extraction and flexor tenotomy were performed in one patient with inhibitor. 2267 IU/kg APCC was used in this patient with a diagnosis of severe hemophilia A and an inhibitor level of 39.5 BU/ml. No complications were observed. The other patient with inhibitor was admitted to our emergency department due to a left femoral fracture as a result of a traffic accident. He was diagnosed with severe hemophilia A, was operated in emergency conditions, and his inhibitory status was unknown. Plasma-derived FVIII concentrate was given, but there was day 1 bleeding. During the follow-up, 5 units of erythrocyte suspension (ES) was given, meanwhile, APCC (3733 IU/kg in total) was given to the patient with an inhibitor titer of 10 BU/ml and his bleeding was controlled.

Two complications were seen in 8 MSIs in which no inhibitor was detected. A 39-year-old patient with a diagnosis of severe hemophilia A had a left coxarthrosis operation in 2015. On the 4th day after the operation, intra-articular bleeding, decrease in hemoglobin and prolongation of aPTT were detected, and 2 units of ES, 1 unit of FFP, 1 unit of platelet suspension (PS) and additional factor replacement were performed in the follow-up. MSI with other complications was a 44-year-old patient with a diagnosis of severe hemophilia A. He had bilateral knee arthroplasty operation in 2016 and on the 2nd day after the operation, bleeding in the form of leakage, prolongation of aPTT and decrease in hemoglobin were detected, 2 units of ES, 5 units of FFP and additional factor replacement were performed. In both patients, no inhibitor was detected and bleeding was controlled. The factor used in these two patients was 839-1214 IU/kg, respectively.

Six of the MSIs were receiving pre-intervention prophylaxis treatment. Factor replacement was given as a bolus in all patients. The factor type was plasma-derived factor concentrate in all MSIs.

Post-operative hemostasis plan was made in orthopedic surgeries for an average of 21 days, factor replacement was continued according to the physical therapy plan. According to the hemostasis plan, the median value of factor use was 948 IU/kg and the mean value was 951 IU/kg in 8 orthopedic interventions without inhibitors. In two patients with inhibitor, 2267 and 3333 IU/kg APCC were used.

Discussion

In the replacement therapy of MSIs of patients with hemophilia with factor concentrate, the target factor level and duration have not been determined precisely. Although hemophilia centers have published specific recommendations and factor replacement protocols for their centers, a protocol that will completely prevent bleeding complications has not been determined yet.

MSI is the most common orthopedic intervention in adulthood in hemophilic patients. Oberweis et al. detected bleeding at a rate of 5.8% in 3082 (non-hemophilia) patients who underwent orthopedic surgery (13). Kasper et al. examined 350 operations performed on 163 hemophilia A patients without inhibitors between 1967-1983 and found the rate of bleeding complications at a rate of 23%, and it was observed that this rate increased to 40% in knee operations (14). This shows that the risk of bleeding is high in patients with hemophilia and undergoing orthopedic intervention. Miles et al. retrospectively evaluated 34 hemophilic patients who underwent total hip arthroplasty between 1983 and 2005 and found that no complications developed in these patients (15). In our study, the most common MSI was general surgery (n=15), the second most common was orthopedic interventions (n=10). In our study, 10 orthopedic MSIs were applied to a total of eight patients. Bleeding complications were observed in two of 8 MSIs in six patients with no inhibitor, and no complications were observed in two MSIs in two patients with inhibitors. In both patients with complications, aPTT prolongation was detected in the post-operative period (day 2 in one patient and day 4 in the other).

Considering the general surgery interventions, 15 MSIs were performed in our center and complications were observed in only one patient. The patient with complications was a patient with mild hemophilia A who developed perihepatic hematoma after laparoscopic cholecystectomy. At that time, the aPTT was normal and the bleeding in this patient was primarily thought to be due to surgical hemostasis defect. In the literature, Bastonius et al. found bleeding in 2 patients, subphrenic abscess in 1 patient, and inhibitor development in 1 patient in 68 surgical interventions performed between 1985-1994 (16). In our patient group, there was only one complication (6%) after general surgery and our complication rate was consistent with the literature.

Conclusion

Today, MSIs have become easier to do with the ease of access to safe factor concentrates in patients with or without inhibitors, and the multidisciplinary work in hemophilia treatment centers. Although the number of MSIs with inhibitors was small, the complication rate was similar to MSIs without inhibitors. No patient died from bleeding in MSIs with inhibitors. For this reason, today MSIs can be performed more easily with bypassing agents in patients with inhibitors.

Conflict of Interest: No conflict of interest has been declared by the authors.

Ethical Statement: Ethics committee approval for the study was obtained from the Cerrahpaşa Medical Faculty Ethics Committee (Decision A-31, dated 03.01.2017).

Financial Disclosure: The authors declare this study to have received no financial support

References

1. Shetty S. Haemophilia - diagnosis and management challenges. Mol Cytogenet 2014; 7:144.
2. Carcar MD. The diagnosis and management of congenital hemophilia. Semin Thromb Hemost 2012; 38:727.
3. White GC 2nd, Rosendaal F, Aledort LM, et al. Definitions in hemophilia. Recommendation of the scientific subcommittee on factor VIII and factor IX of the scientific and standardization committee of the International Society on Thrombosis and Haemostas
4. W Keith Hoots, Amy D Shapiro, Clinical manifestations and diagnosis of hemophilia, up to date, may 2016
5. Verbruggen B, Novakova I, Wessels H, Boezeman J, van den Berg M, Mauser-Bunschoten E. The Nijmegen modification of the Bethesda assay for factor VIII:C inhibitors: improved specificity and reliability. Thromb Haemos 1995; 73:247-251.
6. Björkman S, Berntorp E. Pharmacokinetics of coagulation factors: clinical relevance for patients with haemophilia. Clin Pharmacokinet 2001;40(11):815-32.
7. Hemophilia of Georgia. Protocols for the treatment of hemophilia and von willebrand disease. Hemophilia of Georgia, 2012 <http://www.hog.org/publications/page/protocols-forthe-treatment-of-hemophilia-and-vonwillebrand-disease-2>
8. White GC, Courter S, Bray GL, et al. A multicenter study of recombinant factor VIII (Recombinate) in previously treated patients with hemophilia A. Thromb Haemost 1997; 77: 660-7.
9. Türk Hematoloji Derneği, hemofili tanı ve tedavi klavuzu temmuz 2011
10. Economou M, Teli A, Tzantzaroudi A, Tsatra I, Zavitsanakis A, thanassiouMetaxa M. Sequential therapy with activated prothrombin complex concentrate (FEIBA) and recombinant factor VIIa in a patient with severe haemophilia A, inhibitor presence and refr.
11. Miranda GG, Rodgers GM. Treatment of an acquired factor VIII inhibitor with sequential recombinant factor VIIa and FEIBA. Haemophilia 2009; 15: 383-5
12. NovoSeven RT [package insert]. Princeton, NJ: Novo Nordisk Inc., 2010
13. Oberweis BS, Nukala S, Rosenberg A, Guo Y. Thrombotic and Bleeding Complications After Orthopedic Surgery. Am Heart J. 2013;165:427-33.
14. Kasper CK, Boylen AL, Ewing NP, Luck JV Jr, Dietrich SL. Hematologic management of hemophilia A for surgery. JAMA 1985; 253: 1279-83.
15. Miles J, Rodriguez-Merchan EC, Goddard NJ. The impact of haemophilia on the success of total hip arthroplasty. Haemophilia 2008; 14: 81-4
16. Bastounis E, Pikoulis E, Leppäniemi A General surgery in haemophiliac patients Postgrad Med J. 2000 Aug;76(898):494-5.

ORTOPEDİK HASTALIKLARIN TEDAVİSİNDE TELEREHABİLİTASYON KULLANIMI

Mustafa Sarı¹, Demet Öztürk¹, **Beyza Karatepe¹**, Nilgün Bek¹

¹Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara, Türkiye
beyzakaratepe4@gmail.com

Ortopedik rehabilitasyon, bir travma veya cerrahiden sonra bozulmuş fonksiyonu geri kazanmak için oldukça önemlidir. Başarılı bir rehabilitasyon, fiziksel fonksiyonu iyileştirmek için egzersizlerin özellikle uygun kombinasyonlarda ve uygun şekillerde ilerletilmesini gerektirir. Mevcut rehabilitasyon modaliteleri, hem denetimli hem de denimsiz egzersizleri içerir, ancak teknolojiye gelişmeler bu alanda yeni ufuklar açmaktadır. Bu derlemenin amacı, bu nedenle ortopedik hastalıkların tedavisinde telerehabilitasyonun (TR) etkinliğini vurgulamak olarak belirlendi.

Telerehabilitasyon, kaliteli, erişilebilir, uygun maliyetli ve elektronik veya dijital bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanan uygun bir alternatif sağlık hizmeti sistemidir. Rehabilitasyon hizmetlerinin bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla uzaktan sunulmasını ifade eden TR, geleneksel yüz yüze rehabilitasyon hizmetlerinin tamamlayıcısı veya alternatifi olarak kullanılmaktadır. Ayrıca "TR" terimi, değerlendirme, izleme, terapi, önleme, eğitim ve danışmanlığı içeren bir dizi rehabilitasyon ve habilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. TR kronik kas- iskelet sistemi bozuklukları, nörolojik problemler, pelvik taban bozuklukları, cerrahi sonrası rehabilitasyon ve kardiyopulmoner gibi durumlar dahil olmak üzere çeşitli durumları tedavi etmek için etkili bir araçtır.

Ortopedik rehabilitasyon alanındaki güncel gelişmelere bakıldığında bilgisayar yazılımı, biyosensörler ve iletişim teknolojisindeki son gelişmeler ile birlikte, fizyoterapistlerin TR tabanlı uygulamalara yöneldikleri görülmektedir. Bu uygulamalar; mesajlaşma ya da sesli arama tabanlı TR, görüntü tabanlı TR, internet ya da mobil uygulama tabanlı TR, sensör ve entegre sistem tabanlı TR ve sanal gerçeklik tabanlı TR'yi içermektedir. Bu uygulamalar sayesinde hastanın, fizyoterapist ile iletişim devamlılığı, rehabilitasyon sürecinin başarılı kılınması ve maliyet ile ilgili kazanımlar sağlanmaktadır. Ortopedik hastalıkların rehabilitasyonunda egzersizler önemli bir yer tutmaktadır ve egzersizlerin uygun kombinasyonlarda ve uygun şekillerde ilerletilmesi için hasta ile fizyoterapistin iletişim halinde olması büyük önem arz etmektedir. Özellikle internet ya da mobil uygulama tabanlı TR, hastalara görsel ve işitsel olarak egzersizler hakkında geri bildirimler sağlayarak rehabilitasyonun etkinliği artırmaktadır. Omuz, ayak bileği, bel ve non-spesifik boyun ağrısı gibi durumların rehabilitasyonunda TR uygulamasının, geleneksel tedavi yöntemlerine kıyasla etkili ve yeterli olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Bir sistematik derlemede ise, telerehabilitasyonla yapılan egzersizlerin, diğer müdahalelerle karşılaştırıldığında ağrı, fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerinde benzer etkilere sahip olduğu gösterilmiştir. Ayrıca çalışmalar, TR'nin hastanın motivasyonunu artırdığını ve tedaviye uyumu iyileştirdiğini göstermiştir.

Özellikle COVID-19 pandemi dönemi gibi halk sağlığı acil durumlarında potansiyel bir role sahip olan TR, bireylerin kendi sosyal/ mesleki ortamlarında rehabilitasyonlarına devam etmelerini sağlamaktadır. Ortopedik hastalık ve erişilebilirlik sorunları olan hastalarda TR, geleneksel yüz yüze tedavi yöntemlerine alternatif bir rehabilitasyon seçeneği olarak rahatlıkla uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: ortopedi, rehabilitasyon, telerehabilitasyon

ÖLMEK VE YAŞAMAK ÜZERİNE BİR TERCİH: EXTREMİS BELGESELİ

Mehmet Oğuz Yıldırım¹

¹Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema-Televizyon Bölümü, Eskişehir, Türkiye
yildirimmehmetoguz@gmail.com

Ölüm gerçeği, insan için ne zaman geleceği ve sonrasında neler olacağına dair bilinmezlik taşıdığı için dinsel öğelerin kadercilik anlayışı ile kavranmaya çalışılmıştır. Tarihsel süreç içerisinde bireyselliğin gelişmesi, dini dogmaların yerine akılcılığın ön plana çıkması gibi nedenlerden dolayı insan kendi ölümü hakkında söz sahibi olmaya başlamıştır. İntihar, ötanazi gibi kavramlar insanın kendi yaşamına son verme hakkına sahip olduğunu düşünüp uyguladığı eylemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Ölme hakkı dini, sosyal, etik, duygusal, ahlaki ve hukuksal olarak çok boyutlu bir konudur. Bu çalışmada ölüm hakkı konusu, *Extremis* (2016) belgeseli üzerinden incelenecektir. Netflix yapımı olan *Extremis* kısa belgeseli, Amerika'da bir hastanenin yoğun bakım ünitesinde; doktorlar, hastalar ve hasta yakınlarının bir yaşamı sonlandırıp sonlandırmamaya karar verirken yaşadıkları olayları ve duyguları konu almaktadır. Tıp alanında kat edilen teknolojik ilerlemeler bazı hastalıkların sonunu getirmiş, bazı hastalıkların ise tedavisini kolaylaştırmıştır. Bu teknolojik ilerlemelere bağlı olarak ise insan ömrünün süresi uzamıştır. *Extremis* belgeselinde yaşam destek cihazına bağlı olarak ömrü bir müddet daha uzatmak ile ölüm arasında seçim yapan hastalar, hasta yakınları ve doktorların bu kararın ahlaksal boyutu hakkında düşüncelerini sergilenmektedir. Bu çalışmada ölüm hakkı, iradeye bağlı ötanazi etrafında ikilem arasında kalan insanların sergiledikleri farklı ahlaksal ve etik tutumların incelenmesi üzerinden ele alınmıştır. *Extremis* belgeseli bu konu hakkında zengin veri içerdiği için amaçlı örneklem olarak seçilmiştir. Belgeseldeki veriler betimsel analiz tekniği kullanılarak analiz edilmiştir. Konu hakkında herhangi bir ahlaksal yargıda bulunmayan belgesel, izleyiciye aynı durum hakkındaki farklı bakış açılarını sunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: ölüm hakkı, ötanazi, *extremis*, sinema, belgesel

PANDEMİ DÖNEMİNDE EVDE SAĞLIK HİZMETİ GEREKSİNİMİ: RETROSPEKTİF TANIMLAYICI ÇALIŞMA

Sibel Nargiz Koşucu¹, Arife Altın Çetin¹, Ayla Gürsoy¹

¹Antalya Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Antalya, Türkiye

sibel.nargiz@antalya.edu.tr

Evde sağlık hizmetleri, çeşitli sağlık sorunları nedeniyle evde tedavi ve bakım gereksinimi olan bireylere sağlık profesyonelleri tarafından verilen tıbbi hizmettir. Evde sağlık hizmetlerinin amacı; bireyin gereksinimi olan hizmeti hastaneye gelmeden kendi ortamında sağlamaktır. Böylece hastaneye başvuru, hastane enfeksiyonu riski azalmakta, bireylerin yaşam kaliteleri ve memnuniyetleri artmaktadır. Pandemi döneminde bireylerin, virüs riskine maruz bırakılmaksızın, evlerinde hızlı bir şekilde değerlendirilmesini ve tedavilerine başlanmasını desteklemek için, evdeki sağlık bakımı gereksinimlerinin belirlenmesi evde bakım hizmeti planlamaları için oldukça önemlidir. Bu çalışmanın amacı pandemi sürecinde evde sağlık hizmetleri gereksinimlerini belirlemektir.

Retrospektif tanımlayıcı türde olan bu çalışmada, Mart 2020-Mart 2022 tarihleri arasında özel bir hastanenin, evde sağlık hizmetleri birimi tarafından verilen hizmetler incelendi. Veriler evde sağlık hizmetleri biriminin elektronik hasta kayıtlarından elde edildi.

Yirmi dört aylık süreçte; 1398 hastaya, 2097 ev ziyareti ve 2574 adet sağlık hizmeti verildiği belirlendi. Hastaların yaş ortalaması 76 olup, çoğunluğu 65 yaş üzerinde ve kadındı. Evde verilen sağlık hizmetlerinin yaklaşık olarak yarısının (%45.7) kan ve idrar tetkiki için numune alımı olduğu tespit edildi. Numune alım nedeninin çoğunluğunu kronik hastalık nedeniyle alınan düzenli kontrol tetkiki oluşturmaktaydı. En sık talep edilen diğer hizmetler ise Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR) testi, cerrahi ve basınç yarası pansumanı, ilaç uygulamaları (intramuskuler, intravenöz ve subkutan), doktor muayenesi ve nazogastrik/üriner kateter uygulamaları şeklinde sıralanmaktadır.

Çalışma pandemi döneminde evde sağlık hizmetleri gereksinimine ilişkin geniş bir örneklemde tanımlayıcı veriler sağlamaktadır. Pandemi döneminde evde sağlık hizmetlerinin, özellikle yaşlı ve kronik hastalıkları olan bireylerin sağlık izlemlerinde çok önemli bir hizmeti üstlendiklerini göstermektedir. Sonuçlar benzer durumlarda kaynak düzenlenmesinin yapılması, hizmet kalitesinin artırılması ve sağlık hizmeti sunumundaki aksamaların önlenmesi açısından yarar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Evde sağlık hizmeti, bakım gereksinimi, pandemi, sağlık.

PANDEMİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN COVID-19 KORKUSU İLE ORTOREKSİYA NERVOZA ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Fulya Türkmençalıkoğlu¹, Meryem Merve Ören²

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye (ORCID: 0000-0002-4828-8758)

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye (ORCID:0000-0002-3383-7830)

dytfulyaturkmen@gmail.com

Covid-19, MERS ve SARS olarak bilinen hastalıklara da yol açan bir RNA virüsü olan koronavirüs ailesinden gelmektedir. Hastalık 2019 yılında Çin’de ortaya çıkmıştır. Yüksek ateş, öksürük, nefes darlığı, kas ve eklem ağrısı, halsizlik, koku ve tat alma duyusu kaybı, ishal gibi belirtiler ile kendini göstermektedir. Kısa bir süre içerisinde tüm dünyaya yayılarak pandemi haline gelmiş ve ülkeler ciddi tedbirler almak zorunluluğuyla tüm dünyada çeşitli kısıtlamalar uygulanmıştır. **(Kara,2019; Üstün ve Özçiftçi,2020; Keskin,2020)**. Bütün bu uygulamalar ile bireylerin günlük hayatları tamamen değişmiş ve kişiler daha hareketsiz, daha kaygılı, hastalığa yakalanma ve ölüm korkusuyla daha stresli bir hale gelmişlerdir. Bu duygu durum değişikliği, beslenme alışkanlıklarını da kaçınılmaz bir şekilde etkilemiştir.

Beslenme, bağışıklık sistemi ve enfeksiyonlar birbiriyle doğrudan ilişkilidir. Enfeksiyonlar hem immüniteyi hem de besin alımını etkilemektedir **(Yaşar ve AYTEKİN,2021)**. Pandemi sürecinde beslenme, Covid-19’a yakalanmayı doğrudan engelleyemese bile hastalığın seyrini değiştirmede etkili olabilmektedir. Özellikle Covid-19 hastalarının yeterli vitamin, mineral ve besin ögesi alımının bağışıklık, dayanıklılık ve enfeksiyona karşı vücut direncini olumlu yönde etkilediği görülmüştür **(Alexander ve ark.,2020)**. Bireylerin pandemi döneminde bağışıklık sistemlerini güçlü tutmak için daha sağlıklı beslenme veya ek takviye besin ögeleri kullanma davranışına yöneldikleri gibi, daha sağlıksız bir beslenme tarzına yönelmeleri de söz konusu olmuştur. **(Çulfa ve ark.,2021)**. Beslenme ile ilgili ortaya çıkan bu davranış değişiklikleri sağlıklı beslenme takıntısı olarak Türkçeleştirilen ortoreksiya nervozanın araştırılması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Ortoreksiya nervoza, bireylerde yiyecek hazırlamaya odaklanma, gıdanın miktarından çok kalitesi ile ilgilenme, gıdanın kaynağını inceleme, pişirme sırasında besin içeriğinin kaybolup kaybolmadığı, besinlerin doğal/organik olup olmadığı gibi konulara çok fazla zaman harcamanın gözlendiği bir bozukluktur. **(Koven ve Abry,2015)**.

Bu çalışmanın amacı pandeminin başladığı andan itibaren Covid-19 hastalarıyla sürekli temas halinde olan sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlıklarında herhangi bir değişiklik olup olmadığını, Covid-19 korkusu ve sağlıklı beslenme takıntısı olarak da adlandırılan Ortoreksiya Nervoza arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırma, Prof. Dr. Murat Dilmener Acil Durum Hastanesinde çalışan personel ile gerçekleştirilmiş kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma Kasım 2021- Nisan 2022 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken Covid-19 korkusunun Ortoreksiya Nervoza sıklığına etkisi

bilinmediği için %50 olarak alınmış, %10'luk hata, %80 güç, %95 güven aralığında, evren büyüklüğü sayısal olarak bilinmeyen durumlarda hesaplama yapılarak en az 199 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmada toplam 258 kişiye erişilmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak 6 bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü kişilerle yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Anket formu demografik bilgiler, genel bilgiler, beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgiler, Orto-11 Ölçeği, Covid-19 Korkusu Ölçeği ve Yeme Tutum Testi (YTT-26) olmak üzere altı bölümden oluşmaktadır. Orto-11 ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik çalışması Arusoğlu ve ark tarafından yapılmış olup toplam 11 sorudan oluşur, kişiler 11-44 arasında puanlanır ve puan azaldıkça kişilerin ortorektik eğilim gösterdiği şeklinde yorumlanır (**Arusoğlu ve ark.,2008**). Covid-19 korkusu ölçeği ise Ladiklive ark tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış toplam 7 sorudan oluşmakta olan kişilerin 7-35 arasında puan aldığı ve yüksek puanların Covid korkusundaki yüksekliği gösteren bir ölçektir (**Ladikli ve ark., 2020**). Son olarak Yeme Tutum Testi Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Ergüney-Okumuş ve ark tarafından 2020 yılında yapılmıştır ve toplam 26 sorudan oluşmaktadır. YTT-26 için kesme değeri 20 puandır, yüksek puanlar yeme tutumundaki bozukluğu gösterir (**Ergüney Okumuş ve Sertel Berk, 2019**).

İstatistik analizlerde tanımlayıcı istatistikleri için kategorik veriler sayı ve yüzde değerleriyle, sürekli veriler ortalama standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleriyle birlikte verilmiştir. Verilerin istatistiksel karşılaştırmasında sürekli veriler için normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov analizi ile değerlendirilmiştir. Bağımsız gruplarda sürekli verilerin karşılaştırılması için Mann Whitney U testi kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için %95 güven aralığında 0,05 in altındaki p değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

Çalışma grubunun %54,7'si (n=141) kadın, yaş ortalaması 29,8±8 (21-61) yıldır. Mesleklere göre araştırmaya katılanların %43,8'i (n=113) hemşire, %27,6'sı (n=71) ofis çalışanı, %24,8'i (n=64) doktor, %3,8'i (n=10) de diğer sağlık çalışanından oluşmaktadır.

Katılımcıların %52,7'si (n= 136) ayakta veya yatarak Covid-19 tanısıyla tedavi almıştır. Covid-19'a yakalanmayan personel oranı ise %47,3'tür (n=122). Yakınları Covid-19 tanısı alan kişi oranı %81,8 (n=211) olup, %31,8'inin (n=82) bir yakını Covid-19 sebebiyle hayatını kaybetmiştir. Covid-19'a yakalanmaktan korkanların oranı %66,3 (n=171), Covid-19'un yakınlarına bulaşmasından korkanların oranı ise %89,9'dur (n=232). Katılımcıların %32,6'sı (n= 84) pandemi süresi boyunca yakınlarına Covid-19 bulaştırma korkusu sebebiyle yaşadığı yeri değiştirmiştir.

Pandemi sürecinde daha sağlıklı beslendiğini ifade edenlerin oranı %35,3 (n= 91), daha az sağlıklı beslenenlerin oranı ise %27,9'dur (n=72). Katılımcıların %46,9'unun (n=121) pandemi sürecinde yiyecek satın alma miktarında artış gözlenmiş olup gıda alışverişinde geçirdikleri sürenin arttığını belirten kişilerin oranı %33,3'tür (n=86). Pandemi boyunca çalışanların yarısından fazlasının (%54,7) (n=141) fiziksel aktivite düzeyi azalmış ve %70,2'sinin (n=181) çalışma temposu artmıştır. Pandemi

boyunca hastalığa yakalanmamak ve/veya bağışıklığını güçlendirmek için beslenmesine ek olarak bir takviye ürün kullananların oranı %32,2 (n= 83) olarak bulunmuştur.

Katılımcıların Orto-11 ölçeği ortalama puanı $26,3 \pm 5,0$ olmuştur ve %27,5'i (n= 71) ortorektik olarak bulunmuştur. Ortorektik olanlarda yaş ortalaması $29,8 \pm 8,5$ yıl olmayanlarda ise $29,5 \pm 6,7$ yıl olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,324). Ortorektik olan grupta kadınların oranı %56,3 erkeklerin oranı ise %43,7 olarak bulunmuş olup bu fazlalık da istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,737). En fazla ortorektik eğilim gösteren meslek grubu %30,1 ile hemşireler olarak gözlemlenmiştir. Ancak meslek grupları ile de ON arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,830).

Ortorektik olan ve olmayan grup arasında Covid-19 tanısıyla tedavi alma (p=0,347), yakını Covid-19 geçirme (p=0,289), Covid-19 yüzünden hayatını kaybeden bir yakını olma (p=0,865), yakınlarına Covid-19 bulaştırmaktan korkma (p=0,318) ve pandemi süresi boyunca yakınlarına Covid-19 bulaştırma korkusu nedeniyle yaşadığı yeri değiştirme (p=0,391) oranları ile ON arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ortorektik olan bireylerde Covid-19'a yakalanmaktan korkma oranı %77,5 (n=55) ortorektik olmayan grupta %62 (n=116) olup Ortorektik olanlarda Covid-19'a yakalanmaktan korkma oranı istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur (p=0,019).

Katılımcıların Covid-19 Korkusu Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması $18,9 \pm 7,0$ olarak bulunmuştur. ON olanlar 19 (7-34) ile olmayanların 18 (7-35) Covid 19 korkusu ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,091). Ortorektik olan katılımcıların YTT-26 Ölçeğinden aldıkları puanlar ortorektik olmayan gruptakilere göre yüksek bulunmuş ve yeme tutumunda bozulma ile ON arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,001). Katılımcıların YTT-26 Ölçeğinden aldıkları puanların ortancası $11,0 \pm 10,6$ olarak bulunmuş olup katılımcıların %15,1'inde yeme tutumunda bozulma görülmüştür.

Çalışmamızda Covid-19 Korkusu Ölçeği ile Orto-11 Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış fakat "Covid-19'dan korkuyor musunuz?" sorusuna katılımcıların verdiği "evet" cevabı ile Orto-11 Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Pandemi hastanesinde çalışan personelde ortorektik olan grupta Covid-19'a yakalanmaktan korkma oranı daha yüksektir. Bu çalışma pandeminin başlangıcından yaklaşık 2 sene sonra yapılmıştır. Bu süreçte hastalık hakkındaki belirsizliklerin yavaş yavaş ortadan kalkması, aşılarda bulunması, kısıtlamaların gevşetilmesi ve normalleşme adımlarının atılması Covid-19 korkusunun pandeminin ilk aylarına oranla hafiflemesini sağlamıştır. Bu da katılımcıların Covid-19 Korkusu Ölçeği puanlarının düşmesine sebep olmuş olabilir. Aynı zamanda pandeminin üzerinden iki sene geçmesine rağmen ON ile ilgili elde ettiğimiz sonuçlar kişilerin uzun soluklu takip edilmesinin önemli olduğunu göstermektedir.

Kaynakça

1. Alexander, J., Tinkov, A., Strand, T. A., Alehagen, U., Skalny, A., & Aaseth, J. (2020). Early nutritional interventions with zinc, selenium and vitamin D for raising anti-viral resistance against progressive COVID-19. *Nutrients*, 12(8), 2358.

2. Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., & Mirdol, T. K. (2008). OrtoreksiyaNervoza ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3).
3. Çulfa, S., Yıldırım, E., & Bayram, B. (2021). COVID-19 Pandemi Süresince İnsanlarda Değişen Beslenme Alışkanlıkları İle Obezite İlişkisi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 135-142.
4. Ergüney-Okumuş, F. E., & Sertel-Berk, H. Ö. (2019). Yeme Tutum Testi kısa formunun (YTT-26) Üniversite örnekleminde Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, 40(1), 57-78.
5. Kara Ş., S. A., Çakır B. (2019). Salgın ve Salgın İle İlgili Tanımlar Bilgilendirme Notu. *HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi 2019/2020-41*.
6. Keskin, S. (2020). Covid-19 salgını sürecinde kısıtlamaların ve endişelerin tüketici davranışına etkileri. *Ahi Evran Akademi*, 1(2), 69-82.
7. Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 385.
8. Ladikli, N., Bahadır, E., Yumuşak, F. N., Akkuzu, H., Karaman, G., & Türkkan, Z. (2020). Kovid-19 korkusu ölçeği'nin türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması. *International Journal of Social Science*, 3(2), 71-80.
9. Üstün, Ç., & Özçiftçi, S. (2020). COVID-19 pandemisinin sosyal yaşam ve etik düzlem üzerine etkileri: Bir değerlendirme çalışması. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 25(Special Issue on COVID 19), 142-153.
10. Yasar, R. K., & Aytekin, Ö. Ü. (2021). COVID-19 ve Beslenme Arasındaki İlişkiye Güncel Bir Bakış. *Akademik Gıda*, 19(1), 108-115.

PANDEMİ SONRASI DÖNEMDE TELEPSİKİYATRİ UYGULAMALARI: ETİK VE KLİNİK SORUNLAR

Muhammed Emin Boylu¹, Fatma Betül Boylu²

¹T.C. Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, Psikiyatri Birimi, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
betul.boylu@istanbul.edu.tr

Özet

Teletıp; teknolojinin gelişmesiyle birlikte kullanımı artan, tıbbi hizmet ile iletişim teknolojisinin birlikte kullanıldığı görece yeni bir alandır. Pandemi nedeniyle kullanım sıklığı ve çeşitliliği dramatik şekilde artmıştır. Telepsikiyatri; teletıp uygulamaları içinde en sık kullanılanlardan biridir. Bu kullanım klinik, etik ve hukuki meseleleri de beraberinde getirmektedir. Bu çalışmada öncelik pandemi döneminde telepsikiyatri kullanımı ile ilgili ardından pandemi sonrası dönemdeki telepsikiyatri kullanımıyla ilgili klinik, etik ve hukuki sorunlar ele alınarak literatür incelemesi yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Etik, İletişim, Klinik, Pandemi, Telepsikiyatri

TELEPSYCHIATRY PRACTICES IN THE POST-PANDEMIC PERIOD: ETHICAL AND CLINICAL PROBLEMS

Abstract

Telemedicine is a relatively new field in which medical service and communication technology are used together, the use of which has increased with the development of technology. The frequency and diversity of use has increased dramatically due to the pandemic. Telepsychiatry is one of the most frequently used telemedicine applications. This use raises clinical, ethical and legal issues. In this study, a literature review was conducted by first considering the clinical, ethical and legal problems related to the use of telepsychiatry during the pandemic period and then the use of telepsychiatry in the post-pandemic period.

Key Words: Clinic, Communication, Ethic, Pandemic, Telepsychiatry

Giriş

Teletıp, tıbbi uygulama ile bilgi ve iletişim teknolojilerini içeren, hasta doktor ilişkisinin uzaktan, genellikle video aracılı iletişim yöntemleri kullanılarak sağlanmasıdır. Özellikle sağlık tesislerinin yetersiz olduğu bölgeler için çok etkili olduğu kanıtlanmıştır. Hastayı klinik uzmanına taşımak yerine, uzmanın bilgisini ihtiyacı olan hastaya iletmek için teknolojinin gücünden yararlanmak artık

olağan hale gelmiş büyük bir fırsattır (1). Bu nedenle, sağlık hizmetlerindeki bu ilerici değişim hukuk alanında yeni kapılar açabilir (2). Bu bağlamda, yapay zeka, bakım standartlarını geliştirmek için önemli bir rol oynamaktadır (3).

Psikiyatride tele-sağlığın kullanımı geçmişten bugüne istikrarlı şekilde artmaya devam etmektedir. Bunun nedenlerinden biri psikiyatride fizik muayenenin daha geri planda olması ve verbal iletişime bağlı bir tanı-tedavi yöntemi olarak kullanımının daha uygun olması gösterilmektedir (4). Bu nedenlerle tıbbi uzmanlıklar arasında teletıp yönteminin en çok kullanıldığı bölümlerden biri olarak psikiyatri görülmektedir (5).

COVID-19 pandemisi telepsikiyatri kullanımına rağbetin artmasına neden olmuştur. Pandemi döneminde telepsikiyatri uygulamaları diğer teletıp uygulamalarına kıyasla dahi dramatik bir artış göstermiştir. Ancak, bu teknolojilerin uygulanması genellikle çeşitli sorunlar nedeniyle engellenmektedir. Bunlar arasında etik ve yasal kaygılar başta gelmektedir. Bu yeni etik ve yasal sorunların yanında klinik problemlerin de gündeme gelmesi kaçınılmazdır. Özellikle hasta yararı, dağıtım adaleti, mahremiyet ve özerklik dahil olmak üzere telepsikiyatri kullanımına ilişkin bazı etik konuları yeniden gözden geçirilmesi önemlidir.

Biz bu derlemede pandemi ve sonrası dönemde telepsikiyatri uygulamalarının, uygulamadaki olası problemlerin klinik ve etik yönünü ele acağız.

İnceleme:

Teletıp uygulamalarının merkezden uzak bölgeler gibi yeterli klinik bakımın bulunmadığı veya ulaşımın çok zor olduğu yetersiz hizmet alan topluluklarda özellikle yararlı olduğu gösterilmiştir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kanıtlanmış, güvenilir ve uygun maliyetli teletıp ve telesaglık hizmetleri mevcuttur (6).

Teletıp temel olarak iki alanı kapsar. Birincisi, hasta, doktor ve verilen tedavi arasındaki sanal etkileşim, ikincisi ise bilgi akışıdır. Örneğin, hem yüz yüze hem de sanal etkileşimlerde yanlış tanı ortaya çıkabilir. Bununla birlikte, ilkinin hasta şikayetlerinden soruşturma ve uyum standartlarına kadar ayrıntılı bir mekanizması vardır. Teletıpın yayılma hızı yüksektir ve gelecekte maliyet tasarruflarına yol açabilir (7). Ancak, yanlış teşhis riski daha yüksek olabilir (8). Teletıp hizmetlerinin maliyeti, yüz yüze verilen hizmetlerin maliyetiyle hemen hemen aynıdır. Yüz yüze sağlık hizmetleri ve teletıp sağlayıcıları arasında ücret eşitliği garantisi yoktur. Öte yandan, ihmal ve yanlış uygulama gibi sorumluluk ve potansiyel sorunların da teletıp üzerinde etkisi olacaktır. Teletıp, erişimin iyileştirilmesi ve daha ucuz bir maliyetle hızlı hasta katılımı gibi çeşitli faydalar sağlar, ancak etik ve yasal zorlukların üstesinden gelinmesi gerekir.

Pandemi döneminde telepsikiyatri uygulamalarına bakıldığında; bu dönemde ruhsal bozukluğu olan hastaların özellikle risk altında olabileceği ve bu nedenle telepsikiyatri uygulamalarının gerekliliği görülmektedir. İlgili literature bakıldığında; Yao, Chen ve Xu, ruhsal bozukluğu olan hastaların Covid-19 pandemisinde neden özellikle risk altında olabileceğini açıklamak için dört neden

sıralamaktadır. İlk olarak, ruhsal bozukluğu olan hastalar, tehlikelerin daha az farkında olduklarından veya resmi önlemlere daha az uydukları için enfeksiyon açısından yüksek risk altında olabilmektedir; ikincisi, psikiyatri hastalarında Covid-19 enfeksiyonunun hızlı tespit edilemeyebileceği ve enfeksiyon sonrası tedavinin çeşitli psikiyatrik komorbiditeler nedeniyle tehlikeye girebileceği durumlar ortaya çıkabilmektedir. Üçüncü olarak; ruhsal bozukluğu olan hastalar, pandemi nedeniyle tetiklenen toplumdaki panik ve kaygıya karşı daha savunmasız olabilmektedirler. Son olarak ise karantina da dahil olmak üzere çeşitli hükümet önlemlerinin bir sonucu olarak yüz yüze tedavi süreçleri aksayabilmektedir. Daha da önemlisi, ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik yetersiz hizmet, yalnızca mevcut sağlık hizmetleri eşitsizliklerini artırmakla kalmayıp aynı zamanda Covid-19'un yayılmasını kolaylaştırabilmektedir (9).

İstatistikler, teletıpın geniş kitlelerce benimsenmesi durumunda bireylere daha fazla bakım verilebileceğini, uzun vadede maliyet tasarrufu sağlanabileceğini ve toplumun sağlığı için daha organize ve sürdürülebilir bir yol sağlayabileceğini göstermektedir (10).

Telepsikiyatri 50 yılı aşkın bir süredir var olmasına rağmen son zamanlarda yaygın kullanılmaya başlanmıştır (11). Özellikle pandemi döneminde bu uygulamada ciddi bir artış söz konusudur. Bu artışa temel olarak hızla gelişen teknoloji ve pandemi döneminden ötürü son zamanlarda teletıp alanında düzenleyici kanuni kısıtlamaların ani gevşetilmesi sebebiyet vermiş olabilir. Telepsikiyatri; Avustralya ve Kanada gibi bazı ülkelerde zaten iyi organize edilmiştir ve telepsikiyatrinin etkinliği ile kullanıcılarının memnuniyeti çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (12). Telepsikiyatri kullanılarak yapılan psikiyatrik görüşmelerin ve tedavilerin etkisine ilişkin mevcut kanıtlar bu yöntemin olumlu olarak sonuç verdiğini göstermektedir (13).

Bir diğer yandan COVID-19 sonrası beklenen yıkıcı mali hasar da kayda değerdir. Telepsikiyatri ile ilişkili potansiyel maliyet tasarrufları, önemli derecede hasta yararına olacaktır. Bununla birlikte; otizm veya şiddetli agorafobi gibi bazı durumlar için de telepsikiyatrik bakımın potansiyel üstünlüğü öne sürülmüştür (14).

Telepsikiyatrinin ileri sürülen en önemli avantajlarından biri ulaşım ile ilişkili engeller nedeniyle oluşacak boşlukları kapatabilecek daha geniş bir erişim potansiyeline sahip olmasıdır (15). Telepsikiyatri hekim-hasta ilişkisi gibi "benzersiz" olarak adlandırılan bir ilişki için gerçekten de ilişkinin doğasını değiştirebilir niteliğe sahiptir. Ancak COVID sırasında telepsikiyatrinin yaygın kullanımı bize bu konuda benzeri görülmemiş bir karşı görüş sunma fırsatı vermektedir (16). Telepsikiyatri aracılığıyla psikoterapi sunulurken altı temel etik zorluk alanı ileri sürülmektedir. Bunlar; veri güvenliği ve mahremiyet; telepsikiyatri ile tedavi alanların klinik güvenliği; telepsikiyatri klinisyenleri için yeterlilik ve hazırlık; yasal, düzenleyici ve mali kaygılar; hizmetler için aydınlatılmış onam ve sosyal adalet kaygıları olarak sınıflandırılabilir (17). Nispeten uygun maliyetli ve teknolojik olarak basit olan telepsikiyatri çözümlerinin faydaları ilk bakışta inandırıcı görünmektedir. Bununla birlikte, ilişkili etik zorluklar göz ardı edilmemelidir. Özellikle, daha az güvenli olabilen ücretsiz olarak temin edilebilen yazılımlar kullanıldığında veri güvenliği, mahremiyet ve gizlilik riskleri artabilir (18).

Lustgarten, teknolojilerin iyi ve güvenli kullanımına ilişkin bazı önemli önerilerde bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi, klinisyenin telepsikoterapinin söz konusu hasta için uygun olduğundan emin olmasıdır. Örneğin, bu yaklaşım somut intihar düşüncesi olan hastalar için uygun olmayabilir, çünkü acil durumlara hızlı tepki vermek fiziksel mesafe yakınlığı ile mümkündür (19).

Kocsis ve Yellowlees, başkaları veya kendileri için akut olarak tehlikeli olmadıkça, herhangi bir ruhsal bozukluğu olan hastaların çoğu için telepsikiyatrinin uygulanabilirliği konusunda bir fikir birliği olduğunu belirtmektedirler (20).

Telepsikiyatrik tedavi sağlayan klinisyenler hastalarını güvenlik açısından izlemeli ve buna göre gereklilik halinde yüz yüze hizmetlere başvurmalıdır. Bir diğer ön koşul olarak, terapistin telepsikiyatrik hizmetler sunabilecek nitelikte olması gerekir. Tedaviyi uzaktan uygulamak için klinisyenin belirli yetkinlikleri haiz olması gerekmektedir (21).

Özellikle mobil uygulamaların kullanımı gibi yeni ortaya çıkan teknolojilerle ilgili olarak klinisyenler yeni yetkinlikler ve zorluklarla karşılaşabilmektedir (11). Daha önce kurulmuş bir terapötik ilişki ile bile sanal ortamda terapötik bir bağ yaratmak ve sürdürmek, teknolojik sebepler veya ağ arızaları nedeniyle hala yanlış anlamalara, hayal kırıklıklarına veya kesintilere yol açabilmektedir.

Literatürde hastanın temel hakları ve tıbbi uygulama hatası konuları da ele alınmaktadır. Malpraktis hakkındaki tartışma; teletıp için yeni bir malpraktis şekli tanımlayanlar ile normal malpraktisten hiçbir farkı olmadığını belirtenler şeklinde temel olarak ikiye ayrılabilir. Bazı makaleler, doktorların “telefon ihmal”inden kaçınmak için eğitilmesi gibi ilginç kavramlar önermektedir (22). Parimbelli tüm paydaşlar için teletıp uygulaması ile ilişkili genişletilmiş bir sorumluluk sigorta kapsamı önermektedir (23).

Telepsikiyatri uygulamaları ile bazı standart psikoterapi parametreleri tehlikeye girebilir. Örneğin, klinisyen-hasta ilişkisinde temel göz teması standardını oluşturmak sanal ortamlarda zorlayıcıdır. Bu gibi durumlarda, özellikle bir terapistle evden iletişim kurarken, hastanın aşinalık veya yakınlık duygusu değişebilir (24). Bununla birlikte çevrimiçi telepsikiyatrik bakım, terapötik ilişki için bazı hasta gruplarında (örn. agorafobi, vb) çeşitli avantajlar da sunabilir (11). Klinisyenler bu avantajlardan yararlanabilmelidir.

Ayrıca potansiyel yasal sonuçlar da vardır; örneğin, telepsikiyatri ulusal sınırların ötesinde sağlanırsa, lisanslama, bakım geri ödemesi ve yanlış uygulama sigortası sorunları ortaya çıkabilir (24). Covid-19 pandemisi sırasında, ABD’deki bazı eyaletler lisans gerekliliklerini değiştirdi, bazen uygulayıcıların lisanslı olmadıkları bir eyaletten bile hastaları tedavi etmelerine izin verilmiştir. Verilerin maksimum düzeyde korunması için doktor, hastanın verilerini başkalarına aktarırken ve veri depolamada azami dikkat göstermelidir (25). Hastanın telepsikiyatrinin avantajları ve dezavantajları hakkında bilgi sahibi olup dikkatli bir karar verme süreci yaşaması için, klinisyenler uygun bir bilgilendirilmiş onam prosedürü oluşturarak hastanın karar verebilmesi için yeterli zamanı tanınmalıdır (26). Murphy ve Pomerantz, çevrimiçi psikoterapi için aydınlatılmış onamın en önemli yönlerini içeren

ve psikoterapistlerin aydınlatılmış onam uygulamalarına yardımcı olması amacıyla geliştirilen bir anketi derlemiştir (27).

Telepsikiyatri ile ilgili bir başka endişe de, bu teknolojiye adil erişimde sosyal adalet meselesidir. Birçok düşük, orta gelirli ve hatta bazı yüksek gelirli ülkeler, telepsikiyatri ve telepsikoterapiye sınırlı erişime sahiptir (28). Birçok hasta, yeterlilik ve hizmet kalitesi için uygun teknolojiye sahip olmayabilir.

Günümüzde teletıp uygulamalarına baktığımızda genellikle hasta özerkliğinin korunması, hasta güvenliği, kültürel çeşitlilik ve insani değerler sistemi ile bağlantılı etik sorunlar görmezden gelinmektedir (29).

Son olarak Shore bazı önemli soruları gündeme getiriyor: pandemiden sonra ne olacak? Çeşitli yasal düzenlemelerle psikiyatri kurumları ve psikoterapistler için telepsikiyatriyle ilgili olarak yapılan değişiklikler korunacak mı? Bu durum psikiyatrinin profesyonel alanını nasıl değiştirecek ve şekillendirecek? Gelecekte bu soruların nasıl yanıtlanacağı sadece sağlık politikası tarafından değil, aynı zamanda psikoterapi uygulayan her birey, uygulama sistemleri ve ayrıca telepsikiyatri konusunu inceleyen araştırmacılar tarafından belirlenecektir (11).

Tartışma ve Sonuç:

Hastalar için teletıp; tıbbi konsültasyon, hemşirelik, teleradyoloji, psikoterapi ve telenöroloji alanlarında uygulanabilir ve iyi kabul görmüştür. Teletıpla ilgili makalelerde ileri sürülen bazı avantajlar incelendiğinde, özellikle kırsal ve ulaşılması zor alanlarda doktor ve hasta arasındaki mesafenin azaltılmasını sağlamak ve hastaların psikolojik destek alma olasılığını artırmaktadır.

Özellikle pandemi döneminde telepsikiyatri kullanımına ilişkin kısıtlamaların azalmasıyla bu alanda sağlık hizmetlerine erişim imkanı büyük oranda artmıştır. Telepsikiyatri pandemi sonrasında da bu şekilde geniş bir alanda kullanılmaya devam ederse, hasta mahremiyetini ve görüşme kalitesini güvence altına almak için yeni düzenleyici kılavuz ilkelerin belirlenmesi gerekecektir. Bu değişikliklerden haberdar olmak ve gerektiğinde telepsikiyatri uygulamalarını sürdürürken mahremiyeti güvence altına alacak ayarlamaları yapmak klinisyenlerin sorumluluğundadır. Bununla birlikte, bu yaklaşımı düşünen herhangi bir terapist, hastanın bireysel ihtiyaçlarını ve özel durumunu dikkate almalı, gerekli ön hazırlıkları tamamlamak için yeterli zaman ayırmalı ve söz konusu alan ile ilgili mevcut mevzuat ve kılavuzlar hakkında iyi bilgi sahibi olmalıdır. Veri gizliliği de bu noktada önemli bir meseledir.

Bir diğer önemli husus da teletıp faaliyeti yürütenlerin eğitimi ve profesyonelliğidir. Teletıp yöntemleriyle entegre sağlık eğitimlerinin düzenlenmesi ve programlanması için yapılması gereken hazırlık; üniversitelerin, eğitim kurumlarının ve bireysel bilimsel toplulukların sorumluluğundadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin performansına büyük ölçüde yardımcı olacaktır.

Bunlarla birlikte hukuki düzenlemelerin yokluğu konusunu hafife almamak gereklidir. Birçok çalışma, teletıp faaliyeti ile ilgili mevzuatın pek çok durumda tamamen olmasa da eksik olduğunu

göstermektedir. Teletıpın küresel olarak benimsenmesini artırmak için teletıp yasalarının standardizasyonu şarttır.

Teletıp faaliyetine tam olarak girmiş gibi görünen ve gereken dikkatle ele alınan iki konu vardır: etik argümanlar ve maliyetler. Teletıpın etik yönleri pek çok çalışmada ele alınmıştır ve bu çalışmalarda yazarların çoğunun üzerinde ortak bir şekilde durduğu başlıklar şu şekildedir; hasta bilgilerinin korunması, aydınlatılmış onam ve ekranın arkasında acı çeken gerçek bir kişinin olduğunun kabulü.

İyi gelişmemiş yönleri ve bazı eksiklikleri hala mevcut olsa da teletıp çalışmalarının çeşitli organizasyonel ve pratik konuların üstesinden geldiğini de görmekteyiz.

Sonuç olarak, olağanüstü zamanlar olağanüstü kamusal önlemler ve tedavi biçimleri gerektirir. Telesikiyatri, Covid-19 pandemisi gibi toplum sağlığını etkileyen bir kriz sırasında ruhsal bozukluğu olan hastalar için hizmet yetersizliğini önlemenin önemli bir yolu olmuştur. Tartışılan verilere dayanarak, telesikiyatrinin psikiyatrik tedavi için hayati bir yönü olduğunu ve pandemi döneminin ötesinde bir tedavi formatı olarak daha da geliştirilerek yaygın kullanıma sunulması gerektiğini düşünüyoruz.

Kaynakça:

1. Lucas H. Information and communications technology for future health systems in developing countries. Social science & medicine. 2008;66(10):2122-32.
2. Burke Jr B, Hall R. section on telehealth care. Telemedicine: Pediatric Applications. Pediatrics. 2015;136(1):e293-e308.
3. Abidi SSR, Goh A, Yusoff Z. Telemedicine and medical informatics in the multimedia super corridor: the Malaysian vision. MEDINFO'98: IOS Press; 1998. p. 1282-6.
4. Spivak S, Spivak A, Cullen B, Meuchel J, Johnston D, Chernow R, et al. Telepsychiatry use in US mental health facilities, 2010–2017. Psychiatric services. 2020;71(2):121-7.
5. Chakrabarti S. Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. World journal of psychiatry. 2015;5(3):286.
6. Fong B, Fong ACM, Li CK. Telemedicine Technologies: Information Technologies in Medicine and Digital Health: John Wiley & Sons; 2020.
7. Chandwani RK, Dwivedi YK. Telemedicine in India: current state, challenges and opportunities. Transforming government: people, process and policy. 2015.
8. Jin Z, Chen Y. Telemedicine in the cloud era: Prospects and challenges. IEEE Pervasive Computing. 2015;14(1):54-61.
9. Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. 2020.
10. Fiscella K, Frankel R. Overcoming cultural barriers: international medical graduates in the United States. Jama. 2000;283(13):1751-.

11. Shore J. The evolution and history of telepsychiatry and its impact on psychiatric care: Current implications for psychiatrists and psychiatric organizations. *International Review of Psychiatry*. 2015;27(6):469-75.
12. Bashshur RL, Shannon GW, Bashshur N, Yellowlees PM. The empirical evidence for telemedicine interventions in mental disorders. *Telemedicine and e-Health*. 2016;22(2):87-113.
13. Aboujaoude E, Salame W, Naim L. Telemental health: A status update. *World psychiatry*. 2015;14(2):223-30.
14. Chin HP, Palchik G. Telepsychiatry in the age of COVID: some ethical considerations. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2021;30(1):37-41.
15. Molla R. Office work will never be the same. *Vox* May. 2020;21.
16. van Wynsberghe A, Gastmans C. Telepsychiatry and the meaning of in-person contact: a preliminary ethical appraisal. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2009;12(4):469-76.
17. Stoll J, Sadler JZ, Trachsel M. The ethical use of telepsychiatry in the Covid-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*. 2020:665.
18. Gamble N, Boyle C, Morris ZA. Ethical practice in telepsychology. *Australian Psychologist*. 2015;50(4):292-8.
19. Lustgarten SD, Garrison YL, Sinnard MT, Flynn AW. Digital privacy in mental healthcare: current issues and recommendations for technology use. *Current opinion in psychology*. 2020;36:25-31.
20. Kocsis BJ, Yellowlees P. Telepsychotherapy and the therapeutic relationship: Principles, advantages, and case examples. *Telemedicine and e-Health*. 2018;24(5):329-34.
21. Colbow AJ. Looking to the future: Integrating telemental health therapy into psychologist training. *Training and education in professional psychology*. 2013;7(3):155.
22. Stowe S, Harding S. Telecare, telehealth and telemedicine. *European Geriatric Medicine*. 2010;1(3):193-7.
23. Parimbelli E, Bottalico B, Losiouk E, Tomasi M, Santosuosso A, Lanzola G, et al. Trusting telemedicine: a discussion on risks, safety, legal implications and liability of involved stakeholders. *International journal of medical informatics*. 2018;112:90-8.
24. Chiang K-F, Wang H-H, Chien I-K, Liou J-K, Hung C-L, Huang C-M, et al. Healthcare providers' perceptions of barriers in implementing of home telecare in Taiwan: A qualitative study. *International journal of medical informatics*. 2015;84(4):277-87.
25. Legido-Quigley H, Doering N, McKee M. Challenges facing teleradiology services across borders in the European union: A qualitative study. *Health policy and technology*. 2014;3(3):160-6.
26. Kotsopoulou A, Melis A, Koutsompou V-I, Karasarlidou C. E-therapy: The ethics behind the process. *Procedia Computer Science*. 2015;65:492-9.
27. Langarizadeh M, Moghbeli F, Aliabadi A. Application of ethics for providing telemedicine services and information technology. *Medical Archives*. 2017;71(5):351.
28. Nittari G, Khuman R, Baldoni S, Pallotta G, Battineni G, Sirignano A, et al. Telemedicine practice: review of the current ethical and legal challenges. *Telemedicine and e-Health*. 2020;26(12):1427-37.
29. Kaplan B, Litewka S. Ethical challenges of telemedicine and telehealth. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2008;17(4):401-16.

PANDEMİ SONRASI DÖNEMDE UZAKTAN HASTA TAKİP SİSTEMLERİNİN GÜNCEL PROBLEMLERİ VE GELECEĞİ

Furkan Alp Eren¹

¹*İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*
erenfurkanalp@gmail.com

1950-1960'lardan itibaren gelişmeye başlayan sağlık bilişimi pek çok açıdan sağlığın önemli bir bileşeni haline gelmiştir. Sağlık bilişiminin daha kullanılır hale gelmesiyle verimlilik ve kalite artma; ilaç kullanımı ve tıbbi hatalar azalma eğilimine girmiştir. Sağlık bilişimindeki gelişme güncel tıp pratiğinde de değişme ve gelişmeyi tetiklemiştir.(Cihan, 2015) Mevcut haberleşme olanakları ve izlem sistemleri e-sağlık, tele-sağlık, teletıp gibi uygulamalarla birleşerek hasta takibini hastane odaklı olmaktan çıkarıp hasta merkezli uzaktan takibi mümkün kılmaktadır. Uzaktan hasta takip sistemleri yaşlı, engelli, bakıma muhtaç durumdakiler gibi özellikli hasta gruplarının takibini kolaylaştırdığı gibi sağlık sisteminde karşılaşılan personel yetersizliği, yatak yetersizliği, artan maliyetler gibi pek çok olası zorluğun önüne geçtiği için avantajlıdır.(Küçüköner ve Yavuz, 2016)

Uzaktan hasta takibi uygulamaları tedavi ve rehabilitasyon maliyetlerini azaltır, bakıma erişimi kolaylaştırır, hastaların kendi ev ortamlarında daha uzun süre kalmalarına olanak tanır, kent-kır ayrımını azaltır, hastane enfeksiyonu gibi problemlerin önüne geçer. Uzaktan hasta takip istemlerinin pek çok önemli avantajı olsa da bu uygulamaların hayata geçmeden önce çözülmesi gereken örgütsel, etik, yasal, tasarıma dair, kullanıma dair problemleri mevcuttur.(Botsis ve Hartvigsen, 2008)

Bu bağlamda olası dezavantajları sıraladığımızda ilk sırada yaşlı popülasyonda yeni teknolojilere uyum konusunda yaşanabilecek problemleri öne çıkarabiliriz. Daha sonrasında ise kişisel sağlık bilgilerinin güvenliğini ve gizliliğini sağlamakla ilgili çekinceleri, hekimle yüz yüze iletişimi azaltmasını, önemli olabilecek semptomların ve şikayetlerin atlanmasına neden olabildiğini, fizik muayene imkanını önemli ölçüde azaltmasını, hastaların tedavi-ilaç uyumunu düşüreceği endişesini sayabiliriz. Göz önünde bulundurulması gereken bir başka nokta bu uygulamaların her zaman sosyal güvenlik kapsamında olmayabileceğidir.

Son yıllarda yaşadığımız acı pandemi tecrübesiyle birlikte sağlık hizmetlerine erişimde büyük zorluklar yaşanmış ve sağlık hizmetlerine hakkaniyetli erişim konusu bir kez daha tartışmaya açılmıştır. Sağlık hizmetlerinin, sağlık hakkını kamusal tedbirler ile güvence altına alacak bir biçimde yeniden yapılandırılması ihtiyacı çok daha görünür olmuştur. Bu dönemde sağlık hizmetine erişme hakkı önünde ortaya çıkan engellerin, bilgi teknolojileri kullanımı yolu ile aşılması fikri daha cazip hale gelmiştir.

Mevcut durumda uzaktan hasta takip sistemlerinin rutin uygulamaların tamamlayıcısı olabileceği görüşü hakimdir. Gelecekte ise özellikle bilgisayarlı görü sistemlerinin gelişimiyle birlikte bu uygulamaların özellikle yaşlı, hastaneye erişimi zor, engelli bireylerin süreçlerini yönetmekte başarılı

ve belki birinci sıralarda yer alabilecek uygulamalar olacağı söylenebilir. Bu uygulamalara uyumlu kombine modeller geliştirilebilir, hastane temelli girişimler entegre edilebilir. Bu uygulamaların başarısını artırmak için kuşkusuz yazılım, işletim ve elektronik ekipman-gereçlerin büyük bir önemi bulunmaktadır. Biyomühendislik ve biyoteknolojik gelişmelerin bu konuda büyük bir fark yaratması beklenebilir. Hasta güvenliğinin en iyi biçimde sağlanması ve nitelikli sağlık hizmetinin verilebilmesi için uzaktan sağlık uygulamaları alanlarında çalışmalara, yatırıma, düzenleyici ve denetleyici kurumlara ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır.

Kaynaklar

1. Botsis T, Hartvigsen G. (2008). *Current status and future perspectives in telecare for elderly people suffering from chronic diseases*. Journal of Telemedicine and Telecare 2008;14(4):195-203.
2. Cihan A. (2015). *Sağlık Bilişimi*. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Öğretim Fakültesi: İstanbul.
3. Küçüköner E, Yavuz E. (2016) *Yaşlı ve Engelli Hastalar için Uzaktan Takip Sistemi*. Mühendislik Bilimleri Ve Tasarım Dergisi, vol 4, no. 2, 2016, p. 99.

PANDEMİDE KAMU ÇALIŞANLARINDA PASİF VE AKTİF SİGARA İÇME VE BIRAKMA DENEYİMLERİ

Demet Karagöz¹, Leyla Karaoğlu¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Rize, Türkiye
demet.karagoz@erdogan.edu.tr

Kapalı alanlarda sigara içme yasağı Temmuz 2009'da Türkiye'de tüm illerde uygulanmaya başlamıştır. Yasağın öncelikli nedeni pasif içiciliği önlemek ikincil amacı sigara kullanım düzeyini azaltmaktır. Bu çalışmanın amacı, Rize il merkezindeki kamu kurumu çalışanlarının, pandemi sürecinde, pasif içicilik, sigara kullanım düzeyini, bırakma davranışlarını ve ilişkili faktörleri saptamaktır.

Kesitsel tipteki çalışmanın örnek büyüklüğü; %95 güven düzeyi, prevalans %50, sapma %5 ve %10 yanıtlamama oranı ile 360 personel olarak hesaplanmış, veri toplama sırasında gönüllü sayısının artması üzerine 365 personele ulaşılmıştır. Kurumlar vilayet, adliye, belediye, emniyet ve sağlık şeklinde tabakalandırılmış, her tabakadan örneğe girecek personel sayısı belirlenmiş, önceden randevu alınarak kurumlara gidilmiştir. Ziyaret gününde kurumda mevcut olan personele belirlenen tabaka sayısına ulaşıncaya kadar gönüllük esasına göre ve pandemi kurallarına uyularak gözlem altında anket uygulanmıştır. Ankette sosyodemografik özellikler, COVID-19 deneyimleri, sigara kullanım sıklığı, işyerinde ve evde sigara içilmesi, sigara bırakma ile ilgili sorular yer almıştır. İstatistiksel analizlerde tek yönlü hipotez testlerinden sonra anlamlı bulunan bağımsız değişkenlerin tümünün halen sigara kullanma ve pandemide sigara bırakma girişimine etkisi lojistik regresyon testi ile incelenmiştir. Araştırma için gerekli etik ve idari izinler alınmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması 37.9±0.4 yıldır, %58.9'u erkektir, %74.0'ı ön lisans/lisans mezunudur, %76.2'si evlidir. Pasif sigara içme ile ilgili olarak, katılımcıların %74.2'si sigara içenlerle bir arada bulunmakta, %38.0'ı özel aracında sigara içmekte, %20.8'inin her gün evinde sigara içilmekte, %18.4'ü işyerinde kapalı alanda sigara içmektedir. Katılımcıların %32.1'i iş yerinde kapalı alanda sigara içen çalışan görmüştür. Katılımcıların %30.5'i pandemi sürecinde sigarayı bırakma girişiminde bulunmuştur. Bırakma girişimi COVID-19 tanısı alanlarda belirgin olarak yüksek saptanmıştır (%46.7) (p=0.026). COVID-19 tanısı alanların %16.7'sine, almayanların %8.0'ına doktor tarafından sigara dumanı olan yerlerde bulunmaması önerilmiştir (p=0.012). Tütünü bırakması önerilenlerin %62.5'i sigara bırakma girişiminde bulunmuşken, önerilmeyenlerin %25.5'i bırakma girişiminde bulunmuştur (p=0.003). Doktor tarafından tütün dumanı olan yerlerde bulunmaması önerilenlerin %77.8'i bırakma girişiminde bulunurken, önerilmeyenlerin %26.6'sı bırakma girişiminde bulunmuştur (p=0.001). Pandemi sürecinde sigara kullanmaya etki eden primer bağımsız değişkenler erkek olma (OR=4.66), boşanmış olma (OR=5.84), evde her gün sigara içilmesi (OR=5.41), koronavirus hastalığı açısından risk altında olmadığını düşünme (OR=1.593) ve sigara içenlerle bir arada bulunmadır (OR=6.895). Pandemi sürecinde sigara bırakmayı denemede etkili olan primer bağımsız değişkenler doktor tarafından sigaranın bırakılmasının önerilmesi (OR=3.80) ve doktor tarafından sigara dumanı

olan yerlerde bulunmamanın önerilmesidir (OR=7.20).

Rize ili kamu çalışanlarında pandemi sürecinde pasif içiciliğin yaygın olduğu, kamusal kapalı alanlarda sigara içildiği, bireysel ve çevresel faktörlerin sigara kullanımını etkilediği, sigara bırakma girişiminde ise COVID-19 tanısı almanın ve hekim önerilerinin yüksek düzeyde etkili olduğu saptanmıştır. Kamu personeline sigara zararları ve yasağı hakkında eğitim verilmesi, hekimlere yönelik sigara bırakma danışmanlığının yaygınlaştırılması ve etkinleştirilmesi, tütün salgınına kontrol etmeye yönelik politika paketinin ciddiyetle uygulanması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: sigara, danışmanlık, bırakma, çalışan, pandemi

PEDİATRİK ÖNKOL KIRIKLARININ TEDAVİSİNDE TEN UÇLARINI CİLT ALTINDA MI BIRAKALIM, DIŞARDA MI BIRAKALIM?

Niyazi İğde¹

¹Akçakale Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Şanlıurfa, Türkiye

ORCID ID: 0000-0001-9097-5992

niyazi_igde@hotmail.com

Önkol kırıkları pediatrik popülasyonda yaygın olarak görülmekle birlikte sıklıkla konservatif olarak tedavi edilmektedir. Elastik stabil intrameduller çivileme (ESIN) stabil olmayan pediatrik ön kol kırıklarında kabul edilen bir yöntemdir. Bu çalışmada ESIN ile tedavi edilen pediatrik önkol kırıklarında titanyum elastik çivin (TEN) uçlarının cilt altında bırakılması ya da dışarıda bırakılmasının klinik sonuçlara etkisi, avantaj ve dezavantajlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Ağustos 2020-Temmuz 2022 arasında Şanlıurfa Akçakale Devlet Hastanesinde tedavi edilen 32 hasta retrospektif olarak incelenerek çalışmaya dahil edildi. Hastaların cinsiyetleri, yaşları, takip süreleri, kırıkların kaynama süreleri, implantların çıkarılma süreleri, komplikasyonları, son takiplerindeki fonksiyonel sonuçları kaydedildi.

12 hastada TEN uçları cilt altında bırakılırken 20 hastada uçları eğilerek cilt dışında bırakılmıştı. Hastaların ortalama yaşı 8,5 (5-14), 19 u erkek 13 kız çocuklardı. Ortalama takip süresi 9,18 (2-20) ay, ortalama kaynama süresi 7,43 (5-10) hafta, implant çıkarılma süresi ucu dışarıda bırakılan çivilerde 7,3 (5-8) hafta, ucu cilt altına gömülen çivilerde 22,58 (14-36) hafta idi. Tüm hastalarda tam kaynama sağlanırken 2 hastada yüzeysel pin dibi enfeksiyonu, 2 hastada cilt irritasyonu gelişti.

Cerrahi olarak tedavi edilen pediatrik önkol çift kemik kırıklarında TEN çivisi altın standart yöntemdir. Çalışmamızda her iki grupta kırıklarda tam kaynama sağlanırken fonksiyonel olarak mükemmel sonuçlar elde edilmiştir. TEN çivisi uygulanırken çivi uçlarının dışarıda bırakılması implant çıkarılması aşamasında anesteziye minimal ihtiyaç duyulması, ikincil cerrahi süresinin kısa olması, implant migrasyonun daha az olması, implant çıkarılması sırasında gelişebilecek tendon hasarının daha az olması nedeniyle daha avantajlı olarak değerlendirilirken gelişebilecek pin dibi enfeksiyonu açısından yakın takibi önemlidir.

Anahtar kelimeler; pediatri, önkol, kırık, elastik stabil intrameduller çivileme, titanyum elastik çivi

PROTECTIVE EFFECT OF GALLIC ACID ON LIVER TISSUE DAMAGE CAUSED BY CYCLOPHOSPHAMIDE

Derya Öztürk Okatan¹, Elif Alvuroğlu¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
elifkyn.61@gmail.com

Cyclophosphamide(CP) is an alkylating agent widely used in the treatment of malignant diseases and autoimmune diseases such as systemic lupus erythematosus, vasculitis, scleroderma. It has antineoplastic, anti-inflammatory, cytotoxic, immunosuppressive effects. In addition to its success in treatment, it also has side effects. It is a prodrug. It is metabolized by cytochrome P450 in the liver and turns into metabolites. Metabolites lead to disruption of DNA synthesis and cell death. (1-5). Gallic acid(GA) is an important polyphenolic substance found in green tea, walnuts, grapes, mango, etc. It is a powerful and natural antioxidant. It has a series of activities such as scavenging free radicals, anti-inflammatory, antiapoptotic, antimutagenic, anticarcinogenic(6-8). In this study, it was aimed to investigate the effects of GA in preventing the damage that CP may cause in adult rat liver.

In this study, 32 female Sprague Dawley rats were used. The rats were divided into 4 groups. Control group; No application was made. CP group; On the seventh day of the experiment, a single dose of CP(150mg/kg) was administered intraperitoneally. GA group; From the first day of the experiment, gallic acid was administered by oral gavage at a daily rate of 40mg/kg for 8 days. CP+GA group: From the 1st day of the experiment, 40mg/kg gallic acid was administered daily by oral gavage for 8 days, and 150mg/kg intraperitoneal CP was administered on the 7th day. At the end of the study, liver tissue was removed. Routine tissue follow-up was performed, tissues were blocked. Sections taken were stained with hematoxylin and eosin, periodic acid shift(PAS). In the histopathological evaluation, microvesicular lipid accumulation in hepatocytes, hepatocyte degeneration, PAS positive density, inflammatory cell infiltration, hemorrhage, congestion were evaluated by scoring(0:none-mild, 1:moderate, 2:intense). Kruskal-Wallis variance analysis (the Mann-Whitney U test with Bonferroni correction as post hoc) was used to compare the groups. P-values lower than 0.05 were considered to be statistically significant.

In the histopathological evaluation, hepatocytes, sinusoids, lobules and portal area structure were found to be normal in the control group. The GA group was similar to the control group. In the CP group in hepatocytes microvesicular lipid accumulation, degenerative changes and an increase in PAS positive density were observed. CP+GA group The findings in the CP group continued, but decreased considerably.

It was concluded that GA may be effective in preventing the damage caused by CP in the liver tissue.

Keywords: Gallic acid, cyclophosphamide, liver

References:

1. Fraiser LH, Kanekal S, & Kehrer JP. (1991). Cyclophosphamide toxicity. *Drugs*, 42(5), 781-795
2. Ahmed, A. R., & Hombal, S. M. (1984). Cyclophosphamide (Cytoxan): a review on relevant pharmacology and clinical uses. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 11(6), 1115-1126
3. Richmond R, McMillan TW & Luqmani R.A. (1998). Optimisation of cyclophosphamide therapy in systemic vasculitis. *Clinical pharmacokinetics*, 34(1), 79-90
4. Spears N, Lopes F, Stefansdottir A, Rossi V, De Felici M, Anderson RA & Klinger FG. (2019). Ovarian damage from chemotherapy and current approaches to its protection. *Human reproduction update*, 25(6), 673-693
5. Hamzeh M, Hosseinimehr SJ, Mohammadi HR, Beklar SY, Dashti A & Amiri FT. (2018). Atorvastatin attenuates the ovarian damage induced by cyclophosphamide in rat: An experimental study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 16(5), 323
6. Oyagbemi AA, Omobowale TO, SabaAB, Adedara IA, Olowu ER, Akinrinde AS & Dada RO. (2016). Gallic acid protects against cyclophosphamide-induced toxicity in testis and epididymis of rats. *Andrologia*, 48(4), 393-401
7. Olayinka ET, Ore A, Ola OS & Adeyemo OA. (2015). Ameliorative effect of gallic acid on cyclophosphamide-induced oxidative injury and hepatic dysfunction in rats. *Medical Sciences*, 3(3), 78-92
8. Dehghani MA, Maram NS, Moghimipour E, Khorsandi L&Mahdavinia M. (2020). Protective effect of gallic acid and gallic acid-loaded Eudragit-RS 100 nanoparticles on cisplatin-induced mitochondrial dysfunction and inflammation in rat kidney. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular Basis of Disease*, 1866(12), 165911

PROTETİK DİŞ TEDAVİSİNDE KULLANILAN GÜNCEL RENK TESPİT YÖNTEMLERİ

Gül Ateş¹

¹Çankırı Karatekin Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı, Çankırı, Türkiye
gulates@karatekin.edu.tr

ORCID ID: 0000-0002-1181-3045

Doğal diş rengine uygun estetik protetik restorasyonlar oluşturmak için doğru renk seçimi son derece önemlidir. Bu derlemenin amacı güncel renk seçim yöntemleriyle ilgili bilgi vermektir.

Protetik diş tedavisinin amacı kaybedilen fonksiyon, fonasyon ve estetiğin sağlanmasıdır. Estetiğin sağlanması için doğru endikasyon, uygun malzeme seçimi gibi unsurların yanı sıra doğal diş renginin elde edilmesi oldukça önemlidir. Günümüzde renk seçimi görsel ve dijital olmak üzere 2 şekilde yapılmaktadır. Görsel renk tespit yöntemi, test edilen örneklerle standart bir renk skalasının görsel olarak karşılaştırılması esasına dayanmaktadır. Tespit edilen renk, gözlemcinin radyant enerji uyaranlarına karşı psikolojik ve fizyolojik cevabına bağlıdır. Görsel renk tespiti halen klinik pratiğinde en çok tercih edilen yöntemdir. Ancak renk seçimini yapan hekimin deneyimi, becerisi, cinsiyet, yaş ve renk körlüğü gibi görme kusurları, yorgunluk, ruhsal durum, renk seçiminin yapıldığı zaman dilimi, ortamın aydınlatması, ışığın şiddeti, cismin ve ışığın pozisyonu gibi birçok etken hatalı renk seçimine neden olabilir. Dijital renk tespiti ise kolorometre, spektoradyometre, spektrofotometre, dijital kamera ve görüntüleme sistemleri gibi dijital aletler yardımı ile yapılan renk tespit yöntemidir. Diş rengi seçiminin cihazlarla yapılması, hekimden ve aydınlatma koşullarından bağımsız objektif bir yöntemdir. Ancak bu yöntemlerin dezavantajı translüsent materyallerin renginin belirlenmesinde ışığın kırılarak dağılması sonucu hassas bir ölçüm yapılamamasıdır. Dijital teknolojileri kullanma konusunda yeterli bilgiye sahip olunmaması da bir diğer sınırlayıcı etkidir.

Doğru renk seçimi yapabilmek için hekim hangi yöntem ya da yöntemleri kullanacağına kendisi karar vermelidir. Bunun için gerekirse görsel ve dijital yöntemleri birlikte kullanarak elde edilen sonuçları karşılaştırmak suretiyle en doğru tespiti yapmaya çalışmalıdır.

Anahtar kelimeler: Renk seçimi, protetik diş tedavisi, renk skalası, kolorimetre, dijital kamera, spektrofotometre,

REJENERATİF VE RESTORATİF TIP UYGULAMALARINDA AR-GE, İNOVASYON VE BULUŞLARIN TİCARİLEŞTİRİLMESİ SORUNU (Bu araştırma Tübitak tarafından 1004 projeleri kapsamında desteklenmektedir.)

Arzu Oğuz¹, Elif İlayda İleri¹

¹Ankara Üniversitesi, Hukuk Fakültesi, Ankara, Türkiye
oguzarzu@hotmail.com

Medeniyet, düşünce ürünlerinin gelişmesi ve ticarileşmesi ile başlar. Tekerleğin icadından bu yana mucitlerin “buluş”ları bilim ve teknolojiye gelişmeyi sağlamış, yazar ve sanatçıların “eser”leri entelektüel kapasitemizi geliştirmiş, hayatımız “tasarım”lar sayesinde daha konforlu ve estetik hale gelmiştir. Bundan başka son yüzyılda, “marka” ve “coğrafi işaret” gibi kalite ve köken garanti eden kavramlar, ekonomiye ciddi bir katma değer yaratmıştır.

Fikri ürünler, ait oldukları toplumu geliştirmekle kalmayıp, ülkeler arasında yayılarak tüm insanlığa mal olurlar. İnsan yaratıcılığı sonucunda oluşan fikri ürünler, uygarlığın gelişmesinin yegâne koşuludur. Ancak günümüzün teknolojik olanakları sayesinde artık belli bir sınıra hapsolmayan bu ürünlerden yararlanmanın, fikri emek ve çaba sahibinin maddi ve manevi haklarına zarar vermeden gerçekleşmesi gerekir. Bu nedenle medeni toplum gerek fikri haklar alanında eser sahiplerinin haklarını korumak, gerek sınai haklar alanında patentlerin yanı sıra, faydalı model, marka, endüstriyel tasarım, coğrafi işaretler, entegre devre topografyaları ve yeni bitki çeşitlerinden oluşan sınai mülkiyet haklarını korumak konusunda etkin politikalar benimsenmesi üzerinde hassasiyetle durmaktadır.

Uluslararası toplum da fikrî mülkiyet haklarının korunmasını her yönü ile desteklemekte ve ihlal halinde, bu ihlale karşı kayıtsız kalan devletlere çeşitli yaptırımlar uygulamaktadır. Aslında fikri mülkiyet hakkı uzun zamandan beri bir “insan hakkı” olarak değerlendirilmektedir. 10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nda kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 27’nci maddesi; herkesin toplumun kültürel faaliyetine serbestçe katılmak, güzel sanatları tatmak, bilim alanındaki ilerleyişe katılmak ve bundan yararlanmak hakkına sahip olduğunu ve herkesin sahibi bulunduğu her türlü bilim, edebiyat veya sanat eserinden doğan manevi ve maddi yararlarının korunmasını isteme hakkı olduğunu kabul etmiştir.

Türk Hukukunda da İnsan Hakları Evrensel Beyannamesine uyumlu bir şekilde fikri mülkiyet haklarının korunması Anayasa’da ifadesini bulmuştur: “Herkes, bilim ve sanatı serbestçe öğrenme ve öğretme, açıklama, yayma ve bu alanlarda her türlü araştırma hakkına sahiptir”.

Ülkemizde fikri mülkiyet haklarına verilen önem özellikle 1950’li yıllardan beri sahip olduğumuz Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu ve fikri mülkiyet hukuku mevzuatını Avrupa Birliği ile uyumlu hale getirme konusunda sarf edilen çaba sonucunda yürürlüğe giren patent, marka, faydalı model, endüstriyel

tasarım, coğrafi işaretler, entegre devre topografyaları, ıslahçı hakları gibi konularda bir dizi kanun ve kanun hükmünde kararnamede kendisini göstermiştir. Ancak bu konudaki en güncel gelişme 6769 sayılı Sınai Mülkiyet Kanunu'nun 22.12.2016 tarihinde yürürlüğe girmiş olmasıdır.

Fikri mülkiyet haklarının neler olduğuna kısaca göz atacak olursak, fikri mülkiyet haklarını öncelikle Fikri Haklar (Telif Hakları) ve Sınai Haklar olmak üzere iki kategoriye ayırmak mümkündür. Fikri mülkiyet hakları kavramı, geniş anlamda hem fikir ve sanat eserleri üzerindeki hakları hem de sınai hakları kapsayan bir üst kavramdır. Fikri haklar (telif hakkı/eser sahibinin hakları/fikir ve sanat eserleri üzerindeki haklar), 1952 tarihli ve 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu (FSEK) ile düzenleme altına alınmıştır. Sınai haklar (patent, faydalı model, tasarım, marka, coğrafi işaret, entegre devre topografyaları, yeni bitki çeşitleri) ise 2017 tarihli ve 6769 sayılı Sınai Mülkiyet Kanunu (SMK) ile düzenleme altına alınmıştır.

Fikri hakları genel olarak; “insanın yaratıcı ve yenilikçi faaliyetleri sonucu ortaya çıkan fikir ürünleri üzerinde tanınan haklar” olarak tanımlamak mümkündür. Fikri hakların konusu esas itibarıyla insanın fikri faaliyetlerinin ürünü olan gayrimaddi mallardır. Bunlar mali yönleri ile fikri hak sahibinin malvarlığında yer alırlar. Bununla birlikte fikir ürünlerinin mali olduğu kadar fikri çabanın sahibinin şahsiyet (kişilik) haklarını ilgilendiren manevi yönleri de bulunmaktadır. Örneğin eser sahibinin eseri üzerinde isminin belirtilmesini istemek ya da eserde değişiklik yapılmasını engelleyerek eserin orijinalliğinin ve bütünlüğünün bozulmasını önlemek bakımından korunmaya değer bir menfaatinin bulunduğu açıktır.

Fikri haklar, hukukun diğer alanlarından farklı, kendine özgü (sui generis) niteliklere sahiptir. Fikri hakları; maddi varlığının bulunmaması, somutlaştığı eşyadan farklı ve süreyle sınırlı olması gibi özellikleriyle maddi mülkiyet haklarından ayrılır. Fikri ürün, tarihi süreç içerisinde bir çeşit mülkiyet hakkı olarak düşünülmesine, fikri mülkiyet hukuku alanındaki birtakım teorilerde gayrimaddi eşya olarak nitelendirilmesine ve bazı ülkelerde de uygulamanın bu yönde olmasına rağmen, Türk hukukunda müşterek hukuktaki anlayışa uygun olarak yalnızca maddi varlığı haiz şeyler eşya olabildiklerinden, “eşya” olarak kabul edilmemiştir. Fikri ürünler, eşya olmadığı gibi, üzerinde somutlaştığı eşyadan da farklı bir varlığa sahip ve farklı bir hukuki rejime tabidir. Fikri ürünün bir madde üzerinde somutlaşması onun soyut niteliğini ortadan kaldırmaz ve fikri ürünü üzerinde somutlaştığı eşyanın kendisi haline de getirmez.

Fikri haklar, mutlak hak niteliği taşır. Bu haklar sahibine tekel niteliğinde yetkiler tanır. Söz konusu haklar, ticari amaçla yalnızca hak sahibi ya da onun yetkilendirdiği kişilerce kullanılabilir.

Sınai haklar ve fikri haklar kural olarak devredilebilir, miras yolu ile intikal edebilir, lisans konusu olabilir, rehin verilebilir, teminat olarak gösterilebilir, haczedilebilir ve her türlü hukuki işleme konu olabilir. Ancak coğrafi işaretler ve geleneksel ürün adları hukuki işlemlere konu olmaz ve mirasla intikal etmez. Her iki hak bakımından da yazılı şekil şartı bulunmaktadır. SMK ile ayrıca devir sözleşmelerinin geçerliliği için noter tarafından onaylanma şartı getirilmiştir (md. 148/3).

Fikri mülkiyet haklarının korunmasının amacı; fikri ve sınai yaratıcılığın korunması, emeğin gelire dönüştürülmesi suretiyle teşvik edilmesi, hak sahibi ile toplum arasında denge kurulmasıdır. Fikri mülkiyet hakları, süre ile ya da zorunlu lisans, eğitim amacıyla çoğaltma, kullanma zorunluluğu gibi kanunla düzenlenen istisnai hallerde sınırlandırılabilir.

Bu noktada fikri ve sınai mülkiyet hakları, ortaya konulacak buluşlardan elde edilecek verilere göre şekillenecek ve uygulamaya konulacaktır.

PATENT KORUMASI

Uygulamada patent; sanayiye uygulamaya elverişli buluşlara, resmi organlar tarafından düzenlenen; patent sahibi dışındaki kişilerin izinsiz olarak kullanımına belirli bir süre (20 yıl) boyunca engel olmaya yarayan ve bu süre boyunca patent hakkı sahibine buluşunu kullanmak için tekel niteliğinde hak sağlayan ve bunu üçüncü kişilere karşı ispatlayan resmi belge niteliğindedir. Patent, sahibine belirli bir süre ve kapsamda inhisari nitelikte tekel hakkı tanımaktadır.

Bu kapsamda tanımdan da anlaşıldığı üzere üretilen bir buluşa patent verilebilmesi için çeşitli kriterlerin bir arada bulunması gerekmektedir. Bu kriterler;

- Yenilik kriteri
- Buluş basamağı
- Sanayiye uygulanabilirlik

Yenilik: SMK md.83 uyarınca tekniğin bilinen durumuna dahil olmayan buluş yeni kabul edilmektedir. Burada tekniğin bilinen durumu, başvuru tarihinde dünya çapında açıklanmış olan makale, ansiklopedi, katalog vb. yazılı belgelerdir. Yani, bu belgede yer almayan ve kamuya sunulmayan buluşlar yeni kabul edilmektedir.

Evrensel ve mutlak yenilik aranmaktadır. Yani buluş, başvuru tarihinde Türkiye ve dünyanın herhangi bir yerinde kamuya sunulmamış olmalıdır.

Buluş Basamağı: Teknik alandaki uzman, tekniğin ilgili alanında genel bilgiye sahip ve tekniğin bilinen durumundaki her şeye erişebilen, rutin araştırma ve uygulamaları yapabilen, dikkatli uygulayıcıdır.

Uzman kişi, mevcut buluşa fazlaca araştırma ve deneme yapmaksızın ulaşabiliyorsa buluş basamağının aşılmadığı; ancak yoğun deneysel faaliyetler sonucunda buluşa ulaşabildiği takdirde buluş basamağının aşıldığı kabul edilecektir.

Sanayiye Uygulanabilirlik: Buluşun pratiğe yönelik bir çözüm içermesi, teorik nitelikte olmaması gerekmektedir. Buluş, sanayinin her alanında uygulanabilir, yeniden üretilebilir özellik arz etmelidir.

Bu üç kritere sahip olan buluş patent belgesi almaya hak kazanacak ve patentin başvuru tarihinden itibaren korunması sağlanacaktır.

PATENT VERİLEMEYECEK KONU VE BULUŞLAR

Teknik olmayan fikirler, doğada mevcut olan süreçlere dair keşifler ve teorik bilgiler buluş olarak nitelendirilemez ve patent korumasından yararlanamazlar. Bu noktada;

- Keşifler, bilimsel teoriler ve matematiksel yöntemler,
- Zihni faaliyetler, iş faaliyetleri veya oyunlara ilişkin plan, kural ve yöntemler,
- Bilgisayar programları,
- Estetik niteliği bulunan ürünler, edebiyat ve sanat eserleri ile bilim eserleri patent korumasından yararlanamayacaktır.

Ancak, buluş olarak nitelendirilmekle birlikte Sınai Mülkiyet Kanunu çerçevesinde patentlenemeyen konular bulunmaktadır. Bunlar;

- Kamu düzenine ve genel ahlaka aykırı buluşlar,
- Mikrobiyolojik işlemler veya bu işlemler sonucu elde edilen ürünler hariç bitki çeşitleri veya hayvan ırkları ile bitki ve hayvan üretimine yönelik esas olarak biyolojik işlemler,
- İnsan veya hayvan vücuduna uygulanacak teşhis yöntemleri ile cerrahi yöntemler dahil tüm tedavi yöntemleri,
- Oluşumunun ve gelişiminin çeşitli aşamalarında insan bedeni ve bir gen dizisi veya kısmi gen dizisi de dahil olmak üzere insan bedeninin öğelerinden birinin sadece keşfi,
- İnsan klonlama, insan eşey hattının genetik kimliğini değiştirme, insan embriyosunun sınai ya da ticari amaçla kullanılması işlemleri olarak sınıflara ayrılmıştır.

PATENT ÇEŞİTLERİ

Bir buluşa ilişkin hukuki sonuç doğuran çeşitli patent türleri vardır. Bunlar;

Ürün Patenti: Bir ürün olarak somutlaşan ve üretilebilen buluşları kapsamaktadır. Makine, cihaz gibi ürünler için diğer şartların da varlığı halinde ürün patenti alınabilmektedir. Örneğin; bir ilaç firması tarafından Alzheimer tedavisi için yeni bir ilaç üretildiği takdirde, bu ilaç yeni bir ürün olduğu için patentlenebilmektedir.

Usul Patenti: Bir ürünü veya sonucu meydana getiren veya bunların meydana getirilişini engelleyen uygulama ve yöntemler usul patentleriyle korunmaktadır. Bu patent türü kendi içerisinde “üretim usulleri ve yönetime yönelik olmayan usuller” ile “ üretim usulünde bir maddeye etki edilerek bir ürün elde edilmesi” olmak üzere ikiye ayrılır. Örneğin; Alzheimer tedavisi için bulunan ilacın yeni bir yöntem kullanılarak daha kısa sürede ve daha ekonomik olarak üretilmesi usul patentidir.

Bağımlı Patent: SMK md.131 uyarınca; patent konusu buluşun, önceki patentin sağladığı haklara

tecavüz edilmeksizin kullanılmasının mümkün olmaması halinde, patent konuları arasında bağımlılık söz konusu olacağından, sonraki tarihli patent sahibi önceki tarihli patent konusu buluşu, sahibinin izni olmaksızın kullanamaz. Bu durumda, izin almaksızın ne önceki patent sahibi sonraki patenti kullanabilir, ne de sonraki patent sahibi önceki patentin geçerliliği süresince önceki patenti kullanabilir.

Ek Patent: SMK md.123'e göre; ek patent, patent konusu buluşu mükemmelleştiren veya geliştiren asıl patentin konusu ile bütünlük içindeki ek buluşlara verilmektedir. Ek patent asıl patent konusu buluşu daha verimli hale getirir. Örneğin; elektrikli battaniyenin pille çalışır ve yağmurdan ıslanmaz hale gelmesine ilişkin olarak elektrikli battaniyenin patent sahibi tarafından ek patent başvurusu yapılabilir. Ek patentin koruma süresi asıl patentin süresi kadardır.

Gizli Patent: TPMK tarafından patent başvuru konusunun milli güvenlik açısından önem taşıdığına karar verilirse, başvurunun bir sureti MSB'ye iletilir ve başvuru sahibine bildirilir. Patent başvurusunun gizli olmasına karar verildiği takdirde, başvuru sahibinin buluş üzerinde serbestçe tasarruf etme hakkı ortadan kalkar. Bu durumda başvuru sahibi başvurunun gizli tutulduğu süre için devletten tazminat isteme hakkına sahiptir.

PATENT HAK SAHİPLİĞİ

Çalışanların Buluşları: Hukukumuzda asıl kural buluşun buluş sahibine ait olmasıdır. Ancak çalışan buluşları istisnadır. İşveren, çalışanlara belli bir ücret ödemekte, söz konusu buluşları yapabilmesi için gerekli ekonomik imkanları ve ihtiyaçları tümüyle üstlenmektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak işverene çalışanların buluşu ile ilgili olarak tam veya kısmi hak talep etme imkanı tanınmıştır.

Çalışan buluşları çeşitli türlere ayrılmaktadır.

Hizmet Buluşu: Çalışanın iş ilişkisi sırasında yaptığı buluştur. Burada önemli kriter, buluşun çalışanın işiyle ilgili olması ve çalışanın ilgili buluşu iş ilişkisi süresince meydana getirmiş olmasıdır. Mekan ve zaman önemli değil. Önemli olan çalışanın işiyle ilgili olmasıdır.

Serbest Buluş: Çalışan ile işveren arasında mevcut olan iş ilişkisi ile ilgili olmayan, çalışan tarafından gerçekleştirilen buluşlardır. Yani, hizmet buluşu dışında kalan buluşlardır. Serbest buluşların sahibi çalışanın kendisidir. Mekan ve zaman önemli değildir. Hizmet buluşu ile farklı çalışanın işi ile ilgili olup olmadığıdır.

Kamu Görevlilerinin Buluşları: Kamu kurumlarında çalışanların buluşlarına, kanuni düzenlemeler ve taraflar arasındaki sözleşme hükümleri saklı kalmak kaydıyla, biraz önce de ifade ettiğimiz çalışan buluşları hükümleri uygulanır.

Kamu Destekli Projelerde Ortaya Çıkan Buluşlar: Buluşları, destek sağlayan kurumlara bildirmek zorunludur. Destekten faydalanan kişi buluş üzerinde hak sahipliği talep ettiği takdirde buluş için patent başvurusu yapmakla yükümlüdür. Başvuru sırasında, projede destek sağlayan kamu kurumu da belirtilir.

Yükseköğretim Kurumlarında Ortaya Çıkan Buluşlar: Yükseköğretim kurumları ile Millî Savunma Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı'na bağlı yükseköğretim kurumlarında yapılan bilimsel çalışmalar veya araştırmalar sonucunda gerçekleştirilen buluşlar için de çalışanların buluşlarına ilişkin hükümler uygulanmaktadır. Yükseköğretim kurumunda çalışan öğretim elemanları, öğrenci ve stajyerler tarafından gerçekleştirilen buluşlar bu kapsamında değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda, yükseköğretim kurum mensuplarının yükümlü oldukları faaliyetler gereği, yükseköğretim kurumuna ait kaynakları kullanarak ve yükseköğretim kurumundan elde ettiği deneyim ve çalışmalarına dayanarak buluş gerçekleştirdiği takdirde, hak sahibi çalışanların buluşlarında benimsenmiş olan ilke doğrultusunda yükseköğretim kurumudur.

FAYDALI MODEL KORUMASI

Faydalı Model, yeni ve sanayiye uygulanabilir ancak “tekniki bilinen durumun aşılması” yani buluş basamağı kriterini içermeyen buluşlardır.

Patent başvurularının yüksek maliyetli olması ve patent belgesi alınması uzun bir süre aldığından dolayı buluş sahipleri daha ucuz, pratik ve hızlı olması nedeniyle faydalı model korumasını tercih edebilmektedir.

Patent gibi faydalı model de teknik alandaki buluşları koruma altına almakta ve her iki koruma da buluş sahibine tekel niteliğinde yetkiler vermektedir.

	FAYDALI MODEL	PATENT
Yenilik	✓	✓
Buluş Basamağı	X	✓
Sanayiye Uygulanabilirlik	✓	✓
Usuller ve Usul Sonucu Elde Edilen Ürünler	Korunmaz	Korunur
Eczacılıkla İlgili Maddeler	Korunmaz	Korunur
Biyoteknolojik Buluşlar	Korunmaz	Korunur
Kimyasal ve Biyolojik Maddeler	Korunmaz	Korunur
Araştırma Raporu	✓	✓
İnceleme Raporu	X	✓
Koruma Süresi	10 Yıl	20 Yıl

MARKA KORUMASI

6769 sayılı Sınai Mülkiyet Kanunu'nun 4. maddesine göre,

"Marka, bir teşebbüsün mallarının veya hizmetlerinin diğer teşebbüslerin mallarından veya hizmetlerinden ayırt edilmesini sağlaması ve marka sahibine sağlanan korumanın konusunun açık ve kesin olarak anlaşılmasını sağlayabilecek şekilde sicilde gösterilebilir olması şartıyla kişi adları dahil sözcükler, şekiller, renkler, harfler, sayılar, sesler ve malların veya ambalajların biçimi olmak üzere her türlü işareten oluşabilir."

Marka türleri biçimine ve tescil amacına göre ikiye ayrılmaktadır. Bu noktada sözcükler, harf ve rakamlar, kişi adları, şekiller, logo ve amblemler, üç boyutlu şekiller, renkler, sesler ve kokular biçime göre; Hizmet markası ve ticaret markası, ferdi marka ve ortak marka, garanti markası, topluluk markası, vekil markası ise tescil amacı ve işlevlerine göre markalardır.

Üretilen buluş kapsamında buluş sahibi tarafından buluşa yönelik bir ifade şekli, isim konulması ve söz konusu buluşu ayırt edici konuma getirmesi marka unsurunu karşımıza çıkarmakta olup, buluş sahibi ortaya koyduğu buluşta kullandığı isim üzerinde ayrıca marka korumasına sahip olacaktır. Marka koruması, söz konusu buluşun tanımlandırılması ve ayırt edici nitelik sağlanması ile birlikte ticarileştirmede büyük önem arz etmektedir. Örneğin, COVID-19 aşısı için üretilen TÜRKOVAC aşısında «TÜRKOVAC» ibaresi bir marka olup, marka korumasından yararlanmaktadır.

TASARIM KORUMASI

6769 Sayılı Sınai Mülkiyet Kanunu'nun 55. maddesine göre tasarım,

"Ürünün tümü veya bir parçasının ya da üzerindeki süslemenin çizgi, şekil, biçim, renk, malzeme veya yüzey dokusu gibi özelliklerinden kaynaklanan görünümü" dır.

Tasarım koruması kapsamında;

- Nesne
- Birleşik ürün
- Birleşik ürün parçaları
- Ambalaj
- Birden çok nesnenin bir arada algılanan sunumları
- Grafik semboller
- Tipografik karakterler bulunmaktadır.

Bu noktada buluş sahibi, ürettiği buluşa yönelik ambalaj, nesne ve ürün tasarımlarında yenilik ve ayırt edicilik kriterlerinin karşılanması halinde tasarım korumasına haiz olacaktır.

SINAI MÜLKİYET HAKLARININ TİCARİLEŞTİRİLMESİ

6769 Sayılı Sınai Mülkiyet Kanunu (SMK)

MADDE 148

“(1) Sınai mülkiyet hakkı **devredilebilir**, miras yolu ile intikal edebilir, **lisans** konusu olabilir, **rehin** verilebilir, teminat olarak gösterilebilir, haczedilebilir veya diğer hukuki işlemlere konu olabilir...”

Ayrıca **ticari işletme rehnine** konu olabilirler, **sermaye** olarak ortaklığa getirilebilirler.

Bu noktada özetlemek gerekirse;

Devir: Sınai haklar, tüm haklar ve devir veya kısıtlamalarla (örneğin rehin, haciz) beraber devralana geçer. Devir, satım, bağışlama veya trampa yoluyla gerçekleştirilebilir.

Sınai hak kısmen veya tamamen devredilebilir. Coğrafi olarak ülkenin parçalara ayrılarak devir yapılması mümkün değildir.

Lisans: Sınai hak sahibinin, hakkını bir başkasına kullandırmasıdır. Hakkın tamamı veya bir kısmı üzerinde kurulabilir. Coğrafi açıdan bölgesel sınırlamalar söz konusu olabilir. Bu kapsamda özellikle franchise sözleşmeleri yaygın olarak ortaya çıkar. İnhisari lisans ve basit lisans verilebilir. Aynı şekilde alt lisans verilmesi de mümkündür.

Sözleşmede aksi kararlaştırılmamışsa lisans, inhisari değildir. İnhisari olmayan lisans sözleşmelerinde lisans veren markayı kendi kullanabileceği gibi üçüncü kişilere de başka lisanslar verebilir. İnhisari lisans sözleşmelerinde lisans veren, başkasına lisans veremez ve hakkını açıkça saklı tutmadıkça kendisi de markayı kullanamaz.

Rehin: Bağımsız rehin ve ticari işletme rehni çerçevesinde söz konusudur.

SMK md. 148'e göre sınai mülkiyet hakları işletmeden bağımsız olarak rehnedilebilir. Bağımsız rehin sınai hakkın tamamında veya kısmen uygulanabilir. Rehin alacaklısı, rehin konusu hakkı paraya çevirerek alacağını buradan karşılamayı talep etme yetkisi kazanır. Ancak sınai hak hala hak sahibindedir. Sınai haktan yararlanmaya devam edebilir.

Ticari işletme rehni ticari işlemlerde taşınır rehni kanunu madde 5 ile belirtilmiştir. Sınai haklar üzerinde taşınır rehni kurulabilmektredir.

Sınai Hakkın Anonim Ortaklığa Sermaye Olarak Getirilmesi:

Türk Ticaret Kanunu (TTK) Md. 342

“(1) Üzerlerinde sınırlı ayni bir hak, haciz ve tedbir bulunmayan, nakden değerlendirilebilen ve devrolunabilen, fikrî mülkiyet hakları ile sanal ortamlar da dâhil, malvarlığı unsurları ayni sermaye olarak konulabilir. Hizmet edimleri, kişisel emek, ticari itibar ve vadesi gelmemiş alacaklar sermaye olamaz.”

Sınai Hakkın Ticari İşletme Devri Kapsamında Devredilmesi: Ticari işletme, içerdiği malvarlığı unsurlarının devri için zorunlu tasarruf işlemlerinin ayrı ayrı yapılmasına gerek olmaksızın bir bütün hâlinde devredilebilir ve diğer hukuki işlemlere konu olabilir. Aksi öngörülmemişse, devir sözleşmesinin duran malvarlığını, işletme değerini, kiracılık hakkını, ticaret unvanı ile diğer fikrî mülkiyet haklarını ve sürekli olarak işletmeye özgülenen malvarlığı unsurlarını içerdiği kabul olunur. Bu devir sözleşmesiyle ticari işletmeyi bir bütün hâlinde konu alan diğer sözleşmeler yazılı olarak yapılır, ticaret siciline tescil ve ilan edilir.”

Ticaret Ortaklıklarının Birleşmesi ve Bölünmesi: Ortaklıkların birleşmesinde, tüm hak ve borçlar birbiriyle kaynaşır. Burada külli halefiyet söz konusudur. Bu nedenle hakların bir kısmın hariç tutulması, örneğin markanın bu birleşme dışında tutulması mümkün değildir. Bölünmede ise bölünme sözleşmesindeki esaslara göre marka bölünen ortaklığa geçer.

Bu noktada, buluş sahibi tarafından gerçekleştirilen bir buluşun son halinin ortaya konulması ile söz konusu buluş üzerinde patent başta olmak üzere sınai hak incelemesi gerçekleştirilecek, çeşitli kriterlerin sağlanması ile birlikte buluş sahibi buluşu üzerinde fikri mülkiyet korumasından yararlanabilecektir. Fikri mülkiyet koruması hak sahibine inhisari bir hak sağlamakla birlikte, üretilen buluşun sınai haklar kapsamında ticarileştirilmesinde de rol oynayacaktır.

REJENERATİF VE RESTORATİF TIP UYGULAMALARININ İKTİSADİ DEĞERLENDİRMESİ: SPİNAL MUSKÜLER ATROFİ (SMA) HASTALIĞI ÖRNEĞİ (Bu araştırma Tübitak tarafından 1004 projeleri kapsamında desteklenmektedir.)

Nilay Ünsal¹

¹Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye

unsaln@ankara.edu.tr

Yeni üretilen sağlık teknolojilerinin etkilerinin iktisadi değerlendirmesi, bu teknolojilerin finansmanı ve planlaması konusunda verilecek kararlarda politika belirleyicilere yol göstermesi açısından önem arz etmektedir. Bu sunumda sizlere öncelikle sağlık iktisadında yeni teknolojiler kullanılarak üretilen tedavi ve tanı yöntemlerinin değerlendirmelerinde, özellikle bu proje kapsamında tercih edilen yöntemler ve Spinal Musküler Atrofi (SMA)'ya yönelik kök hücre kullanılarak hastalık modellemesi ve bu modellerde ilaç denemesi için test kitinin geliştirilmesi projesinin (P1) iktisadi değerlendirmesinin nasıl yapıldığı açıklanacaktır. Daha sonra analiz ve sonuçları değerlendirilecektir.

Literatürde sağlık iktisadı alanında kullanılan değerlendirme yöntemleri oldukça çeşitlilik göstermektedir. Mikroiktisat çerçevesinde yeni sağlık teknolojilerinin değerlendirmesi fayda-maliyet (cost-benefit -CBA) veya maliyet etkinlik (cost-effectiveness - CEA) analizleri¹ veya piyasa dengesi (sağlık arz ve talebinin modellenmesi) analizleri² kullanılarak yapılmaktadır. Henüz piyasaya sürülmemiş, yani ticarileşmesi gerçekleşmemiş proje aşamasındaki ürünlerde CBA ve CEA değerlendirme yöntemlerinin kullanılması bu çalışma kapsamında proje ekibimiz³ tarafından uygun bulunmuştur. Bu değerlendirmeler kapsamında birbirine alternatif olan yeni ürün ile halihazırda kullanılan standart yöntemlerle karşılaştırılmakta ve bulunan sonuçlar ürünler için yatırım kararlarını etkilemektedir. Bu analiz yöntemleri, alternatif yöntemlerin girdi ve çıktılarını karşılaştırmaya izin verdiğinden sağlık programları ve teknolojilerinin değerlendirilmesinde oldukça yaygın şekilde kullanılmaktadır (Balçık ve Şahin, 2013; Drummond vd., 2015).

Proje: SMA'ya Yönelik Kök Hücre Üretilmesi, Hastalık Modellemesinde Kullanılması ve Bu Modellerde İlaçların Denenmesi İçin Test Kiti Geliştirilmesi (P1)

Nadir hastalıklar arasında SMA ülkemizde sosyal platformlarda en çok bilinen nadir hastalıklardandır. Sağlık Bakanlığına ait SMA Klinik Protokolüne ilişkin 2022 raporunda belirtildiği üzere Türkiye'de yaklaşık 1.600 hasta nusinersen tedavisini almaktadır. 2016 yılında Amerika Gıda ve İlaç Dairesi FDA tarafından onaylanan Nusinersen tedavisi, 2018 yılından itibaren geri ödeme kapsamında kullanılmaktadır.

1 Ekstra refahçı yaklaşım (extra welfarist approach)

2 Refahçı yaklaşım (welfarist approach)

3 Bu proje kapsamında iktisadi etki analizi araştırma ekibi: Prof. Dr. Altuğ Yalçıntaş, Doç. Dr. Akın Usupbeyli ve Arş. Gör. Dr. Nilay Ünsal.

Bu projenin temel hedefi, SMA hastalarının kullanacağı ilaca verdiği yanıtı önceden belirleyen bir test kiti üretmektir. Bu test kiti kullanılarak pahalı bir tedavi yöntemi olan nusinersen sodium kullanımının SMA'lı hastalarda etkili olup olmadığının araştırılması amaçlanmaktadır. Proje ile üretilmesi hedeflenen kit, hem ulusal hem uluslararası alanda, kişiselleştirilmiş tıbbın geliştirilmesi ve yaygınlaşması için büyük önem taşımaktadır. Kişisel tıp alanındaki gelişmeler hem sağlık teknolojilerinin gelişmesi ve diğer ülkelerle rekabet edebilir hale gelmesi hem de ekonomik büyüme için oldukça önemli bir kaynaktır.

Yeni tanı süreci iki aşamadan oluşmaktadır: Sinir hücresi üretimi (genetik) ve test aşamaları. Kandaki kök hücrelerden sinir hücresi üretilmiş olacaktır. SMA tedavisi için kullanılan ilaç (Nusinersen sodium) bu üretilen hücrelerde test edilmektedir. Bu alanda, uPKH kullanılarak sinir hücresi üretimi çalışılmış ancak ilacın bu hücrede denenmesi dünya genelinde *ilk defa modellenmiştir*.

Proje ekibinin bize sağladığı bilgilerde, nusinersen tedavi yönteminde hastaya ilacın ilk dört dozunun dozlar arası iki ay olacak şekilde verileceği belirtilmiştir. Dördüncü dozdan sonra CHOP INTEND skorlama yöntemi kullanılarak ilacın hastalar üzerine etkisinin test edildiği ve bu skora göre tedavinin idame dozlarının verildiği belirtilmiştir. Yine proje ekibinden gelen bilgilere göre bu ilacın ilk altı dozunun ilk bir yılda tamamlandığı belirtilmiştir. İlacın etkililik oranı ise Faz 1 projesi metninde %51 olarak belirtilmiştir.

Bu proje ile üretilen test kiti hastaya ilk doz ilaç verildikten sonra yapılmaktadır. Var olan tedavide ikinci doz hastaya ilk doz verildikten iki ay sonra verilmektedir. Dolayısıyla bu test kitiyle ikinci doza gelmeden testin tamamlanabilir olması hedeflenmektedir.

Projenin bu aşamasında, literatürden, diğer proje kaynaklarından (Faz 1 raporu ve diğer dökümanlar), toplantılardan ve proje sorumlu kişilerinden elde edilebilen bilgilerden faydalanılarak ön analizler yapılmıştır.

Nusinersen ilacının bir dozunun liste fiyatı 125.000 dolardır (Prasad, 2018; Özütemiz vd., 2020). Halihazırda nusinersen tedavisine devam edip etmeme kararı dördüncü dozdan sonra CHOP INTEND skor bilgisi elde edilerek alınmaktadır. Yeni test kitiyle ilk dozdan sonra yapılan testle tedaviye devam edip etmeme kararı alınabilecektir. Yeni test kitinin kişi başı maliyetinin yaklaşık 500 dolar olacağı proje ekibi ile yapılan toplantıda belirtilmiştir.

Standart yöntem ve yeni tanı kiti için olan karşılaştırmalar 4 doz için yapılmıştır. Çünkü var olan standart yöntemle (CHOP INTEND skor) dört doz ilaç hastalara uygulanmakta ve sonrasında test yapılmakta ve tedaviye devam kararı alınmaktadır. Yeni test kiti ile ilk dozdan sonra tedaviye devam edip etmeme kararı alınabilecektir.

Yeni test kiti ile testin yapılabilmesi için ilk dozun uygulanması gerektiğinden ilk dozun maliyeti 200 bebek için dolardır. Bu dozdan sonra tedavi gören her bebeğe test kiti uygulanırsa test maliyeti dolardır. Bu maliyetleri ek olarak, Faz 1 dosyasından alınan bilgiye göre proje dört yıl için 109.293 dolarlık (1\$=17TL) bir bütçeye sahiptir. Yıllık ortalama 464.495,5 TL proje maliyeti yıllık ortalama

27.323 dolara (1\$=17TL) tekabül etmektedir. Dolayısıyla bu yeni yöntemin uygulama maliyeti yıllık ortalama 25.127.323 dolar olarak hesaplanmıştır.

Tedavinin etkililik oranı yaklaşık %51 ise yaklaşık 102 bebek için CHOP INTEND testine kadar gerekli olan 3 dozu alması beklenir. Bu durumda yeni test kiti ile birlikte 98 bebek ilk dozdan sonra tedaviye devam etmeyecektir. Dolarlık bir tasarruf (fayda) kalemi sağlanmaktadır. Maliyet ve fayda bilgileri kullanılarak projenin net getirisi hesaplanmıştır. Yapılan hesaplamalara göre bu projeye yapılan her 1 dolarlık yatırım yaklaşık 1.46 dolarlık bir getiri sağlamaktadır. Yatırım hem kendi maliyetini karşılamakta hem de her 1 dolar için 0.46 dolarlık net fayda sağlanmaktadır. Yani projeye yapılan 27.323 dolarlık yatırım hem kendi masrafını karşılamakta hem de yaklaşık 12.570 dolar net gelir getirmektedir.

Bu projenin iktisadi değerlendirmesindeki dört önemli kısıtlılık bulunmaktadır. Bunlardan ilki ortalama kişi başı değerler kullanılarak yıllık ortalama maliyetler kullanılarak projenin getirisinin hesaplanmış olmasıdır. Herhangi bir şekilde istatistiksel anlamlılığın da hesaba katıldığı bir analiz yapabilmek için hasta başına bilgiler gerekmektedir.

İkinci önemli kısıtlılık ise hesaplanan getiride halihazırda elimizdeki tek hesaplanabilir fayda kullanılmayacak ilaç dozları olduğundan sadece kullanılmayan üç doz fayda olarak alınmıştır. Hesaplamaya katılamayan daha birçok fayda bu projenin değerini artırmaktadır. Yürütülen projenin sonuçlarının elde edilmesi uygulamaya bağlı olduğundan elde edilen veriler yanında elde edilebilecek potansiyel veriler konusunda da değerlendirmeler yapılması bu projenin doğru değerlendirilebilmesinin gerekliliğidir.

Üçüncü kısıtlılık bu tanı yönteminin dünyada alanında bir ilk olmasından dolayı projenin bu aşamasında niceliksel analizi doğal olarak mümkün olmamasıdır. Bu iktisadi değerlendirmenin bir kısıtı olsa da projenin özgünlüğünün bir sonucu olduğundan proje açısından bir kısıtlılık olarak görülmemelidir.

Son olarak tüm analizi ve değerlendirme yaklaşımını etkileyebilecek olan bu ürünün etik değeridir. Sağlık söz konusu olduğunda insan hayatının parasal değerlendirmelerin yanında etik değerler de dikkate alınmalıdır. Sağlık alanında iktisadi değerlendirmeler niceliksel analizden ibaret olmadığından sadece ekonometrik bir modelleme bu proje ile üretilen yeni teknolojinin değerini tam olarak yansıtamayabilir.

Tüm kısıtlılıklara rağmen yapılan ön analiz bu projenin getirisinin yapılan yatırımı karşıladığını ve pozitif bir net getirisi olduğunu göstermektedir. Yukarıda sayılan ama analize dahil edilemeyen kalemler bu analizde faydanın değerini artıracığından net getiriyi de artıracaktır. Buna ek olarak tedavi maliyeti standart olduğu için hastalar üzerinde yapılan mikro çalışmada getirinin gözlemler arası farklılık göstermesi beklenmektedir. Dolayısıyla bulunan getirinin mikro analizde istatistiksel olarak anlamlı olması beklenmektedir.

Bu projenin önemli katkılarından biri gereksiz ilaç kullanımının ve dolayısıyla yan etkilerinin

önlenmesidir. İlacı kullanarak yan etki riskini göz önüne almak yerine bu tür bir yöntemin uygulanmasıyla tedavinin etkili olmadığı hastalarda, hastalar yan etkilerden korunmuş olacaktır. Projenin diğer önemli bir katkısı oldukça pahalı olan bir ilacın gereken tedavinin etkili olup olmadığını, kişiselleştirilmiş tıp uygulamaları sayesinde, hasta bazında neredeyse mükemmele yakın bir şekilde belirtilebilecek olmasıdır. Bu durumda nusinersen tedavisine cevap veremeyeceği bu tanı kitiyle teşhis edilen hastaların hem etkili olmayan bir ilacı alarak ilaç yan etkisine maruz kalmaları önlenebilecek hem de açığa çıkacak yıllık ortalama 36.750.000 dolarlık getiri, nusinersen ilacının etkili olmadığı bu hastalarda daha etkili olabilecek başka tedavi yöntemlerine aktarılabilecektir. Bunun dışında yine bu yöntemle özellikle finansal anlamda kaynak ayrılması konusunda kararsız kalınan tedavi yöntemleri için de benzer tanı kitleri üretilip tedavinin etkinliği incelenebilecektir. Bu sayede hastalar, özellikle nadir hastalıklar söz konusu olduğunda, daha doğru tedavi yöntemlerine yönlendirilebilecektir.

Bu çalışmadan bir malzeme değil bir yöntem üretilmiş olacaktır. Kandan uPKH aracılığıyla sinir hücresi üretilmesi ve ilacın bu şekilde denenmesi (genetik süreç ve test aşaması birlikte) ilk defa yapıldığından ilaç ithalatı ve yöntem ihracatı açısından bu yöntem oldukça önem arz etmektedir. Bu yeni ürünün patent ve potansiyel ticari getirisi sayesinde makro bağlamda ekonomiye önemli katkı sağlaması beklenmektedir.

Kaynakça

1. Balçık, P. Y., & Şahin, B. (2013). Sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik analizi ve karar analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16(2), 121-134.
2. Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press.
3. Özütemiz, C., Karachunski, P., & Nascene, D. R. (2020). Nusinersen injections in adults and children with spinal muscular atrophy: a single-center experience. *Diagnostic and Interventional Radiology*, 26(6), 596.
4. Prasad, V. (2018). Nusinersen for spinal muscular atrophy: are we paying too much for too little?. *JAMA pediatrics*, 172(2), 123-124.
5. Sağlık Bakanlığı. (2022). Spinal Musküler Atrofi (SMA) Klinik Protokolü. (Yayın no.1234).

REJENERATİF VE RESTORATİF TIP UYGULAMALARININ OLASI ETİK SORUNLARI VE BUNUN BİLİM ALGISINA ETKİSİ (Bu araştırma Tübitak tarafından 1004 projeleri kapsamında desteklenmektedir.)

Ömer Faik Anlı¹

¹Ankara Üniversitesi, Dil – Tarih ve Coğrafya Fakültesi, Ankara, Türkiye
oanli@ankara.edu.tr

17. yüzyıla tarihlenen Modern Bilimsel Devrimin, 19. yüzyıl itibarıyla bugünkü bilim dallarını ve bilimsel araştırma-uygulama sahalarını oluşturması, modern bilimsel yöntemin meşru, baskın ve kurumsal bilgi üretme yöntemi halini almasıyla bilgi-bilim-etik arasında daha önce görülmedik kesişim alanları açığa çıkmıştır. 20. yüzyılda modern bilimsel tıp (deneye dayalı tıp) ve onu destekleyen yaşam bilimlerindeki gelişmeler tıbbi uygulamaların beden üzerindeki etki gücünü radikal ölçüde artırırken, “sağlık” ve “hastalık” kavramlarını da dönüştürmüştür. Örneğin, 1950’li yıllara yaklaşırken Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) sağlığı “fiziksel, ruhsal ve toplumsal tam bir iyilik durumu” olarak tanımlaması temelde bireysel bir durum olan hastalık ve sağlığı toplum üzerinden dolayimler hale getirmektedir. Bilimsel araştırma temelli tıbbi uygulama ve teknolojilerin bedeni iyileştirme amaçlarının yanı sıra insana zarar vermeme, maksimum öngörülebilirlikte minimum yan etki oluşturma gibi gerekleri yerine getirmesi beklenmektedir. Bu yan etkiler kategorisi doğrudan saptanabilir fiziksel etkileri kapsadığı denli, kısa, orta veya uzun vadede dolaylı olarak saptanabilir psikolojik etkileri de kapsamaktadır. Bu bağlamda, uygulama aşamasından önce araştırma ve keşif aşamalarında uyulması gereken normatif ilkeler 1964 yılında “Dünya Tıp Birliği (WMA) Helsinki Bildirgesi” olarak kabul edilmiştir. Bu ilkeler, “insanlardan elde edilen ve kime ait olduğu belirlenebilen materyal ya da veriler üzerinde yapılan araştırmalar da dahil olmak üzere, gönüllülerin yer aldığı tıbbi araştırmalar için etik ilkeler olarak” geliştirilmiştir.

Bildirgenin, proje kapsamında yürütülen araştırmayla ilgili bazı maddeleri şöyledir:

5. Tıbbi ilerlemeler, insanlar üzerinde gerçekleştirilen çalışmaları da kapsamı kaçınılmaz olan araştırmalara dayanır.
6. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmaların birincil amacı; hastalıkların nedenlerini, gelişimini ve etkilerini anlamak, koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici girişimleri (metotlar, prosedürler ve tedaviler) geliştirmektir. Kanıtlanmış en iyi girişimler bile güvenlilik, etkililik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından, yapılacak araştırmalarla sürekli olarak değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.
8. Tıbbi araştırmanın öncelikli amacı yeni bilgilere ulaşmak olmakla birlikte, bu hedef hiçbir zaman araştırma gönüllüsü bireylerin hak ve menfaatlerinin önüne geçemez.

10. Hekimler insan gönüllülerin yer aldığı araştırmalarda kendi ülkelerindeki etik, yasal ve idari norm ve standartların yanı sıra ilgili uluslararası norm ve standartları da dikkate almak zorundadır. Bu Bildirgede yer verilen, araştırma gönüllülerine ilişkin koruyucu hükümler ulusal veya uluslararası hiçbir etik, yasal veya idari gereklilik ile azaltılamaz veya ortadan kaldırılamaz.
16. Tıbbın icrasında ve tıbbi araştırmalarda çoğu müdahalenin riskleri ve sakıncaları da vardır. Araştırmadan hedeflenen amacın önemi, araştırmanın gönüllüler üzerinde yaratacağı tehlike ve sakıncalardan daha ağır basıyor ise araştırma insan gönüllüler üzerinde gerçekleştirilmelidir.
18. Hekimler, risklerin yeterince değerlendirildiğinden ve tatmin edici bir şekilde bunlarla baş edilebileceğinden emin olmadıkça, insan gönüllüler üzerindeki araştırma çalışmalarına katılamazlar.
- Risklerin yararlardan daha fazla olduğu tespit edildiğinde ya da nihai sonuca ilişkin kesin kanıtlara ulaşıldığında hekim araştırmaya devam etmek mi, araştırmada değişiklik yapmak mı yoksa araştırmayı derhal durdurmak mı gerektiğini değerlendirmelidir.
21. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmalar; genel olarak kabul edilmiş bilimsel ilkelere uygun olmalı, kapsamlı bilimsel literatür bilgisini, ilgili diğer bilgi kaynaklarını, yeterli laboratuvar ve uygun hayvan deneylerini temel almalıdır. Araştırmalarda kullanılan hayvanların iyilik haline saygılı olunmalıdır.

Görüldüğü üzere, Bildirge, özellikle İkinci Dünya Savaşı sırasında, tıp araştırmalarında insanlar üzerinde zorla yapılan deneyler ve bu deneylerin insan onuru ile bağdaşmayan sonuçlarının tekerrür etmemesine yönelik olarak hazırlanmıştır. Yani bu ilkeler, araştırmacıların karşılıklı olarak birbirlerini ve genel olarak ilgili tıbbi-bilimsel kurumların üyelerini denetlemesi esasına dayanmaktadır. Tıbbi etik, başlangıçta alanın içindeki hekim-hasta, hekim-kurum, hekim-hekim ilişkilerini belirleyen normlar üzerine kurulmuştur. İlk açılma, yine bilimsel temelli olarak biyoloji ve çevre bilimleriyle etkileşim içerisinde canlılığı ve canlı sistemlerini baz alan biyoetiğe doğru yaşanmıştır (Şahinoğlu & Örs, 2003). Biyoetik, terim olarak erken tarihli olarak 1927 yılında Kosmos dergisinde yayınlanan "Bioethics: The Ethical Relationships of Humans to Animals and Plants" makalesinde geçmektedir. Alman teolog Fritz Jahr çalışmasında biyoetiği insanın, insana ve yaşamın insan olmayan formlarına karşı ahlaki zorunlulukları olarak tanımlar. Kavramı, akademik disiplin, ilke ve erdem bağlamında ortaya koymaktadır. Yeni bilimsel ve teknolojik gelişmelerin, yeni ahlaki ve kültürel usamlamaların yapılmasının zorunlu kıldığını belirtir. Yani, bir kez daha altını çizmek gerekir ki bilimsel ve teknolojik gelişmeler yeni bir normatif usamlamayı gerektirmiştir. 1970 yılında Van Rensselaer Potter "*Bioethics Bridge to The Future*" kitabında günümüz biyoetik kavramını şekillendirmiştir. Andre Hellegers ise Kennedy Institute of Ethics'i kurarak Biyoetiğe akademik ve kurumsal kimlik kazandırmıştır. International Bioethics Association Dünya'ya yayılmasına, özellikle Türkiye'ye kazandırılmasına sebep olan oluşum olarak 1992'de kurulmuştur. Ancak tüm bu gelişme sürecinde biyoetik akademik ve kurumsal bir sınır dahilinde kalmıştır.

Buna karşın, son yıllarda yaşadığımız COVID-19 pandemisinde de gördüğümüz üzere, insanların hem bilim kurumuyla hem de bilim kavramıyla her açıdan karşılaştığı alan tıp alanı ve uygulamaları olmuştur. Bir başka deyişle, tıp, bütün alt alanları, araştırma pratikleri ve çıktılarıyla bilim kurumunun toplumla etkileşime girdiği arketip alan haline gelmiştir. Böylece, tıbbı ve hatta bilime ilişkin toplumsal algı, araştırmaları ve uygulamaları etkileyecek güce ulaşmaktadır.

Çeşitli devletlerde farklı yerlerde bir dizi ilaç halen test edilmektedir, fakat bu klinik deneylerin bazıları halkın muhalefetiyle karşı karşıyadır. Bundan dolayı gelişmiş devletlerdeki araştırmacılar sürekli olarak bazı sosyo-politik sorunlarla yüzleşmek zorunda kalmaktadır. Özellikle gelişmekte olan devletlerde yürütülen biyolojik, biyomedikal araştırmalar ve davranış araştırmalarına gösterilen olumsuz tepkiler çok yaygın hale gelmiştir. (...) Ayrıca, gelişmekte olan devletlerdeki insanlar sadece kendi kültürlerinin geleneksel ahlak kavramlarını değil, aynı zamanda diğer kültürlerin ve özellikle daha gelişmiş devlet kültürlerinin geleneksel ahlak kurallarını da sorgulamaktadırlar. (Öztoprak, vd. 2016).

Bu sorgulama, tıp etiğini sosyo-kültürel ve sosyo-politik alanlara doğru genişletmektedir. Proje kapsamında, hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarında yenilikçi tıp teknolojilerinin yaratacağı etik sorunlar ve çözümler üzerine anket ve mülakatlara dayalı saha çalışmaları ile derlenen ilk veriler bu bağlamda değerlendirilmiştir. Zira, “Rejeneratif ve Restoratif Tıp Araştırmaları ve Uygulamaları” gibi görece olarak yeni ve potansiyel etkileri yüksek bir alanda belirsizlik durumlarında karar vermeye yönelik olarak bilimin geliştirmiş olduğu biçimsel yöntemler, kurallar ve bunlarla belirlenen ‘nitelikli kanıt’ statüsü geniş bir katılım yelpazesinde tartışma konusu haline getirilmektedir. Bu tartışma zemini, ideal ortamdan uzak, değerlerle ve normlarla iç içe geçmiş reel bir sosyo-kültürelizm arz etmektedir. Toplumun parçalı yapısına bağlı olarak, bilim-içi ve dışı değerlerin tartışmalı olduğu, özellikle kamusal olmak üzere ciddi sonuçlar doğurabilecek, öncelikli ve önemli kararların alındığı ve gerçeklik tasarımının yer yer belirsizleştiği hallerde toplumsal meselelere bilimin uygulandığı durum bilimin özel bir bağlamı olarak post-normal olarak adlandırılmaktadır (Funtowics & Ravetz, 1993: 740). Öyle ki, post-normal durumlarda Helsinki Bildirgesi’nin 21. maddesi içerik açısından tartışma konusuna dönüşebilme potansiyeli taşımaktadır. Bu kullanımıyla “post-normal”, problem-çözüm-stratejilerinde karar risk derecesinin ve / veya sistem belirsizliklerinin arttığı durumlara gönderimlidir.

Çözülebilir olmaktan çok, yönetilebilir olan belirsizlik, belirli bir problemin veya problem setinin çözümünün bir olgu keşfine bağlı olmayıp doğası / yapısı gereği karmaşık bir gerçekliğin kavranması ve yönetilmesiyle ilgilidir. Karar risk derecesi, problem-durumu ile ilgili tarafların / paydaşların çözüm stratejisine bağlı maliyetleri, çıkarları ve değer-bağılılıklarına dair bir orandır (Funtowics & Ravetz, 1993: 744).

Özellikle, bir problem-durumunun çözümüne ilişkin bilimin (kurumsallığı ile) fiilen kullanılarak alınacak bir aksiyonun ciddi ve geri dönüşülemez ‘hasara’ neden olma ihtimali varsa ve herhangi bir zararın meydana gelmeyeceğine dair bilimsel bir mutabakatın -henüz- olmadığı durumlar post-

normal olarak adlandırılmaktadır. Bu süreçlerde, yanlış pozitif (İng. *False positive*) ve yanlış negatif (İng. *False negative*) hataları ciddi sonuçlar verir.¹ Bu gibi durumlarda, “bilim, politika konularına uygulandığında politika önerileri için kesinlik sağlayamaz ve herhangi bir karar sürecindeki çelişkili değerler, problem çözme işinde bile göz ardı edilemez” hale gelir (Funtowics & Ravetz, 1993: 744).

Tam da bu noktada, “etkileşimli diyalog” bilim içi ve uzmanlar arası bir yöntem ve iletişim formu olmaktan öteye geçer ve kamusal zemin(ler)de her katılımcı (ve hatta izleyici) aktörün kendi zihninde farklı birer bilim kavrayışıyla oturup, aynı kelimeleri kullanarak anlaşmaya çalıştıkları bir ‘post-normal’ müzakere masası açığa çıkar. Dikkat edilecek olursa, böyle durumlarda, tıp etiğinin hekim-hekim, hekim-hasta ve hatta hekim-kurum ilişkiselliğinin ötesine geçilmektedir. Bu durum, Shelia Jasanoff’un (1990) bilimsel bir danışma topluluğunun oluşturulması yoluyla bilimin meşrulaştırma rolünün kurumsallaştırılmasını ifade eden “düzenleyici bilim” (İng. *Regulatory Science*) kavramsallaştırması² ile de kesişmektedir. Düzenleyici bilimin amacı, politika geliştirme görevini ilerleten teknikler, süreçler ve ürünler üretmektir. Rejeneratif ve Restoratif Tıp Araştırmaları ve Uygulamaları Araştırma Programı’nın kapsadığı alt projeler bu bağlamda farklı etkilere sahip olmakla birlikte, projenin bütünselliği bilim – tıp – tıbbi teknolojiler ve sağlık politikaları / bilim politikaları kesişiminde yer almaktadır. Üç farklı bilimsel faaliyetin³ toplamı olarak görülebilecek bu tür bilim (düzenleyici bilim), bağlamı ve kısmen de içeriği ile olağan bilimden ayrılmaktadır (Jasanoff, 1990: 77).

Gerek tıp bilminde gerekse de prototip teknolojilerin geliştirildiği süreçlerde ‘belirsizlik’in açığa çıkardığı kısa vadeli tehditler post-normal durumlarda yoğun olarak hissedildiğinde ve bilimsel belirsizlik ya da kısa vadeli ‘kesin’ çözümlerin yokluğunda, ilgili problem(ler)in tartışılmasını eş-zamanlı olarak ‘bilim’in tartışılmasına dönüştürmektedir. Bu, Karl Mannheim’ın (2009) sadece mantıksal analiz ile anlaşılmasını mümkün görmediği, “nesnelere ve koşullara ilişkin kavramların doğrudan ve kesiksizce oluşturulup geliştirilme olasılığının artık birbirine uyumsuz tanımlamalar karşısında çökmesi”yle görünür olan, “ihtilafın mutabakattan daha fazla göze çarptığı” ve “günlük deneyimlerinin kıstaslarını ‘akademik’ tartışma düzeyine yükselten bir düşünce tekniğinin ve epistemolojinin meşrulaştırılması” gibi çıktılar veren bir durumdur. Geniş adlandırmasıyla da “eskiden az ya da çok birbirinden tecrit edilmiş biçimde yaşayan yaşamsal çevrelerin (her biri kendini ve kendi düşünsel dünyasını mutlaklaştırarak) birbiriyle artık şu ya da bu şekilde çatıştıkları” bir “dengeler çağı”dır (Mannheim, 2009: 258). Böylesi bir ara dönemde veya çağda epistemolojik

1. Yanlış pozitif”, bilimsel bir hipotezin yanlış olmasına rağmen doğru olarak kabul edildiği ve bunun üzerine eylem geliştirildiği durumları, “yanlış negatif” ise bilimsel bir hipotezin doğru olmasına rağmen yanlış kabul edildiği ve bunun üzerine eylem geliştirildiği durumları ifade etmektedir.
2. Jasanoff öncesinde bu kavramsallaştırmayı “bilim-ötesi” (İng. *Trans-science*) ile ilişkili olarak kullanan Alvin Weinberg’dir (1972).
3. [1] bilgi üretimi, [2] mevcut bilginin sentezlenmesi [değerlendirme, tarama, meta-analiz] ve [3] öngörü [olağan bilimin kanıt-öngörü bağintısından daha zayıf bir bağıntıyla belirsizliği kontrol etmeye çalışan bir öngörü].

kabuller de değer gibi konumlandırılır ve işlem görür.

Epistemolojik zeminde karar vermeye yönelik olarak bilimin geliştirmiş olduğu biçimsel yöntemler, kurallar ve bunlarla belirlenen ‘nitelikli kanıt’ statüsü geniş bir katılım yelpazesinde tartışma konusu haline getirildiğinde, tartışılan şey, herhangi bir kanıtın gücü ve / veya geçerliliği değil, neyin ‘kanıt’ olarak kabul edileceği üzerinedir. Zira Lyotard’ın (2013: 51) tarafların (gönderici ve alıcı) tartışmasında bir uzlaşma ufkunu açılmasını olanaklı kılan iki koşul (kanıtlayabildiğim sürece gerçekliğin dediğim gibi olduğu düşünülebilir ve aynı gönderge tutarsız veya çelişkili birden çok kanıt sunamaz koşulları) edimselleşemez. Bu da, Bourdieu’nun (2021: 55, 56) sosyal bilimlerin en büyük sorunlarından biri olarak tanımladığı ve *homologein* sözcüğüyle ve “aynı şeyi söylemek” olgusuyla tanımladığı nesnellik terimine dair problemi post-normal koşullar altındaki tüm bilime genellemektedir: “*Homologein*, bir toplumsal onaylama [*homologation*] biçiminin bilimsel onaylama ile rekabet halinde olması ölçüsünde önemli bir sözcüktür ve uzmanlaşmış bilimin (özellikle tıbbi bilimlerin) en büyük sorunlarından biri de, tutarlı ölçütler konusunda, (...) bilim insanları arasındaki uzlaşma ile toplumsal uzlaşma arasındaki güç ilişkisidir.” Post-normal durum(lar)daki bu ‘tartışma ortamı’nın ‘olağan’ soruları, olgulara ilişkin ve bilim diliyle ifade edilebilir olmakla birlikte, toplum ve politika dolayımına girmeden salt bilimde yanıtlanamayan sorular anlamında bilimsellik-ötesi (İng. *trans-scientific*) olarak da adlandırılabilir (Weinberg, 1972: 209) ve bu noktada Bourdieu’nun (2021: 53, 147) ifadeleri edimselleşir: “Epistemolojik meselelerin büyük çoğunluğu aynı zamanda siyasal meselelerdir” ve “toplumsal dünya hakkındaki hakikat, ister istemez rakip toplumsal gruplar arasındaki mücadelenin konusudur.” Belirtmek gerekir ki bu mücadele etiği de kapsayan değerler üzerindendir.

Yakın zamanlı örnek bir vaka, Shenzen’de, “Southern University of Science and Technology”de Biyoloji Bölümü’nde doçent olarak çalışan He Jiankui’nin, 26 Kasım 2018 tarihinde YouTube’a yüklediği videolar ile tüm dünyada yankı uyandıracak bir iddia ortaya atması ve HIV’in hücre içerisine alınmasından sorumlu olan yüzey reseptörünün insan embriyosunda işlevsiz hâle getirildiğini ve çalışmaya katılan HIV pozitif bir erkeğin “CCR5 geni makaslanmış” ikiz kız çocuklarına sahip olduğunu iddia etmesidir. “Hong-Kong’da düzenlenen 2. Uluslararası İnsan Genomu Düzenleme Zirvesi’nde, Nobel ödüllü David Baltimore, Wisconsin Üniversitesi’nden biyoetikçi Alta Charo ve CRISPR-Cas9 teknolojisinin mucitlerinden Jennifer Doudna’nın da aralarında bulunduğu saygın araştırmacıların önünde sunmuştur. Ancak ilerleyen süreçte, Seçkin bilimsel dergiler başta olmak üzere birçok dergi ve gazetede “skandal, ahlaksızlık, sorumsuzluk” başlıklarıyla yer bulan, bazı gazetelerde “Çin’in Dr. Frankenstein’i” olarak adlandırılan Dr. He, Times dergisinin “En Etkileyici 100 İsim” listesinde olumsuz yönden de olsa yer almayı başarmıştır. Bulduk ve Şahinoğlu’nun yaptığı derin inceleme göstermektedir ki He Jiankui örneğinde olduğu gibi çalışmada bilimsel yöntem ve çalışma basamaklarını tam anlamıyla takip etmeyen, geliştirdiği teknolojiyi ön çalışmalarla desteklemeden doğrudan insan embriyosu üzerinde kullanan, yalan beyanda bulunarak çalışması için gerekli izinleri aldığını ifade eden, aydınlatılmış onam sürecinde katılımcılara güvenilir ve ulaşılabilir üreme yöntemlerinden bahsetmeyen, araştırmayı finanse eden şirketlerle arasındaki ilişkiyi saklayan

birçok araştırmacı bilim içi (hekim-hekim, kurum-hekim) ilişkisellikte ifşa olurken, He Jiankui'nin "üreme hakkı" kapsamında toplumsal ayrımcılığa maruz kalan HIV pozitif çiftlerin de sağlıklı çocuk sahibi olma haklarını öne sürmesinde olduğu gibi toplum nezdinde etik değerlerin nasıl tartışılır hale getirilebileceğini de göstermektedir. Bu bağlamda Dr. He Jiankui'nin şöhret kazanma amacına ulaştığı açıktır. Sansasyonel bilimsel çalışması ile bir anda tüm bilim dünyasının ilgisini üzerine toplayan Dr. He, birçok bilimsel derginin manşetlerinde ve kapağında yer alarak görünürlüğü yüksek bir bilim insanı hâline getirilmiştir (Bulduk, Şahinoğlu, 2021).

Post-normal bilim süreçleri uygulamalı bilimin ve profesyonel danışmanlığın tam işlevsel olduğu durumlardan farklı olarak kamusal anlamda bilime duyulan "pekiştirilmiş güven" (İng. *Enhanced trust*) koşullarını da etkiler. Irzık ve Kurtulmuş'un (2018: 7) mantıksal önermeler formunda ifade ettikleri bu koşullar şöyledir:

M kamunun bir üyesi; S, bir bilim insanı veya bilim insanları topluluğu ve P, bir önerme veya önerme grubu olmak üzere,

(K5) Kamu refahı söz konusu olduğunda, S, P'ye göre endüktif risklerin dağılımına ilişkin metodolojik kararlarını, M'nin bu risklere ilişkin değerlendirmeleriyle uyumlu olarak alır ve

(K6) M'nin Koşul 5'in yerine getirildiğine inanmak için iyi nedenleri vardır.

Post-normal durumda, K5 ve K6 koşulları çatışan veya çelişen kültürel değerler ve anlamlandırmalar nedeniyle oluşamaz. Bu da Helsinki Bildirgesi'nin 8 ve 10. Maddeleri başta olmak üzere birçok maddesini potansiyel olarak tartışmalı hale getirir. Öyle ki, S'nin bilimi ve/veya bilimselliği temsiliyet niteliği dahi hem bilim içi hem de bilim dışı bağlamlarda tartışma konusu haline dönüştürülebilir. Bu, aynı zamanda şüpheciliğin epistemolojik olarak belirlenmiş sınırlarının belirsizleşmesi ve saçılması anlamına da gelmektedir.

Bir yandan, bilim ve dolayısıyla metodik şüphecilik, endüstriyel toplumda kurumsallaşmıştır. Öte yandan, bu şüphecilik (ilk başta) dışsal, araştırma nesneleriyle sınırlıdır, öte yandan bilimsel çalışmanın temelleri ve sonuçları, içsel olarak teşvik edilen şüpheciliğe karşı korumalı kalır. Şüpheciliğin bu bölünmesi, yanılabilirlik şüphesi karşısında istikrarsız olduğu kadar, profesyonelleşmenin amaçları için de gereklidir: Bilimsel-teknik gelişmenin sürekliliği, iç ve dış ilişkilerinde bir süreksizlikten geçer. Burada düşünümsel modernleşme, şüpheciliğin bilimsel çalışmanın temellerine ve tehlikelerine kadar genişletilmesi ve dolayısıyla bilimin hem genelleştirilmesi hem de gizeminden arındırılması anlamına gelir (Beck, 1992: 14).

Böylesi bir müzakere / münazara masasında şeyeleştirilen, toplumsal içeriği örtülü olarak taşıyan, mevcut ve üretilmiş kavramlar / temsiller arasında bir mübadele vuku bulmaktadır. Ancak özellikle de sosyal medya mecralarında kamuoyu görüşü yaratma veya biçimlendirme etkisinin artışı popülizmin ağırlık kazandığı her alanda katılımcıları, bireyleri ve yer yer de kurumsal temsiliyetleri "birer yurttaş ve politik ve kültürel olayların tartışmacıları olmaktan çıka[ra]rak politik gösterilerin ve medya gösterilerinin kültür tüketicisi izleyicilerine dönüştürür" (Best & Kelner, 2011: 284). Daha

önce verilen Dr. He Jiankui örneğinde de görüldüğü üzere (önce YouTube’da iki video ile ulaştığı “bilimsel(?)” sonuçları kamusallaştırması), bilim insanlarının sosyal medya platformlarındaki görünürlükleriyle bilimin görünürlüğünü iç içe geçirmektedir. Unutulmamalıdır ki tıbbi hizmet alan hastalar ve hasta yakınları da bu kategori altındadır. Fakat, bu izleyicilerin farklı sermaye türlerine bağlı simgesel otoriteleri kullanma ve etki etme gücü de söz konusudur.

Bilim ve bilimsel uygulamalara ilişkin algılardaki çeşitlilik ve ona bağlı heterojenliği somut bir durum olarak tespit etmek için ampirik bakış veya sahaya ampirik müracaat yeterlidir (Tablo 1).

Tablo 1: Dünya Değerler Anketi, Bilim temalı sorular ve yanıtların oranı (Kaynak: Haerpfer, Inglehart, Moreno, vd., 2020). [Tüm ülkeler: 51 ülke / 76,897 katılımcı].

Bilim ve teknoloji hayatımızı daha sağlıklı, daha kolay ve daha konforlu hale getiriyor								
Ülkeler	Kesinlikle Katılmıyorum	2	3	4-5-6	7	8	9	Tümüyle katılıyorum
Tüm Ülkeler	3.7	1.5	2.5	24	13.0	17.1	10.9	27.3
Bilim ve teknoloji sayesinde, gelecek nesiller için daha fazla fırsat olacak.								
Tüm Ülkeler	2.6	1.3	2.5	21.7	12.6	17.8	11.6	28.3
Bilime çok fazla güveniyoruz ve inanca yeterince güvenmiyoruz								
Tüm Ülkeler	13.8	5.6	7.3	32.5	9.9	9.9	5.6	13.1
Bilimin kötü etkilerinden biri, insanların doğru ve yanlış hakkındaki fikirlerini bozmasıdır.								
Tüm Ülkeler	12.7	5.6	7.4	35.3	9.9	9.1	4.7	11.8
Günlük hayatımda bilim hakkında bilgi sahibi olmak benim için önemli değil								
Tüm Ülkeler	21.7	9.1	10.5	30.1	7.8	7.0	3.6	8.5
Bilim ve teknoloji sayesinde dünya daha iyi ya da daha kötü durumda								
	Daha kötü durumda	2	3	4-5-6	7	8	9	Daha iyi durumda
Tüm Ülkeler	5.2	1.8	3.1	26.4	13.5	17.0	9.7	22.0
Bilim ve din çatıştığında, din her zaman doğrudur.								
	Yanıt yok	Bilmiyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum		
Tüm Ülkeler	1.5	4.3	16.1	32.4	22.4	23.3		

Bu tablo (insanların bilim üzerine eylem belirleyici değer yüklü inançlarının / kanaatlerinin çeşitliliği) bize bilim ve teknolojinin topluma etkisi denli toplumsallığın bilime ve teknolojiye etkisinin önemine dair bir fikir vermektedir. Daha öncesinde, yani 19. yüzyıl ve 20. yüzyılın en azından ilk yarısı boyunca ve özellikle modern ve modernleşmekte olan ülkelerde kitlelerin bilime örtülü bir inanç (Lat. *Fides implicita*) duyduklarına ve bunun iyi bir eğitimle kendini temellendirebilen bir inanca (Lat. *Fides explicita*) dönüşeceğine dair varsayım, yeni durumda gücünü kaybetmektedir. Diğer bir deyişle,

“eksik model” (İng. *Deficit model*), yani, bilim hakkındaki tutumlar ve bilim hakkındaki bilgi arasında her koşulda basit, pozitif, doğrusal bir ilişkinin olduğu ve negatif tutumların aradaki açıktan (bilgi eksikliğinden) kaynaklandığına dair model aşırı basitleştirme içermektedir. Tam da bu nedenle hasta ve / veya hasta tutumlarındaki istenmeyen durumlarla klasik bilgi aktarımını temel alan “eğitim” ile mücadele edilebileceği savı da naif kalmaktadır. Yine de, ilk akla geleceği üzere, bilim okuryazarlığı ve eğitim seviyesindeki artışla bilime güven duyma ve buna uygun davranış geliştirme arasındaki doğru orantı ampirik olarak saptanabilir olsa da (Durant & Evans & Thomas: 1989) çizgisel modelin açıklayamadığı sapmaların, hem de post-endüstriyel toplumlarda (Almanya, Danimarka ve Britanya gibi) var olduğu (Bauer & Durant & Evans, 1994) ve spesifik çatışmalarda (küresel iklim değişikliği veya COVID-19 Pandemisi gibi) bu oranın davranış ve tercihleri öngörebilme işlevinin büyük oranda ortadan kalktığı görülmekte (Allum & Sturgis & Tabourazzi, 2008) ve sosyal-kültürel faktörlerin bilgi ve eğitim kadar etkili hale geldiği, ayrıca, “bilim okuryazarlığı ve eğitimin, özellikle yerleşik bilgi kültürlerine karşı ideoloji ve kimliğin sosyal ontolojiler yaratmak için araya girdiklerinde, çeşitli topluluklar üzerinde tek tip etkilere sahip olmasının muhtemel olmadığı” gösterilmektedir (Gauchat, 2012: 182). Proje kapsamında yürütülmekte ve yürütülecek olan saha çalışmaları bu anlamda bir ilk ölçüm / tespit niteliğinde analiz edilebilir veri sunmaktadır / sunacaktır.

Topluman alt gruplarının farklı kültürel perspektiflere sahip olmaları, onların sosyal kurumlarla nasıl ilişkileneceklerine dair sonuçlar doğururken, teknolojinin toplumsal kullanımları (sosyal medya vb.) hemen hiçbir hiyerarşik filtreleme mekanizması olmaksızın bilgi, veri ve fikir yayılımını mümkün ve mevcut hale getirmiş durumdadır. Buna bağlı olarak da “bilim”e (proje kapsamında tıbbi bilimler ve teknolojilere) ilişkin kavrayış kültür endüstrisinin bir parçası olurken, bu kavrayışın motive ettiği veya koşullandırdığı ya da en azından etkilediği somut davranış örüntüleri ve bunun bireyselliği aşarak toplumsala etki eden sonuçları, kısacası bilimin kavramı üzerinden toplumsala etkisi daha önce görülmemiş bir sosyal dolayımına girmektedir.

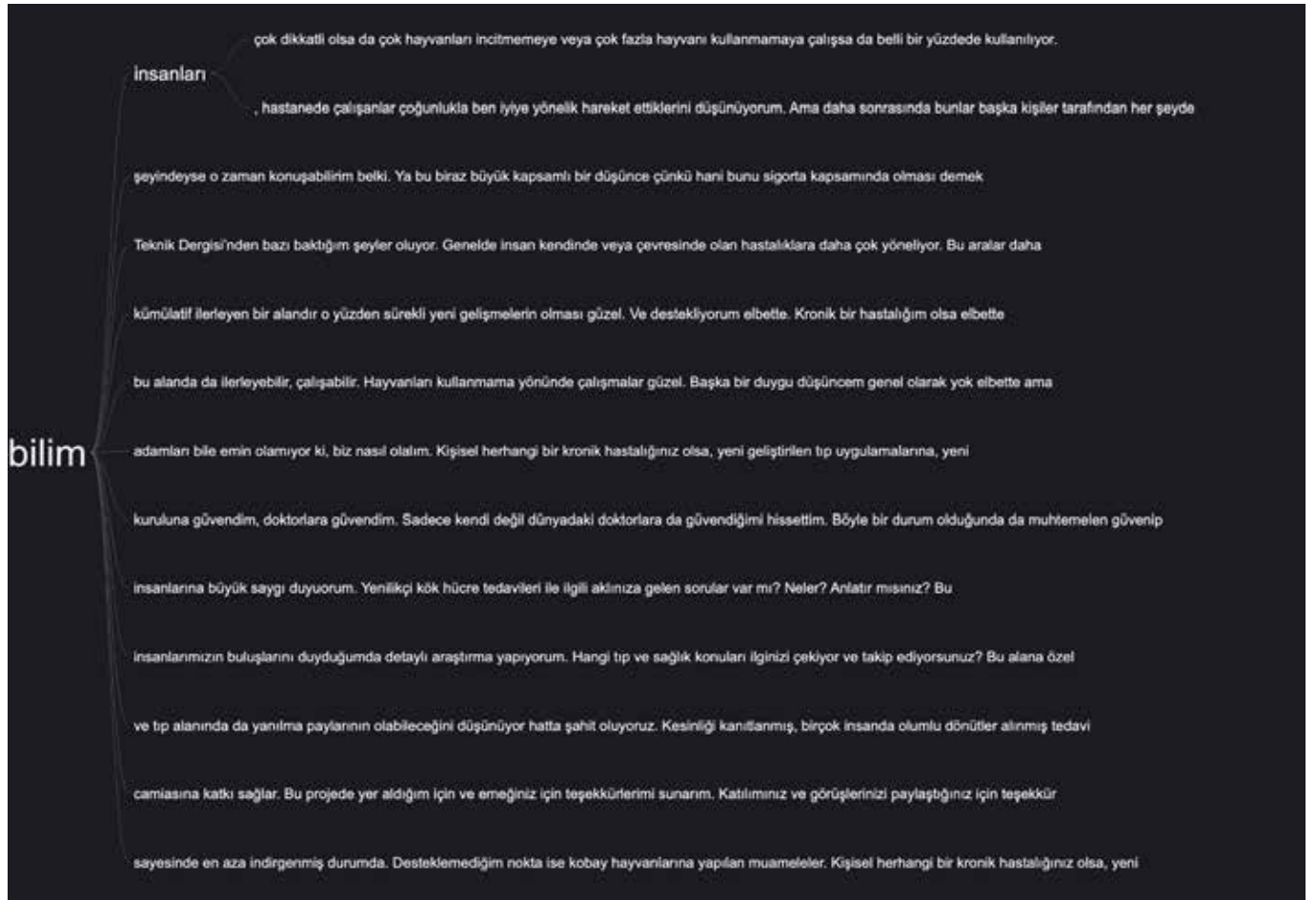
Proje kapsamında gerçekleştirilen “Sağlıklı Bireylere Yönelik Mülakat”ta aşağıdaki sorular bu sosyal dolayımı ölçmek için işlevseldir.

- 4- Kendi sağlığını söz konusu olduğunda hemen hastaneye, doktora gider misiniz; yoksa bekler ve geciktirir misiniz? Kendi sağlığınıza dair genel tutumunuz nedir?
- 5- Ailenizin ve sevdiklerinizin sağlığı söz konusu olduğunda hastaneye, doktora gider misiniz hemen; yoksa bekler ve geciktirir misiniz? Genel tutumunuz nedir?
- 6- Kendi sağlığınıza için uzman doktoru ve hastaneyi nasıl seçiyorsunuz? Genelde nasıl belirliyorsunuz doktorunuzu ve hastanenizi?
- 7- Tıp ve sağlık alanında Türkiye’de veya dünyada geliştirilen yenilik, buluş ve gelişmeleri destekliyor ve benimseyebiliyor musunuz? Destekliyorsanız nedenleri nedir? Desteklemiyorsanız nedenleri nedir?

- 8- Kişisel herhangi bir kronik hastalığınız olsa, yeni geliştirilen tıp uygulamalarına, yeni verilen ilaçlarına, yeni tedavi süreçlerine başvurur musunuz? Başvurursanız ya da başvurmazsanız nedenlerini anlatır mısınız?
- 9- Hastanızın sağlığı için yeni geliştirilen tıp uygulamalarına, yeni verilen ilaçlarına, yeni tedavi süreçlerine başvurur musunuz? Başvurursanız ya da başvurmazsanız nedenlerini anlatır mısınız?
- 10- Yenilikçi ilaçlara ve tedavi süreçlerine başvurup başvurmama açısından kendiniz için bir karar verecek olsanız, bu kararı kimlerle ve nasıl alırsınız? Birilerine danışır mısınız? Kimlere neleri danışır, sorarsınız?
- 11- Tıptaki yenilikçi tedavilerde, hastanın kendi kök hücrelerinden alınarak, vücudu dışında bir laboratuvar ortamında gerekli hücreler veya dokular üretilip, sonra yeniden kendisine nakledilebiliyor. Bu türden yenilikçi tedavilere ilişkin ne düşünüyorsunuz?
- 13- Diyelim ki kök hücreye dayalı bir yenilikçi tedavi geliştirildi. Daha kısa sürede, daha başarılı ve daha az acı/ağrı ile daha az yan etkiyle veya yan etkisiz tedavi edilebilir hale geldi. Bunlardan herhangi biri söz konusu ise bu uygulamaya sizin yaklaşımınız nasıl olur?
- 14- Eğer kendiniz hasta olsanız, bu tür yenilikçi uygulamalara istekli olur musunuz yoksa tereddütleriniz mi olur?
- 15- Eğer bir yakınınız hasta olsa, onun bu tedavileri alması için bu tür yenilikçi uygulamalara istekli olur musunuz yoksa tereddütleriniz mi olur?
- 18- Bu türden yenilikçi tıp gelişmeleri, özellikle ilaç üretimi süreçlerinde daha az deney hayvanının kobay olarak kullanılmasını ya da hiç kobay hayvanı kullanılmamasını sağlayabiliyor. Bununla ilgili görüşünüz nedir? Olumlu mu olumsuz mu buluyorsunuz?

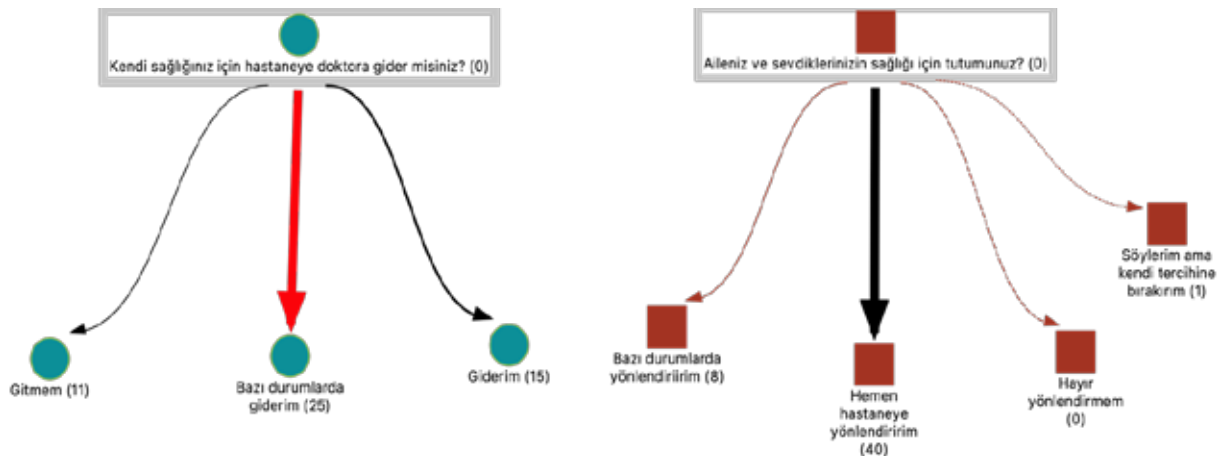
Yapılan mülakatların rastgele seçilen 50'sinin deşifre metinlerinin MAXQDA ile yapılan nitel analizinde şu ara sonuçlara varılmıştır:

“Bilim” sözcüğünü MAXQDA’da sözcük frekansı analizine tâbi tuttuğumuzda aşağıdaki sonuç açığa çıkmaktadır (bkz. Şekil 1).



Şekil 1: “Bilim” sözcüğünün frekans analizi

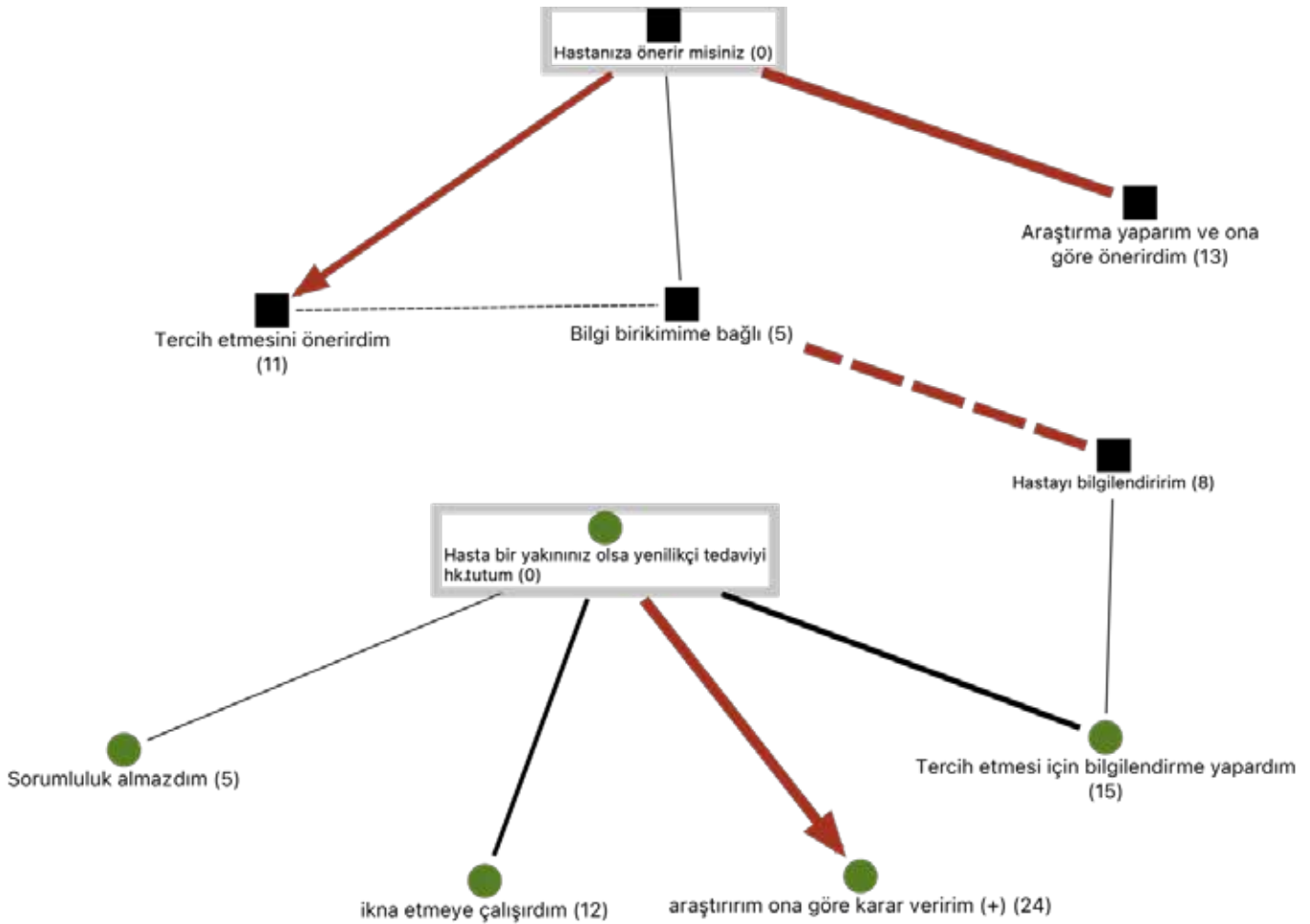
İlk elden yapılan değerlendirmede katılımcıların bilime ve/veya bilim insanlarına güvenmekle birlikte zihinlerinde örtüşen bir tanım olmadığı görülmektedir. Duyulan güvenin de değişkenlerden biri olduğu, modern tıbbi kurumlar olan hastanelere veya tıp hekimlerine başvuruda katılımcıların kendileri için farklı, aileleri ve yakınları için farklı tutumlar sergiledikleri görülmektedir (bkz. Şekil 2).



Şekil 2: Katılımcıların Hastaneye Başvurma Tutumları

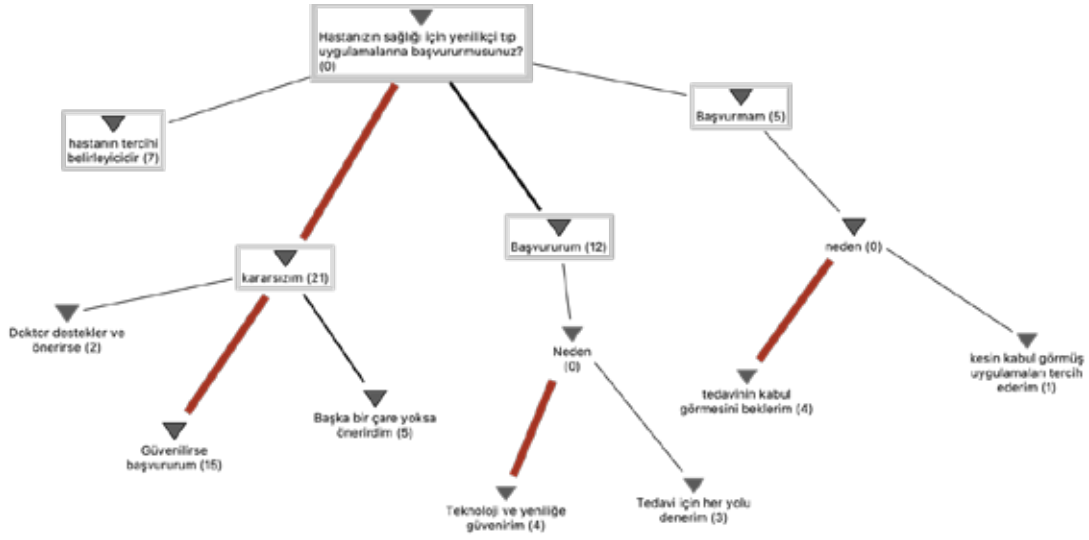
Katılımcıların kendi sağlık problemlerinde sadece bazı durumlarda doğrudan hastaneye / doktora gitme eğiliminde oldukları görülürken, aileleri / yakınları söz konusu olduğunda hemen hastaneye / doktora başvurma eğiliminin ağır bastığı görülmektedir. Bu farklılık, özdeş rasyonel karar verme süreçlerinden ziyade değer tabanlı bir karar mekanizmasının aktif olduğunun göstergesidir.

Diğer taraftan yenilikçi tıbbi uygulamalara ilişkin katılımcıların yakınları / aileleri söz konusu olduğunda eğilimleri / tutumları aşağıdaki gibidir (bkz. Şekil 3).



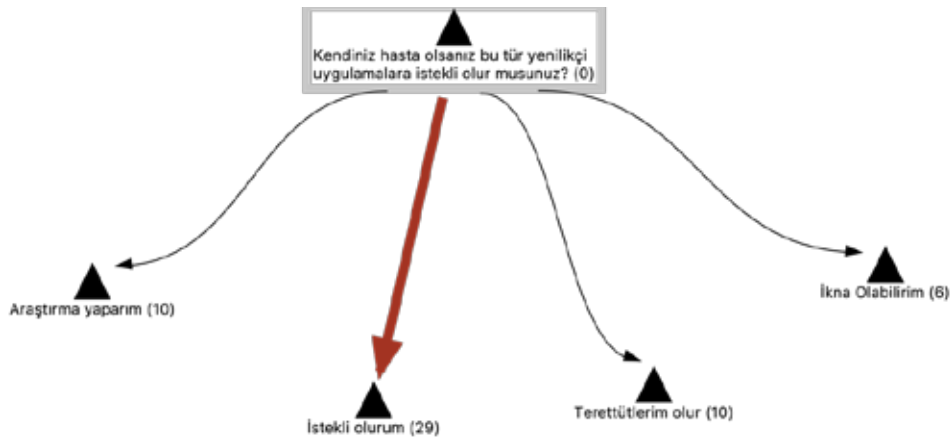
Şekil 3: Katılımcıların Yakınlarına Yönelik Yenilikçi Tıbbi Uygulamalara İlişkin Tutum

İlgili yenilikçi uygulamaya yönelik araştırma yapma / bilgi edinme eğilimi ağır basmakla birlikte, bir önceki tutumla paralel biçimde katılımcıların ailelerini / yakınlarını bu tür tedavi ve uygulamalara yönlendirme eğiliminde oldukları görülmektedir. Ancak buradaki “araştırma” / “bilgi edinme” yol, yöntem ve kaynakları belirgin değildir. Hangi koşullarda ilgili uygulamanın onaylanacağına ilişkin kriter bir tartışma ortamının konusudur. Örneğin, daha önce bahsedilen örnekte olduğu gibi bir YouTube videosunun etkisi ayrıca değerlendirilmeye açıktır. Doğrudan yenilikçi bir uygulamaya başvuru tutumu ise aşağıda görülmektedir (bkz. Şekil 4).



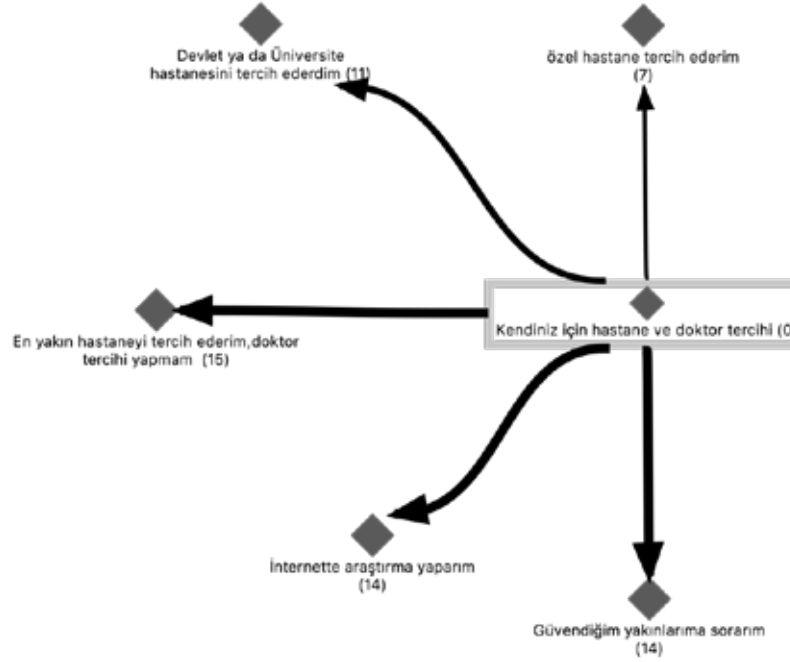
Şekil 4: Katılımcıların Yakınları / Aileleri için Yenilikçi Uygulamalara Başvurma Tutumu

Doğrudan yenilikçi uygulamaya başvuruda “teknoloji ve yeniliğe güvenme” ve “tedavide her yolu deneme” tutumları belirleyiciyken, kararsızlar ve başvurmayanlar için doktor önerisi, güvenilirlik, başka çarenin kalmaması, tedavinin yaygın kabul görmesi gibi beklentiler kendilerini göstermektedir. Benzer biçimde, katılımcıların kendilerinin hasta olması durumunda yenilikçi uygulamalara başvurma eğilimleri de aşağıda görülmektedir (bkz. Şekil 5).



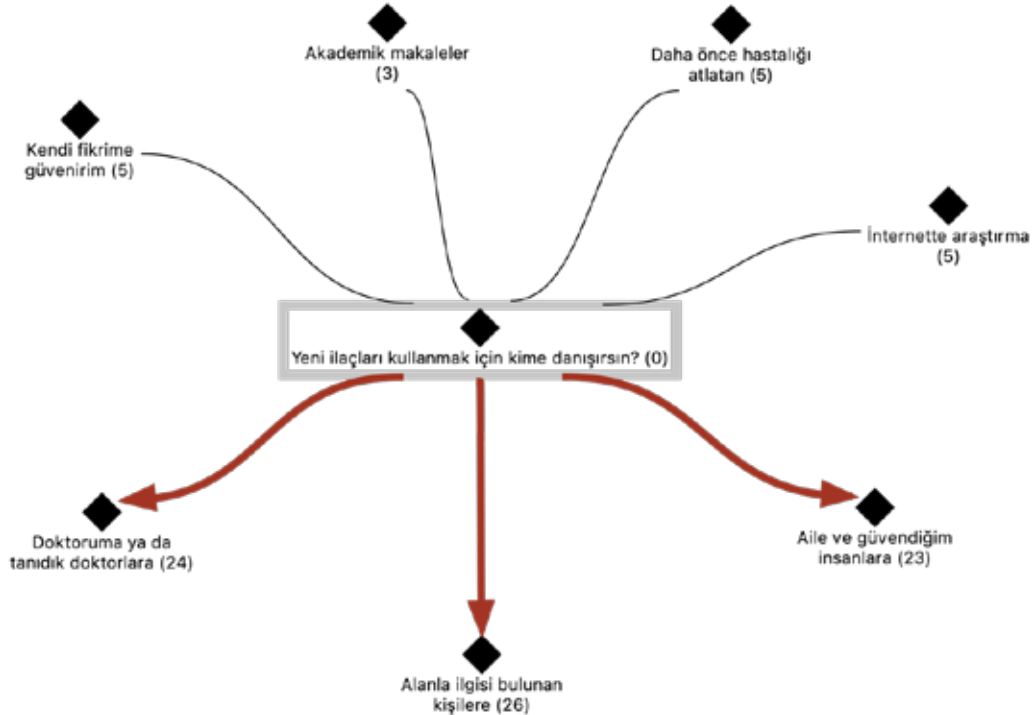
Şekil 5: Katılımcıların Kendilerinin Hasta Olma Durumunda Yenilikçi Uygulamalara Başvurma Eğilimleri

Bu kez katılımcıların kendileri için de yenilikçi uygulamalara istekli oldukları görülmekte birlikte, “araştırma yaparım”, “tereddütlerin olur”, “ikna olabilirim” yanıtlarının da neredeyse yarı yarıya olduğu görülmektedir. Bu da bir kez daha doğru, açık bilgilendirmenin ve bilgilendirme kaynaklarının önemine vurgu yapmaktadır. Bu vurguyu destekleyecek biçimde, katılımcıların kendileri için doktor ve/veya hastane tercihlerini nasıl yaptıkları aşağıda görülmektedir (bkz. Şekil 6).



Şekil 6: Katılımcıların kendileri için doktor / hastane tercihlerini belirleyen etkenler

Bu analizde dikkat çekici olan “internette araştırma yapma” ve “güvenilir yakınlarla danışma” eğilimlerinin baskınlığıdır. Daha önce de ifade edildiği üzere, hemen hiçbir hiyerarşik filtreleme mekanizması olmaksızın bilgi, veri ve fikir yayılımını mümkün ve mevcut hale getirmiş olan İnternetin önemi ve tehlikesi bir kez daha görülmektedir. Pekiştirici bir sonuç, yeni ilaçların kullanımına ilişkin yanıtlarda da görülmektedir (bkz. Şekil 7).



Şekil 7: Yeni İlaç Kullanımına İlişkin Katılımcıların Danışma Eğilimleri

336

8. Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi, Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/images/stories/file/2013/helsinki.pdf> , Erişim Tarihi: 25.07.2022.
9. Funtowicz, S. O. & Ravetz, J. R. (1993). "Science For a Post-normal Age", *Futures*, 25, s. 739-755.
10. Gauchat, G. (2012), "Politicization of Science in Public Sphere: A Study of Public Trust in the United States, 1974 to 2010", *American Sociological Review*, 77(2), 167-187.
11. Haerpfer, C., Inglehart, R., Moreno, A., Welzel, C., Kizilova, K., Diez-Medrano J., M. Lagos, P. Norris, E. Ponarin & B. Puranen et al. (eds.), World Values Survey: Round Seven – Country- Pooled Datafile. Madrid, Spain & Vienna, Austria: JD Systems Institute & WWSA Secretariat. (doi:10.14281/18241.13), 2020.
12. Irzik, G. & Kurtulmus, F. (2018), "Well-ordered science and public trust in science". *Synthese*. (<https://doi.org/10.1007/s11229-018-02022-7>).
13. Irzik, G. & Kurtulmuş, F. (2019). "What Is Epistemic Public Trust in Science?" *British Journal for the Philosophy of Science*, 70 (4).
14. Jasanoff, S. (1990). *The Fifth Branch: Science Advisors as Policy Makers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
15. Lyotard, J. F. (2013). *Postmodern Durum*. Çev. İsmet Birkan. Ankara: BilgeSu.
16. Mannheim, K. (2009), *İdeoloji ve Ütopya*. Çev. Mehmet Okyayuz, Ankara: De ki Basım Yayım.
17. Öztoprak, Ü. Y., Ersoy, M., Karahancı, O. N., Büken, N.Ö. (2016). *Helsinki Bildirgesi'nin Biyoetik ve Biyopolitikalar Bağlamında İzini Sürmek*. JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations, 7 (1): 110-118 doi: 10.5799/ahinjs.01.2016.01.0582.
18. Şahinoğlu, S., Örs, Y. (2003). "Kadın sağlığında tıbbi etik ve sorunları", Akın A. (ed.) *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s. 219-227, Ankara.
19. Weinberg, A. M. (1972), "Science and Trans-Science", *Minerva*, Vol. 10, No.2, s. 209-222.
20. WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS, Erişim Adresi: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>, Erişim Tarihi: 25.07.2022.

RESVERATROLÜN KALP VE DAMAR FONKSİYONLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Serdar Şahintürk¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye
ssahinturk@uludag.edu.tr

Özet

Resveratrol güçlü antioksidan özellikler sergileyen polifenolik bir komponenttir. Üzüm, yaban mersini, şarap, çilek ve yer fıstığı gibi doğal ürünler resveratrolün bulunduğu başlıca kaynaklardır. Resveratrolün lipid peroksidasyonunun inhibisyonu, mitokondride oluşan süperoksit radikalinin yakalanması ve koenzim Q ile yarışılması sonucunda reaktif oksijen türevlerinin oluşumunun azaltılması gibi mekanizmalarla antioksidan etki sağlamaktadır. Resveratrolün in vivo koşullarda nitrik oksit üretimini artırması antioksidan etkinliğine büyük bir katkı sağlamaktadır. Güçlü antioksidan etkinliğinden dolayı birçok fizyopatolojik sürece katkıda bulunan resveratrolün kardiyoprotektif, antienflamatuar ve antiapoptotik etkinlikleri ile birlikte vazorelaksasyonun uyarılması gibi kardiyovasküler etkileri oldukça önemlidir. Resveratrolün vazorelaksan etkisine nitrik oksit-siklik guanozin monofosfat yolağının aracılık ettiği ileri sürülmektedir. Güncel çalışmalar diyabet, obezite, hipertansiyon ve dislipidemi gibi kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde resveratrolün faydalı etkiler sağladığını göstermektedir. Bununla birlikte tüm bu fizyopatolojik etkilerin oluşumundaki mekanizmalar açıkça ortaya konulmamıştır. Bu derlemenin amacı resveratrolün vasküler fonksiyonlar üzerindeki etkilerini ve etki mekanizmalarını güncel çalışmalar ışığında tartışmaktır.

Anahtar kelimeler: antioksidan, damar, resveratrol, vazorelaksasyon

EFFECTS OF RESVERATROL ON HEART AND VESSEL FUNCTIONS

Abstract

Resveratrol is a polyphenolic component that exhibits potent antioxidant properties. Natural products such as grapes, blueberries, wine, strawberries, and peanuts are the main sources of resveratrol. Resveratrol provides an antioxidant effect through mechanisms such as inhibition of lipid peroxidation, the capture of superoxide radicals formed in mitochondria, and reduction of reactive oxygen derivatives as a result of competition with coenzyme Q. The fact that resveratrol increases nitric oxide production in vivo makes a great contribution to its antioxidant activity. Resveratrol, which contributes to many physiopathological processes due to its strong antioxidant activity, has cardioprotective, anti-inflammatory, and anti-apoptotic activities, as well as cardiovascular effects such as stimulating vasorelaxation. It has been suggested that the vasorelaxant effect of resveratrol is mediated by the nitric oxide-cyclic guanosine monophosphate pathway. Recent studies show that

resveratrol provides beneficial effects in the treatment of cardiovascular diseases such as diabetes, obesity, hypertension, and dyslipidemia. However, the mechanisms in the formation of all these physiopathological effects have not been clearly revealed. This review aims to discuss the effects and mechanisms of action of resveratrol on vascular functions in light of current studies.

Keywords: antioxidant, vascular, resveratrol, vasorelaxation

Giriş ve Amaç

Resveratrol birçok fizyopatolojik etkilerinin yanı sıra özellikle antioksidan etkinliği oldukça yüksek olan ve insan ömrünü uzattığı ileri sürülen bir polifenoldür. Üzüm, yaban mersini, şarap, çilek ve yer fıstığı gibi doğal ürünler resveratrolün doğal olarak bulunduğu kaynaklardır. Özellikle kırmızı üzüm kabuğunda fazla miktarda resveratrol bulunmaktadır. Bu nedenle kırmızı şarap önemli bir resveratrol kaynağı olarak bildirilmektedir. Resveratrolün lipid peroksidasyonunun inhibisyonu, mitokondride oluşan süperoksit radikalının yakalanması ve koenzim Q ile yarışılması sonucunda reaktif oksijen türevlerinin oluşumunun azaltılması gibi mekanizmalarla antioksidan etki sağlamaktadır. Resveratrolün *in vivo* koşullarda nitrik oksit (NO) üretimini artırması antioksidan etkinliğine büyük bir katkı sağlamaktadır. Antioksidan etkinliğinin çok güçlü olmasından dolayı birçok fizyopatolojik sürece katkıda bulunan resveratrolün kardiyoprotektif, antienflamatuar, iskemi/reperfüzyon hasarını azaltıcı ve antiapoptotik etkinlikleri ile birlikte vazorelaksasyonun uyarılması gibi kardiyovasküler etkileri oldukça önemlidir. Güncel çalışmalar resveratrol aracılı vazodilatasyona NO-siklik guanozin monofosfat (cGMP) yolağının aracılık ettiğini ileri sürmektedir. Ayrıca deneysel ve klinik çalışmalar diyabet, obezite, hipertansiyon ve dislipidemi gibi kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde resveratrolün önleyici ve iyileştirici etkiler sağladığını göstermektedir (Breuss et al., 2019; Cho et al., 2017; Hung et al., 2000; Li et al., 2019). Bununla birlikte, resveratrolün neden olduğu tüm bu fizyopatolojik etkilerin oluşumundaki mekanizmalar önceki çalışmalarda tam olarak ortaya konulamamıştır. Bu derlemenin amacı resveratrolün özellikle vasküler fonksiyonlar üzerindeki etkilerini ve etki mekanizmalarını literatürdeki güncel çalışmalarda elde edilen bulgular ışığında tartışmaktır.

Resveratrolün Fizyopatolojik Etkileri

Resveratrol antikanser, antienflamatuar, immünmodülatör, yaşlanma önleyici ve kardiyovasküler hastalıkları önlemek gibi farmakolojik aktivitelerin yanı sıra yaşam süresini uzatıcı özelliklere sahip bir fitoaleksindir. Kimyasal olarak resmi adı *E-5-(4-hydroxystyryl) benzene-1,3-diol* veya *3,5,4'-trihydroxy-trans-stilbene* olmakla birlikte resveratrol ismi daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Resveratrol doğada iki izomerik formda, trans- (*E*) ve cis- (*Z*) formunda, bulunabilmektedir. Resveratrolün doğadaki başlıca kaynaklarından birisi olan üzüm, resveratrolün insan diyetine girmesi için sadece doğrudan değil, aynı zamanda ürünleri aracılığıyla da iyi bir kaynaktır. Resveratrol, meyve ve sebzelerde düşük konsantrasyonda oluşan polifenolik bir antioksidandır. En yüksek resveratrol konsantrasyonuna sahip bitki, Asya bitkisel ilaçlarında yaygın olarak kullanılan Japon madımağı olarak bilinen *Polygonumcuspidatum*'dur. Bazı bitkiler enfeksiyon, stres, yaralanma veya ultraviyole

radyasyon maruziyeti sonucunda resveratrol üretebilmektedir. Resveratrol ayrıca üzüm, şarap, üzüm suyu, yer fıstığı ve yaban mersini ve kıvılcık dahil olmak üzere *Vaccinium* (yaban mersini, çoban üzümü, mavi yemiş vs...) türü bitkilerin meyvelerinde bulunmaktadır. Ancak üzümlerde resveratrol sadece üzümün kabuğunda bulunur ve üzüm kabuğundaki resveratrol miktarı üzüm çeşidine, coğrafi kökenine ve mantar enfeksiyonuna maruz kalmaya göre değişkenlik gösterebilmektedir. Resveratrolün antikanser, antiviral, nöroprotektif, antiaging, antienflamatuar ve yaşamı uzatıcı etkiler gibi çok çeşitli sağlığa yararlı etkileri bulunmaktadır. Resveratrol, bitkiler tarafından antifungal bir kimyasal olarak üretilmektedir. Gıda maddelerindeki resveratrol miktarı büyük ölçüde değişkenlik gösterebilmektedir. Kırmızı şarap, üzüm çeşidine bağlı olarak beyaz şarap ile kıyaslandığında çok daha fazla miktarda resveratrol içermektedir. Bunun nedeni kırmızı şarap yapımında üzümlerin kabukları ile birlikte fermente edilmesi ve resveratrolün şaraba emilmesinin bu şekilde mümkün olmasıdır. Beyaz şarap yapımında ise üzümler kabuğu çıkarıldıktan sonra fermente edilmektedir ve bu nedenle resveratrol içeriği daha düşük miktarda kalmaktadır. Literatürdeki çalışmalar, potansiyel diyabet önleyici ve yaşlanma karşıtı aktiviteleri de dahil olmak üzere kırmızı şarap içeriğinde bol miktarda bulunan resveratrolün sağlığa faydalı çok çeşitli ve yeni etkiler bildirmeye devam etmektedir (Fan et al., 2008; Frankel et al., 1993; Kundu et al., 2008; Rimando et al., 2004; Stojanovic et al., 2002).

Resveratrolün en önemli etkilerinden birisi güçlü antioksidan etkisidir. Bu etkisi sayesinde resveratrol ortamdaki serbest radikalleri etkili bir şekilde temizleyebilmektedir. Çeşitli araştırmalarda resveratrolün *in vivo* koşullarda *in vitro* koşullardakine kıyasla çok daha güçlü bir antioksidan olduğu belirlenmiştir. Resveratrolün NO üretimini artırdığı bilinmektedir ve bu antioksidan etkinliğine katkıda bulunan önemli bir faktördür (Burns et al., 2002; Carbo et al., 1999; Jang and Pezzuto 1999).

Resveratrolün Kardiyovasküler Etkileri ve Etki Mekanizmaları

Kardiyovasküler hastalıklar Dünya çapında morbidite ve mortalitenin en önde gelen sebeplerinden birisidir. Resveratrol kırmızı üzümün kabuğunda ve dolayısıyla kırmızı şarapta bol miktarda bulunmaktadır. Fransızlar doymuş yağlardan zengin bir diyetle beslenmelerine rağmen kardiyovasküler hastalık insidansı bu toplumda nispeten azdır. Doymuş yağlardan zengin bir diyet kardiyovasküler hastalıkların altında yatan önemli bir neden olmasına karşın Fransız toplumunda görülen bu durum "Fransız Paradoksu" olarak isimlendirilmiş ve kırmızı şarap tüketimini yaygın olması ile ilişkilendirilmiştir. Güncel çalışmalar göstermektedir ki resveratrol kardiyovasküler hastalıkların tedavisi açısından önemli bir potansiyele sahiptir. Miyokardiyal iskemi/reperfüzyon hasarı, konjestif kalp yetmezliği, koroner arter aterosklerozu ve kimyasal olarak indüklenen kardiyotoksisite gibi kardiyovasküler hastalıkların resveratrol ile önlenilebileceği veya tedavi edilebileceği ileri sürülmektedir. Bu veriler resveratrolün kardiyoprotektif etkisinin oldukça güçlü olması ile desteklenmektedir (Breuss et al., 2019; Cho et al., 2017; Hung et al., 2000; Li et al., 2019).

Güncel çalışmalarda üzerinde durulan önemli bir konu resveratrolün etki mekanizmalarıdır. Resveratrolün kardiyovasküler etkilerini ortaya koyduğu en önemli mekanizmalardan birisi nitrik oksit sentaz (NOS) sinyal yolağıdır. Bilindiği gibi aminoguanidin bir indüklenbilir NOS (iNOS)

inhibitörüdür. Bu madde ile iNOS inhibisyonu yapılması sonrasında resveratrolün kardiyoprotektif etkilerini ortaya koyamadığı rapor edilmiştir. Başka bir çalışmada ise iNOS nakavt farelerde resveratrolün kardiyoprotektif etkilerinin oluşmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte resveratrol aracılı kardiyoprotektif etkide nöronal NOS (nNOS) ve endotelial NOS (eNOS) gibi diğer mekanizmalarında katkısı olduğunu ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır. Her üç NOS enziminin de resveratrolün iskemi/reperfüzyon hasarını önleyici etkisinde rolü olduğu gösterilmiştir. Kardiyomiyositler ateroskleroz veya tromboz gibi sebeplerle oluşabilen iskemik koşullarda canlılıklarını uzun süre koruyamamakta ve hücrel nekroza gitmektedir. Reperfüzyon ise hücrel ölümde artışa neden olabilmektedir. Kırmızı şarabın resveratrolün sağladığı güçlü antioksidan etkinlikten dolayı izole sıçan kalbinde iskemi/reperfüzyon hasarına karşı koruyucu etki sağladığı belirlenmiştir. Bununla birlikte, resveratrolün yeni damar oluşumunu da uyardığı ileri sürülmektedir. Ana koronerlerdeki tıkanıklıkların koroner kollateral oluşumunu uyardığı ve oluşan yeni kollaterallerin miyokard enfarktüsüne karşı koruyucu etkiler sağladığı bilinmektedir. Sıçan miyokard enfarktüsü modeli kullanılan bir çalışmada resveratrol uygulamasının vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) ve reseptörünün kalp dokusundaki ekspresyonunu artırdığı belirlenmiştir (Breuss et al., 2019; Das et al., 1999; Fukuda et al., 2006; Hearse 1994; Hung et al., 2004; Kang 2003; Stocker et al., 2004).

Çeşitli hayvan deneyi modellerinde resveratrol uygulamasının antihipertansif etkiye neden olduğu belirlenmiştir. Resveratrol aracılı antihipertansif etkiyi göstermek için spontan hipertansif sıçan modeli, anjiyotensin ile indüklenen hipertansiyon, renal hipertansiyon, diyetle uyarılan metabolik sendrom ve deoksikortikosteron asetat (DOCA)-tuz hipertansiyon modeli gibi deneysel modeller kullanılmıştır. Bu çalışmalar göstermektedir ki endotelial NO üretiminin artması ve damarlardaki oksidatif hasarın azaltılması sonucunda resveratrol uygulaması kan basıncını düşürücü etkiye neden olmaktadır (Aubin et al., 2008; Chan et al., 2011; Dolinsky et al., 2013; Franco et al., 201; Liu et al., 2005).

Resveratrol ile İlişkili Vasküler Fonksiyonel Çalışmalar

Güncel çalışmalar birçok kardiyovasküler faydalı etkisinin yanında resveratrolün in vitro koşullarda vazorelaksasyona neden olduğunu göstermektedir. Bu resveratrolün bir diğer faydalı etkisidir. Resveratrol aracılı vazorelaksasyona NO üretimi ve potasyum kanallarının aktivasyonu gibi mekanizmalar aracılık etmektedir. Tan ve arkadaşlarının yaptığı oldukça güncel ve kapsamlı çalışmada, izole organ banyosu yöntemi kullanılarak, sıçan torasik aort dokularında resveratrol uygulamasının vazorelaksasyona neden olduğunu rapor edilmiştir. Bu çalışmada resveratrol aracılı vazorelaksasyonun etki mekanizmasında birçok sinyal yolağının yer aldığı belirlenmiştir. Bu sinyal yolları eNOS/NO/cGMP sinyal yolağı, ATP-duyarlı potasyum kanalları, voltaj-kapılı potasyum kanalları, içeri doğrultucu potasyum kanalları, prostaglandinler, beta adrenajik reseptörlerin uyarılması, sarkoplazmik retikulumdan kalsiyum salımının azaltılması ve kalsiyum kanallarının blokajı olarak gösterilmiştir (Tan et al., 2020). Zhang ve arkadaşlarının çalışmasında ise resveratrolün sıçan torasik aort dokularında endotel, NO, kalsiyumla aktiflenen potasyum kanallarının aktivasyonu, hücre dışından kalsiyum girişinin ve hücre içi kaynaklardan kalsiyum salımının engellenmesi gibi mekanizmalarla vazorelaksasyona neden olduğu belirlenmiştir (Zhang et al., 2005).

Sonuç

Sonuç olarak resveratrol başlıca kırmızı üzüm kabuğu ve kırmızı şarap gibi kaynaklarda bulunan, antioksidan ve kardiyoprotektif etkileri güçlü olan, vazorelaksasyona ve antihipertansif etkilere sebep olan doğal bir polifenol bileşiktir. Bu önemli fizyopatolojik etkileri resveratrolü kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde yeni ilaçlar geliştirmekte önemli bir hedef haline getirmektedir.

Kaynaklar

1. Aubin MC, Lajoie C, Clément R, Gosselin H, Calderone A, Perrault LP. Female rats fed a high-fat diet were associated with vascular dysfunction and cardiac fibrosis in the absence of overt obesity and hyperlipidemia: therapeutic potential of resveratrol. *J Pharmacol Exp Ther*. 2008 Jun;325(3):961-8.
2. Breuss JM, Atanasov AG, Uhrin P. Resveratrol and Its Effects on the Vascular System. *Int J Mol Sci*. 2019 Mar 27;20(7):1523.
3. Burns J, Yokota T, Ashihara H, Lean ME, Crozier A. Plant foods and herbal sources of resveratrol. *J Agric Food Chem*. 2002 May 22;50(11):3337-40.
4. Carbó N, Costelli P, Baccino FM, López-Soriano FJ, Argilés JM. Resveratrol, a natural product present in wine, decreases tumour growth in a rat tumour model. *Biochem Biophys Res Commun*. 1999 Jan 27;254(3):739-43.
5. Chan SY, Loh YC, Oo CW, Yam MF. In vitro study and structure-activity relationship analysis of stilbenoid derivatives as powerful vasorelaxants: Discovery of new lead compound. *Bioorg Chem*. 2020 Nov;104:104239.
6. Chan V, Fenning A, Iyer A, Hoey A, Brown L. Resveratrol improves cardiovascular function in DOCA-salt hypertensive rats. *Curr Pharm Biotechnol*. 2011 Mar 1;12(3):429-36.
7. Cho S, Namkoong K, Shin M, Park J, Yang E, Ihm J, Thu VT, Kim HK, Han J. Cardiovascular Protective Effects and Clinical Applications of Resveratrol. *J Med Food*. 2017 Apr;20(4):323-334.
8. Das DK, Sato M, Ray PS, Maulik G, Engelman RM, Bertelli AA, Bertelli A. Cardioprotection of red wine: role of polyphenolic antioxidants. *Drugs Exp Clin Res*. 1999;25(2-3):115-20.
9. Dolinsky VW, Chakrabarti S, Pereira TJ, Oka T, Levasseur J, Beker D, Zordoky BN, Morton JS, Nagendran J, Lopaschuk GD, Davidge ST, Dyck JR. Resveratrol prevents hypertension and cardiac hypertrophy in hypertensive rats and mice. *Biochim Biophys Acta*. 2013 Oct;1832(10):1723-33.
10. Fan E, Zhang L, Jiang S, Bai Y. Beneficial effects of resveratrol on atherosclerosis. *J Med Food*. 2008 Dec;11(4):610-4. [3] Frankel, E. N., Waterhouse, A. L., and Kinsella, J. E. (1993) Inhibition of human LDL oxidation by resveratrol. *Lancet* 341, 1103–1104.
11. Franco JG, Lisboa PC, Lima NS, Amaral TA, Peixoto-Silva N, Resende AC, Oliveira E, Passos MC, Moura EG. Resveratrol attenuates oxidative stress and prevents steatosis and hypertension in obese rats programmed by early weaning. *J Nutr Biochem*. 2013 Jun;24(6):960-6.

12. Fukuda S, Kaga S, Zhan L, Bagchi D, Das DK, Bertelli A, Maulik N. Resveratrol ameliorates myocardial damage by inducing vascular endothelial growth factor-angiogenesis and tyrosine kinase receptor Flk-1. *Cell Biochem Biophys*. 2006;44(1):43-9.
13. Hearse DJ. Myocardial ischaemia: can we agree on a definition for the 21st century? *Cardiovasc Res*. 1994 Dec;28(12):1737-44: discussion 1745-6.
14. Hung LM, Chen JK, Huang SS, Lee RS, Su MJ. Cardioprotective effect of resveratrol, a natural antioxidant derived from grapes. *Cardiovasc Res*. 2000 Aug 18;47(3):549-55.
15. Hung LM, Su MJ, Chen JK. Resveratrol protects myocardial ischemia-reperfusion injury through both NO-dependent and NO-independent mechanisms. *Free Radic Biol Med*. 2004 Mar 15;36(6):774-81.
16. Jang M, Pezzuto JM. Cancer chemopreventive activity of resveratrol. *Drugs Exp Clin Res*. 1999;25(2-3):65-77.
17. Kang YJ. New understanding in cardiotoxicity. *Curr Opin Drug Discov Devel*. 2003 Jan;6(1):110-6.
18. Kundu JK, Surh YJ. Cancer chemopreventive and therapeutic potential of resveratrol: mechanistic perspectives. *Cancer Lett*. 2008 Oct 8;269(2):243-61.
19. Li H, Xia N, Hasselwander S, Daiber A. Resveratrol and Vascular Function. *Int J Mol Sci*. 2019 Apr 30;20(9):2155.
20. Liu Z, Song Y, Zhang X, Liu Z, Zhang W, Mao W, Wang W, Cui W, Zhang X, Jia X, Li N, Han C, Liu C. Effects of trans-resveratrol on hypertension-induced cardiac hypertrophy using the partially nephrectomized rat model. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 2005 Dec;32(12):1049-54.
21. Rimando AM, Kalt W, Magee JB, Dewey J, Ballington JR. Resveratrol, pterostilbene, and piceatannol in vaccinium berries. *J Agric Food Chem*. 2004 Jul 28;52(15):4713-9.
22. Stocker R, Keaney JF Jr. Role of oxidative modifications in atherosclerosis. *Physiol Rev*. 2004 Oct;84(4):1381-478.
23. Stojanović S, Sprinz H, Brede O. Efficiency and mechanism of the antioxidant action of trans-resveratrol and its analogues in the radical liposome oxidation. *Arch Biochem Biophys*. 2001 Jul 1;391(1):79-89.
24. Tan CS, Loh YC, Tew WY, Yam MF. Vasorelaxant effect of 3,5,4'-trihydroxy-trans-stilbene (resveratrol) and its underlying mechanism. *Inflammopharmacology*. 2020 Aug;28(4):869-875.
25. Zhang HY, Xu CQ, Li HZ, Li BX, Zhang YQ, Zhang YN. [Effects of resveratrol on isolated thoracic aorta rings of rats]. *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi*. 2005 Aug;30(16):1283-6. Chinese.

REVİZE EDİLMİŞ DİYABET ÖZ BAKIM ENVANTERİNİN VE ALGILANAN DİYABET ÖZ YÖNETİMİ ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

Dilek Yapar¹, F. Nur Baran Aksakal

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Muratpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü, Antalya, Türkiye

²Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

dilekceliker@outlook.com

Özet

Giriş - Amaç: Diyabet hastalarının hastalıkla ilişkili sorunları ile baş edebilmeleri için tedavilerini yönetebilecek düzeyde bilgi, öz yeterlilik ve öz bakım becerisine sahip olmaları çok önemlidir. Bu çalışmada Revize Edilmiş Diyabet Öz Bakım Envanteri'nin (RDÖBE) ve Algılanan Diyabet Öz Yönetimi Ölçeği'nin (ADÖYÖ) Türkçe versiyonlarının geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ölçeklerin Türkçe'ye çevirisi çeviri-geri çeviri yöntemi ile yapıldıktan sonra kültürel ve dil uyarlamasının son basamağı olarak 14 uzman tarafından kapsam geçerliliğini değerlendirilmiş ve uzman komite tarafından ölçeklere son hali verilmiştir. Son test aşamasında ölçekler üniversite hastanesi dâhiliye ve yandal polikliniklerine başvuran 150 tip 1 ve 328 tip 2 diyabet hastasına uygulanmıştır. Ölçeklerin yapı geçerliliği açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi (AFA ve DFA), yakınsak ve bilinen gruplar geçerliliği ile test edilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliğini belirlemek için Cronbach alfa değeri ile iç tutarlılığı değerlendirilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği için sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) hesaplanmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman Korelasyon testi ile incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dâhil edilen 478 diyabet hastasının yaş ortalaması 49,9±17,2 yıl ve ortalama HbA1c değeri %8,2±1,9'dir. AFA analizleri, tip 1 diyabet grubunda RDÖBE ve ADÖYÖ'nin tek faktörlü yapıları için faktör yüklerinin 0,371 ile 0,794 arasında; tip 2 diyabet grubunda ise RDÖBE ve ADÖYÖ'nin tek faktörlü yapıları için faktör yüklerinin 0,353 ile 0,756 arasında olduğunu göstermiştir. Her iki diyabet grubunda ölçeklerin DFA analizleri sonucu tek faktörlü yapıları doğrulanmış ve uyum indeksleri kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Ölçeklerin test-tekrar test güvenilirliği için ICC değerleri >0,9 ve tatmin edici düzeydedir. Cronbach alfa değerleri Tip 1 diyabet grubunda RDÖBE için 0,831, ADÖYÖ için 0,784 iken tip 2 diyabet grubunda RDÖBE için 0,785, ADÖYÖ için 0,822'dir. Ölçeklerin iç tutarlılığı tatmin edici düzeydedir. Ayrıca ADÖYÖ ile RDÖBE puanları arasında da orta düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır (r= 0,553; p<0,001).

Sonuç: Tip 1 diyabet hastaları için 15 maddeden oluşan RDÖBE ve 8 maddeden oluşan ADÖYÖ, tip 2 diyabet hastaları için ise 13 maddeden oluşan RDÖBE ve 8 maddeden oluşan ADÖYÖ Türkçe versiyonları geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Her iki ölçek de orjinalleri gibi tek boyut olarak değerlendirilmiş ve toplam puan hesaplanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Öz yönetim, Öz bakım, Geçerlilik, Kültürler arası uyum, Güvenilirlik

Giriş – Amaç

Diyabetes Mellitus (DM) insülin sekresyonu ya da aktivitesi ile ilgili yetmezlik sonucu kan glukoz düzeyinin yüksekliği ile seyreden, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasını bozan, sürekli tıbbi bakım gerektiren, damarlarda mikroskobik (mikrovasküler) ve makroskobik (makrovasküler) boyutta değişikliklere neden olan, akut ve kronik komplikasyonların eşlik ettiği bir hastalıktır (1-3). Dünyada her yıl 1,6 milyon ölüm doğrudan diyabete atfedilmektedir (1, 3). Uluslararası Diyabet Federasyonu'na (UDF) göre 2045 yılında DM prevalansının %10,9 (700 milyon kişi)'a yükseleceği tahmin edilmektedir (4, 5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi ülkeleri arasında, ülkemizin DM prevalansı %11,1 (6,6 milyon kişi) ile ilk sıradadır (4). Bu nedenle toplumumuzun en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir.

Kronik komplikasyonlar geliştikten sonra tedavi oldukça güçleşmekte ve sağlık harcamalarında diyabetik hastalara düşen pay hızla artmaktadır. Kronik komplikasyonların ortaya çıkışının engellenmesi ya da geciktirilmesi, diyabetik hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve sağlık harcamalarının azaltılabilmesi için en önemli nokta, etkin glisemik kontrolün sağlanmasıdır (6). Diyabette glisemik kontrolün sağlanması, sadece reçete edilen bir rejime basitçe bağlı kalmaya dayanmaz, aynı zamanda hastaların günlük aktif davranışsal katılımını gerektirir. Fiziksel aktivitenin, diyet uyumu ve sağlıklı beslenmenin benimsenmesi ve sürdürülmesi gibi yaşam tarzındaki değişiklikler, diyabetin önlenmesi ve geciktirilmesi için temel taşlardır (2, 3, 9, 11).

Diyabet öz bakım davranışları, diyabeti veya riski olan bireylerin hastalıklarını kendi başlarına etkin bir şekilde yönetebilmeleri (öz yönetim) için benimsedikleri uygulamaları ve gerçekleştirdiği günlük rejim görevlerini ifade eder (7-10). Ciddi morbidite ve mortaliteyi önlemek; tedavi, diyet uyumu, fiziksel aktivite, şeker takibi ve semptom yönetimi dahil olmak üzere birçok alanda geliştirilen öz bakım davranışlarına bağlıdır (10, 11). Kişinin hedefe yönelik davranışları gerçekleştirme becerisine duyduğu güven, öz yeterlik olarak da bilinir (12). Genel olarak, insanların öz yeterlilik algıları sağlıkla ilgili yaptıkları seçimleri, kendileri için belirledikleri sağlıkla ilgili hedefleri ve bu hedeflere ulaşmak için harcadıkları çabanın miktarını, karşı karşıya oldukları bir göreve ne kadar süre devam edeceklerini etkiler (12, 13).

Yüksek bakım düzeyine ve öz yönetim algısı düzeyine sahip diyabetik bireylerin, sağlıklı yaşam biçimi aktivitelerini çok daha etkili bir şekilde uyguladıkları sonuç olarak glisemik kontrolde başarılı oldukları ve diyabet ile ilişkili risk algılarının yüksek olduğu görülmektedir (14). Diyabet tedavi ve takibinde bu alanları içeren evrensel olarak kabul edilmiş rejimler olmadığından, öz bakım davranışlarının ve öz yönetim algısının değerlendirilmesi son derece zordur (15, 16). Klinisyenler, öz bakım davranışlarını ve öz yönetim algısını değerlendirmek için pratik yöntemler kullansa da, yerleşik psikometrik özelliklere sahip kullanımı kolay değerlendirme araçlarına ihtiyaç vardır. Ülkemizde konuyla ilgili ölçekler yeni yeni geliştirilmektedir. Revize Edilmiş Diyabet Öz Bakım Envanteri (Self-Care Inventory-revised, SCI-R) (10) ve Algılanan Diyabet Öz Yönetimi Ölçeği (Perceived Diabetes Self-Management Scale, PDSMS) (13) yetişkin tip 1 ve tip 2 diyabet hastalarının öz bakım davranışlarına ve öz yönetimlerine ilişkin algılarını değerlendiren öz bildirim ölçekleridir. Bu çalışmada iki ölçeğin Türkçe versiyonlarının geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Metodolojik tipte tasarlanmış bu araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan bir üniversitesi hastanesi dahiliye ve yandal polikliniklerine 1 Eylül – 30 Ekim 2020 tarihleri arasında ayaktan başvuran ve en az 3 ay önce diyabet tanısı almış 18 yaş üstü bireylerin katılımı ile yürütülmüştür. Araştırmanın başında ölçeklerin geliştiricileri olan yazarlarından e-posta yolu ile Türkçe geçerliliğini ve güvenilirliğini test etmek amacıyla izin alınmıştır. Araştırmanın etik onayı Gazi Üniversitesi Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu'ndan 03.07.2020 tarihinde alınmıştır (No: 2020-379)

Örnek Büyüklüğü

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklem için genel kanı faktör analizi uygulanacak verilerde çalışmaya madde başına en az 10 kişi dâhil edilmesidir (17, 18). Ölçek maddeleri göz önüne alındığında minumum ulaşılması gereken sayı 230 olarak hesaplanmıştır. Gönüllülük esasına dayalı olarak çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya dâhil edilmiştir. Tip 1 diyabetli 150 kişiye tip 2 diyabetli 328 kişiye toplam 478 kişiye ulaşılmıştır. Ölçeklerin test-tekrar test güvenilirliğini test etmek için yeniden cevaplamayı gönüllü olarak kabul eden 64 tip 1 diyabet ve 91 tip 2 diyabet hastasına ilk uygulamadan 1 hafta sonra ölçekler 2. kez uygulanmıştır.

Revize Edilmiş Diyabet Öz Bakım Envanteri

La Greca ve meslektaşları tarafından geliştirilen diyabet öz bakım envanteri (Self-care Inventory, SCI), Weinger ve ark. tarafından 2005 yılında revize edilmiştir (10). RDÖBE, tip 1 veya tip 2 diyabetli erişkinlerin son 1-2 ayda önerilen diyabet öz bakım davranışlarına uyma algılarını psikometrik olarak ölçen kısa, 5'li likert tipi (1 = hiç, 2 = nadiren, 3 = bazen, 4 = genellikle, 5 = her zaman yaparım) 15 önermeden oluşan bir ölçektir. 15 maddeden 4'ü (6-9. maddeler) diyet, 2'si (1. ve 2. maddeler) kan şekeri takibi, 3'ü tedavi yönetimi (4,5 ve 15. maddeler), 1'i egzersiz (14. madde), 2'si düşük kan şekeri (10 ve 11. maddeler) ve geriye kalan 3'ü önleyici ya da rutin öz bakım davranışları ile ilgilidir. Ölçekteki keton kontrol etme, tıbbi uyarı kimliği taşıma ve insülin dozunu ayarlamakla ilgili 3 madde (sırasıyla 3,13 ve 15. maddeler) tip 2 diyabet hastaları için puanlamaya dâhil edilmemiştir. Ölçek puanlanırken; tip 1 diyabet hastaları için ölçekteki maddelerin tamamının (15 madde), tip 2 diyabet hastaları için ise ölçekteki 12 maddenin (3,13 ve 15 hariç) ortalaması alınır ve 0 ile 100 arasında bir puana dönüştürülür. Ölçekten alınan puan hesaplanırken ortalama ham puandan minimum madde puanı çıkarıldıktan sonra 100 ile çarpılır; elde edilen puan maksimum madde puanından minimum madde puanı çıkarılarak hesaplanan değere bölünür. Öz bakım, öz yeterliliğin de ölçüsüdür. Yüksek puan, öz bakım düzeyinin yüksek olduğunu gösterir (10).

Algılanan Diyabet Öz Yönetimi Ölçeği

Wallston ve ark. tarafından 2007 yılında geliştirilen ölçekte (Perceived Diabetes Self-Management Scale, PSDMS), tip 1 veya tip 2 diyabetli erişkinlerin diyabet öz yönetim algısını ölçen 5'li likert tipi (1 = kesinlikle katılmıyorum, 2 = katılmıyorum, 3 = kararsızım, 4 = katılıyorum ve 5 = kesinlikle katılıyorum) 8 önerme bulunmaktadır (13). Puanlama için, önermelere verilen cevaplar toplanır. 1,

2, 6 ve 7. maddeler ters kodlanmıştır, bu nedenle toplam ölçek puanı hesaplanırken bu maddeler ters puanlanarak toplanmalıdır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan ise 40'tır. Yüksek puan, diyabete özgü algılanan öz yeterliliğin fazla olduğunu, başka bir deyişle kişinin diyabetini kendi kendine yönetme konusunda daha fazla güveni olduğunu gösterir. Yazarlar ölçeği tek boyutlu olarak ele almaya karar vermişlerdir (13).

Ölçeklerin Dil ve Kültürel Uyarlaması

Ölçekleri Türkçe'ye uyarlama sürecinde Beaton ve arkadaşlarının tanımladığı çeviri-geri çeviri ve uzman görüşü yöntemi kullanılmıştır (19). Son teste geçmeden önce Türkçe uygunluk derecesini değerlendirmek için ölçek maddelerinin orijinali ve Türkçe son halinden oluşan dosya iyi derecede İngilizce bilen 14 kişiye (9 dahiliye uzmanı, 2 epidemiyolog ve 3 endokrin ve metabolizma hastalıkları uzmanı) e-posta yolu ile gönderilmiştir. Dil uygunluğunu 1-4 arasında derecelendirmeleri istenmiştir. Dil ve kültürel geçerliliği için Davis tekniği uygulanmıştır (20). Her bir maddenin kültürel olarak hedef gruba uygulanmasının uygun olup olmadığı, düzgün çevrilmiş olsa bile maddenin kendi kültürümüzde aynı kavramları sorgulayıp sorgulamadığını (kavramsal eşdeğerlik) değerlendirmeleri ve önerileri istenmiştir. Ayrıca çevirilerdeki dil bilgisi ve anlam hataları için önerileri alınmıştır ve bu öneriler doğrultusunda gerekli iyileştirmeler yapılmıştır. Uzmanlardan gelen yanıtlar sonucu her bir maddenin %80 ve üzerinde 3 veya 4 puan alması kapsam geçerliliği indekslerinin (KGİ) iyi olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (21). Ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğini test etmek için 10 kadın 10 erkek olmak üzere toplam 20 hasta üzerinde ölçeklerin son hali test edilmiştir (Ön test). Araştırmanın aşamaları şekil 1'de özetlenmiştir.

Ölçeklerin Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği için, açımlayıcı faktör analizi (AFA), doğrulayıcı faktör analizi (DFA), yakınsak geçerlilik (convergent validity) ve gruplar arasında farklılığın gösterilmesine ilişkin analizlerin sonuçları sunulmuştur (22-24). Bu çalışmada AFA yapılırken 'Temel Bileşenler (Principal Components) Analizi' uygulanmıştır. AFA'da, özdeğeri 1 ve 1'den büyük olan faktörler kabul edilebilir faktörlerdir (25-27). Bir ölçme aracının geçerli sayılabilmesi için tek faktörlü bir ölçeğin açıkladığı birikimli varyans yani kümülatif varyansın en az %30, çok faktörlü bir ölçeğin ise kümülatif değeri en az %40 olmalıdır (25, 28). AFA'da faktör yükü değeri olarak 0,30'ın altında olan maddelerin o faktöre yetersiz katkıda bulunduğu kabul edilmiştir (27, 29). Birden fazla faktörde faktör yükü gösteren maddeler için yükler arası fark <0,10 olan maddeler "binişik" madde olarak değerlendirilmiş (22, 26). Yamaç birikinti grafiğinde eğrinin yatay şekil aldığı noktaya kadar olan faktörler ve kırılma noktasına kadar olan bileşen sayısı faktör sayısı olarak belirlenir (30, 31).

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi daha önceden geliştirilmiş bir ölçeğin, bir model olarak doğrulanıp doğrulanmadığının test edildiği bir analizdir. DFA Uyum indekslerine ait normal ve kabul edilebilir değerler şekil 2'de sunulmuştur.

Yakınsak Geçerlilik (Convergent Validity) ve Bilinen Gruplar Geçerliliği (Known-groups Validity)

Yakınsak geçerlilik farklı yöntemler ya da benzer ölçme araçları vasıtasıyla ölçülen değişkenler ile geçerliliği test edilen ölçek arasında ilişkinin gösterilmesidir (23). Ölçek puanları ile değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile hesaplanmıştır. Yakınsak geçerliliği test etmek için ayrıca her iki ölçek (ADÖYÖ ve RDÖBE) puanı arasındaki korelasyon katsayıları da hesaplanmıştır. Korelasyon katsayısının mutlak değeri $r \leq 0,30$ ise zayıf ilişki, $0,30-0,50$ ise orta ve $r \geq 0,50$ kuvvetli ilişki söz konusudur (32). Gruplar arasında farklılığın gösterilmesi (Known-groups validity), bilinen farklı gruplar arasında geçerliliği değerlendirilecek test açısından ölçülen özelliğin beklendiği gibi farklı olup olmadığını test etmektir (22-24, 33).

Güvenilirlik Analizleri

Ölçeklerin güvenilirliğini değerlendirmek için test-tekrar test güvenilirliği ve iç tutarlılık analizleri yapılmıştır. Test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek için sınıf içi korelasyon katsayısı (intraclass correlation coefficient: ICC) hesaplanmıştır. ICC değeri ise $0,6-0,8$ arasında ise iyi düzeyde güvenilirliği, $0,8$ 'in üzerinde ise mükemmel test-tekrar test güvenilirliğini gösterir (34). Ölçeklerin iç tutarlılıkları Cronbach alfa değerleri hesaplanarak incelenmiştir. Cronbach alfa $0,70$ ve üzeri kabul edilebilir bir değer olarak yorumlanır (26, 35, 36).

Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verisinin istatistiksel analizleri için SPSS 22.0 (SPSS Inc. Chicago, USA) ve LISREL 8.50 programları kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde verilerek, sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (en küçük- en büyük değer) ile sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov testleri) kullanılarak değerlendirilmiş ve normal dağılıma uymadığı gözlenmiştir. Karşılaştırma analizleri için Mann-Whitney u testi kullanılmıştır. Bu çalışmada istatistik anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya %31,4'ü tip 1 ($n=150$), %68,6'sı tip 2 ($n=328$) diyabet olan toplam 478 hasta katılmıştır. Hastaların diyabet süresi ortalama $10,7 \pm 8,4$ ortanca 9 (1-48) yıldır. Diyabet tipine göre diyabet sürelerinin gruplar arasında benzer olduğu gözlenmiştir ($p=0,824$). Tip 1 diyabet grubunun ortanca HbA1c düzeyi %7,8 (5,2-13,4), tip 2 diyabet grubunun ise %8 (5,3-15,9)'dir ve gruplar arasında HbA1c düzeylerinin benzer olduğu bulunmuştur ($p=0,210$). Diyabete bağlı komplikasyon gelişme durumunun dağılımı incelendiğinde hastaların %54,8'i herhangi bir komplikasyon gelişmediğini, %25,1'i bir organ tutulumu olduğunu ve %20,1'i ise en az iki organ ya da sistemde tutulum olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Dil (Linguistic validation) ve Kültürel Uyarlama Sonuçları

Türkçe çeviri aşamasında RDÖBE için dikkat çeken en önemli nokta orjinal yapısındaki bütün maddelerde

yüklemelerin mastar halinde olmasıdır (Örneğin madde 1: “Check blood glucose with monitör”). Uzman komite her yaştan ve eğitim seviyesinden diyabet hastalarının maddeleri anlayabilmesi için bütün maddelerdeki fiilleri birinci tekil şahıs ve geniş zamanda çekimlenmesine karar vermiştir. Ayrıca bu versiyonunun dil ve kültürel uygunluğu kapsam geçerliliği aşamasında 14 kişi içerisinde 2 kişi (2 epidemiyolog) hariç uygun bulunmuştur. RDÖBE ve ADÖYÖ için kapsam geçerliliği indeksi sonuçları 0,8’in üzerinde; iyi düzeyde olduğu gözlenmiştir.

Faktör Analizi ile Yapı Geçerliliği (Construct Validity) Sonuçları

Açımlayıcı faktör analizinde, tip 1 diyabet grubunda RDÖBE için KMO değerinin 0,839, ADÖYÖ için KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) değerinin 0,763 olduğu tespit edilmiştir. Tip 2 diyabet grubunda RDÖBE için KMO değerinin 0,748, ADÖYÖ için KMO değerinin 0,778 olduğu tespit edilmiştir. Bartlett’in küresellik testi sonucunun ise her iki örneklem grubunda iki ölçek için de istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Her iki diyabet grubunda da RDÖBE ve ADÖYÖ maddelerine ait ortak yük değeri (communalities) değerleri $>0,3$ olarak gözlenmiştir. RDÖBE ölçeğinin tip 1 diyabet grubunda faktöriyel yapısı incelendiğinde ölçeğin tek faktörlü yapısının özdeğeri 4,882 ve toplam varyansı %32,5 bulunmuştur. Tek faktör yapısını oluşturan maddelerin faktör yükleri 0,371-0,775 arasında değişmektedir. Tip 2 diyabet grubunda ölçeğin faktöriyel yapısı incelendiğinde ölçeğin tek faktörlü yapısının özdeğeri 3,717 ve toplam varyansı %30,9 bulunmuştur. Tek faktör yapısını oluşturan maddelerin faktör yükleri 0,353-0,673 arasında değişmektedir. ADÖYÖ ölçeğinin tip 1 diyabet grubunda faktöriyel yapısı incelendiğinde ölçeğin tek faktörlü yapısının özdeğeri 3,295 ve toplam varyansı %41,2 bulunmuştur. Tek faktör yapısını oluşturan maddelerin faktör yükleri 0,397-0,794 arasında değişmektedir. Tip 2 diyabet grubunda ölçeğin faktöriyel yapısı incelendiğinde ölçeğin tek faktörlü yapısının özdeğeri 3,609 ve toplam varyansı %45,1 bulunmuştur. Tek faktör yapısını oluşturan maddelerin faktör yükleri 0,565-0,756 arasında değişmektedir. (Şekil 3).

Doğrulamalı Faktör analizinde, RDÖBE’nin hem tip 1 hem de tip 2 diyabet grubunda DFA uyum indekslerinin daha önce belirlenmiş olan tek faktörlü yapısıyla kabul edilebilir seviyede uyumlu olduğu gözlenmiştir (Tablo 2). Tip 1 diyabetliler için 15 maddeden oluşan RDÖBE’nin faktör yükleri 0,30-0,72 arasında değişmektedir. Tip 2 diyabetliler için 13 maddeden oluşan RDÖBE’nin faktör yükleri ise 0,37-0,60 arasında değişmektedir. DFA analizleri sonucu 0,3 altında faktör yüküne sahip madde tespit edilmemiştir. AFA ve DFA sonuçlarına göre RDÖBE’nin tek faktörlü yapısı her iki diyabet grubu için geçerli bulunmuştur. ADÖYÖ’nün hem tip 1 hem de tip 2 diyabet grubunda DFA uyum indekslerinin, daha önce belirlenmiş olan 8 maddeden oluşan tek faktörlü yapısıyla kabul edilebilir seviyede uyumlu olduğu gözlenmiştir (Tablo 3). Tip 1 diyabetliler için ADÖYÖ’nün faktör yükleri 0,21-0,87 arasında değişmektedir. Tip 2 diyabetliler için ADÖYÖ’nün faktör yükleri ise 0,27-0,77 arasında değişmektedir. Birinci madde dışındaki diğer 7 maddenin faktör yükünün 0,3’ün üzerinde olduğu tespit edilmiştir. ADÖYÖ’de DFA sonucunda faktör yükleri düşük tespit edilen birinci maddenin AFA ile tespit edilen faktör yükleri incelendiğinde 0,3 üzerinde kabul edilebilir düzeyde faktör yüklerine sahip olduğu dikkat çekmiştir. Bu sonuçlara göre 8 maddelik ADÖYÖ’nün tek faktörlü yapısı her iki diyabet grubu için geçerli bulunmuştur (Şekil 4).

Diğer Yöntemler ile Ölçeklerin Yapı Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Tip 1 ve tip 2 diyabet grubunda RDÖBE puanı ile HbA1c düzeyleri arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu gözlenmiştir (sırasıyla $r = -0,380$; $p < 0,001$, $r = -0,356$; $p < 0,001$). Tip 1 ve tip 2 diyabet grubunda ADÖYÖ puanı ile HbA1c düzeyleri arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu gözlenmiştir (sırasıyla $r = -0,387$; $p < 0,001$, $r = -0,439$; $p < 0,001$). Tip 1 diyabet grubunda RDÖBE ve ADÖYÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı kuvvetli bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,526$; $p < 0,001$). Benzer şekilde tip 2 diyabet grubunda da iki ölçek skorları arasında kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = 0,540$; $p < 0,001$). Öz yönetim algısı ile öz bakımı arasındaki bu pozitif korelasyon ölçeklerin ölçüte dayalı geçerliliğini (concurrent validity) de destekler.

Hem tip 1 hem de tip 2 diyabet grubunda HbA1c $> 7\%$ olan hastaların RDÖBE ve ADÖYÖ puanlarının HbA1c ≤ 7 olan hastalara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir (bütün p değerleri, $p < 0,001$). Hem tip 1 hem de tip 2 diyabet grubunda diyabete bağlı komplikasyon gelişenlerde ve diyabete bağlı bir nedenle son 1 yılda hastaneye yatanlarda RDÖBE ve ADÖYÖ puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir (sırasıyla $p = 0,002$, $p = 0,006$, $p = 0,002$, $p = 0,007$, $p = 0,003$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ ve $p < 0,001$). Tip 1 diyabet grubunda RDÖBE ve ADÖYÖ ortanca puanı istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla, $p < 0,001$ ve $p = 0,002$) (Tablo 4).

Güvenilirlik Sonuçları

Tip 1 diyabet grubunda RDÖBE için Cronbach alfa değeri 0,831, tip 2 diyabet grubunda ise 0,785'dir. Tip 1 diyabet grubunda ADÖYÖ için Cronbach alfa 0,784, tip 2 diyabet grubunda ise 0,822'dir. Test-tekrar test güvenilirliğinde, Tip 1 diyabetliler için RDÖBE'nin ICC değeri 0,962 (0,938-0,977) tip 2 diyabetliler için ICC değeri 0,977 (0,965-0,985) bulunmuştur. Tip 1 diyabetliler için ADÖYÖ'nün ICC değeri 0,971 (0,952-0,982) tip 2 diyabetliler için ICC değeri 0,978 (0,967-0,986) bulunmuştur

Tartışma-Sonuç

Bu araştırmada RDÖBE ve ADÖYÖ'nin Türkiye'deki tip 1 ve tip 2 diyabet hastaları için geçerlik ve güvenilirlikleri ispatlanmıştır. Çalışmanın sonuçları ışığında hem RDÖBE ve hem de ADÖYÖ'nin Türkiye'de yaşayan diyabet hastaları için uygun, geçerli ve güvenilir birer ölçek olduğu anlaşılmıştır.

Weinger ve ark. tarafından 2005 yılında geliştirilen RDÖBE İngiltere (İngilizce), İspanya (İspanyolca ve Katalanca) ve Brezilya (Portekizce)'da kullanılmak üzere ülke dillerine uyarlanarak geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiştir (37-40). Wallston ve ark. tarafından 2007 geliştirilen ADÖYÖ tip 1 veya tip 2 diyabetli erişkinlerin diyabet öz yönetim algısını ölçmek amacıyla tek boyutta toplanan 8 madde olarak geliştirilmiştir. Ölçek, Türkçe, Çince ve Malayca dillerine uyarlanarak geçerliliği ve geçerliliği test edilmiştir (41, 42). ADÖYÖ 2010 yılında Bayındır Çevik'in doktora tez çalışması olarak 265 tip 2 diyabet hastasına dil geçerliliği sonrası uygulanmış; 7 maddelik tek boyutlu hali Türkiye'deki tip 2 diyabeti olan hastalar için geçerli ve güvenilir bulunmuştur (43). Literatürde ADÖYÖ'nin tip 1 diyabet hastaları için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına rastlanmamıştır. Bu sebepten dolayı, çalışmamızın başında orijinal ölçeğin yazarı olan Wallston ile mail yoluyla iletişim kurularak ölçeğin Türkçe dil geçerliliğini

yeniden gerçekleştirmek, eş zamanlı hem tip 1 hem tip 2 diyabetik Türk hastalar için geçerliliğini ve güvenilirliğini test etmek için izin alınmıştır. Çalışmamızın örneklem sayısı ve diyabet tipleri dağılımının her iki ölçeğin orijinal ve uyarlama çalışmaları kıyaslandığında yeterli olduğu görülmüştür. Türkiye’de diyabet ile ilgili ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları incelendiğinde çalışmamızın örneklemini, hem tip 1 hem de tip 2 diyabetli hastaların dâhil edildiği az sayıdaki çalışmalardan biridir (43-51). Erişkin diyabet hastaları için geliştirilen diyabet öz bakım, öz yeterlilik ve öz yönetim ölçeklerinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının tamamına yakınının, sadece tip 2 diyabet örneklemelerinde uygulandığı dikkat çekmiştir. Çalışmamızın örneklemini her iki diyabet tipine sahip bireyleri yeterli sayıda temsil etmektedir ve bu çalışmamızın güçlü bir yönüdür.

Weinger ve ark. RDÖBE’nin çok faktörlü bir yapıya sahip olduğunu ve maddelerin ilgili olduklarını düşündükleri boyutta toplanmadığını göstermişlerdir. Bu nedenle ölçeğin orijinalinin tek boyut olarak değerlendirmeye karar vermişlerdir (10). Orijinal çalışmayla benzer şekilde AFA sonuçlarımız tip 1 diyabet grubu için tek boyutta 15 maddeyi, tip 2 diyabet grubunda ise yine tek boyutta 12 maddeyi (3,13,15 hariç) geçerli ve ölçeğe yeterli düzeyde katkı sunan maddeler olarak işaret etmiştir. Diğer dillerdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları incelendiğinde Khagram ve arkadaşlarının İngiltere’de sadece tip 2 diyabet örnekleminde gerçekleştirdiği çalışmada RDÖBE’nin AFA sonuçları çok faktörlü yapı göstermiş fakat DFA analizleri ile bu yapıların uyumunu ispat edememiştir (38). Çalışmamızda her iki diyabet grubunda da ölçeğin tek faktörlü yapıları için DFA sonucu bulduğumuz uyum indeksleri kabul edilebilir düzeyde çıkmıştır.

Diyabet yönetiminde en önemli amaç iyi glisemik kontrol hedeflerine ulaşmaktır. Düşük diyabet öz yeterliği (52, 53) ve diyabet öz bakımı (54, 55) kötü glisemik kontrol ile ilişkili bulunmuştur. Öz bakım davranışlarını başarılı bir şekilde yerine getiren ve diyabet öz yönetimi konusunda algısı yüksek yani kendine güveni olan diyabetli bir bireyin HbA1c hedefine ulaşması da kaçınılmaz bir durumdur. Her iki ölçek puanıyla HbA1c düzeyleri arasında 0,3-0,56 arasında değişen korelasyon katsayıları bildirilmiştir (10, 13, 37, 39, 40). Ölçeklerin yapısal geçerliliğini destekleyen bu durum çalışmamızda da yakınsak geçerliliği doğrulamak için test edilmiştir. Diğer çalışmalarla benzer şekilde her iki ölçek puanı ile HbA1c düzeyleri arasında orta düzeyde negatif ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak, bu çalışma diyabet öz bakım davranışlarını ve diyabetli bireylerin algıladığı öz yönetim düzeyini ölçmek için geliştirilmiş iki ölçeğin Türkçe versiyonlarının psikometrik özelliklerine ait nicel kanıtlar sunmaktadır. Elde edilen sonuçlar RDÖBE VE ADÖYÖ’nin Türkiye’deki tip 1 ve tip 2 diyabet hastalarını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir.

Gerek RDÖBE gerekse ADÖYÖ olsun her ikisi de öz bakım ya da öz yönetim alanlarını tanımlayan spesifik faktöriyel yapılar gösterememiştir ve genel tek bir yapıyı ölçmektedir. Beslenme, egzersiz, kan şekeri takibi, tedavi gibi spesifik öz bakım alanlarının tanımlanması hastaların hastalık yönetiminde sorunlu oldukları alanların daha net değerlendirilmesine imkan tanır. RDÖBE’den aynı puanı alan iki hastanın öz bakım davranışlarının aynı olduğunu söylemek güçtür. Birinde sorunlu alan kan şekeri takibi ve diyet uyumu iken diğerinde egzersiz ve tedavi olabilir. Yine bu ölçekte diyabetin kronik komplikasyonlarına yönelik öz bakım aktivitelerini değerlendiren maddeler eksiktir. Fiziksel aktivite

ile ilgili yalnızca bir maddeye yer verilmiştir. Özellikle spesifik alanlara ait madde sayısının 3 ya da daha fazla olması halinde boyutun geçerliliği faktör analizi ile de doğrulanabilir. Mevcut iyileştirmeler ölçeğin geçerliliğini geliştirebilir ve faktör yapısını netleştirebilir. Araştırmacılar kendi dillerine geliştirdikleri ölçeklerde belli kültürel ve dil revizyonlarını rahatlıkla yapabilirken, uyarladıkları orijinal ölçeğe eksik alanları desteklemek için madde ya da yeni bir boyut ekleyemez. Bu nedenle ülkemizde uyarlama çalışmaları kendi dil ve kültürel yapımızı da dikkate alarak kendi ölçeklerimizi geliştirmemiz için biz araştırmacılara yol gösterici olabilirler.

Bu ölçekler kolay uygulanabilir ve kısa ölçeklerdir. Yeni tanı hastalarda tedavi başlangıcında ve belirli bir yapılandırılmış hasta eğitim programını takiben hastanın öz bakım ve öz yönetim algısındaki değişime duyarlılığını gösterir. Klinik pratikte kullanımları hastaların sorunlarını saptamada biz hekimlere ciddi yol gösterici olabilir.

Tablolar

Tablo 1. Katılımcıların bazı demografik ve klinik özellikleri

	Toplam (n=478)		Tip I DM (n=150)		Tip II DM (n=328)		
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	p
Cinsiyet							0,715 ¹
Kadın	264	55,2	81	54	183	55,8	
Erkek	214	44,8	69	46	145	44,2	
Yaş, yıl							<0,001 ²
Ortalama±ss	49,9±17,2		30,7±10,9		58,7±11,4		
Ortanca (min-maks)	52,5 (18-92)		28 (18-69)		58 (31-92)		
VKİ, kg/m ²							<0,001 ²
Ortalama±ss	27,4±5,2		23,9±4,1		28,9±4,9		
Ortanca (min-maks)	27,3 (16,5-52,2)		23,8 (16,5-38,2)		28,4 (18,3-52,2)		
Diyabet Süresi, yıl							0,824 ¹
Ortalama±ss	10,7±8,4		11,2±9,7		10,5±7,7		
Ortanca (min-maks)	9 (1-48)		9 (1-48)		9 (1-40)		
Diyabet Süresi							0,941 ²
<10 yıl	241	50,4	76	50,7	165	50,3	
≥10 yıl	237	49,6	74	49,3	163	49,7	
HbA1c, %	(n=361)		(n=125)		(n=236)		0,210 ¹
Ortalama±ss	8,2±1,9		7,9±1,6		8,3±2,1		
Ortanca (min-maks)	7,9 (5,2-15,9)		7,8 (5,2-13,4)		8 (5,3-15,9)		
HbA1c, %							0,303 ²
≤7	123	34,1	47	37,6	76	32,2	
>7	238	65,9	78	62,4	160	67,8	
Almakta Olduğu Diyabet Tedavisi							-
Sadece Diyet	19	4	-	-	19	5,8	

OAD	186	38,9	-	-		186	56,7	
OAD + İnsülin	87	18,2	6	4		81	24,7	
İnsülin	186	38,9	144	96		42	12,8	
İnsülin Kullanım Süresi (n=273)			(n=150)			(n=123)		0,025 ¹
Ortalama±ss	9,5±8,2		11,1±9,7			7,7±5,3		
Ortanca (min-maks)	8 (1-48)		9 (1-48)			6 (1-25)		
Diyabete Bağlı Kronik Komplikasyon Durumu			<0,001 ²					
Komplikasyon Yok	262	54,8	104	69,3		158	48,2	
1 Sistem/Organa Ait Komplikasyonu Olan	120	25,1	30	20		90	27,4	
2 ve Daha Fazla Sistem/Organa Ait Komplikasyonu Olan	96	20,1	16	10,7		80	24,4	

*: Sütun yüzdesi, OAD: Oral Antidiyabetik, ¹ Mann Whitney U testi, ² Pearson Ki-kare Testi

Tablo 2. RDÖBE'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeks Değerleri

İndeks	RDÖBE	Normal Değer	Kabul Edilebilir Değer	Uyum
Tip I DM (n=150)				
χ^2/df	1,33 (116,9/88)	<2	<5	Kabul edilebilir
RMSEA	0,047	<0,05	<0,08	İyi uyum
GFI	0,91	>0,95	>0,90	Kabul edilebilir
AGFI	0,87	>0,95	>0,90	Sınırdadır
CFI	0,98	>0,95	>0,90	İyi uyum
NFI	0,92	>0,95	>0,90	Kabul edilebilir
Tip II DM (n=328)				
χ^2/df	2,68 (134/50)	<2	<5	Kabul edilebilir
RMSEA	0,066	<0,05	<0,08	Kabul edilebilir
GFI	0,94	>0,95	>0,90	Kabul edilebilir
AGFI	0,91	>0,95	>0,90	Kabul edilebilir
CFI	0,96	>0,95	>0,90	İyi uyum
NFI	0,94	>0,95	>0,90	Kabul edilebilir

Tablo 3. ADÖYÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeks Değerleri

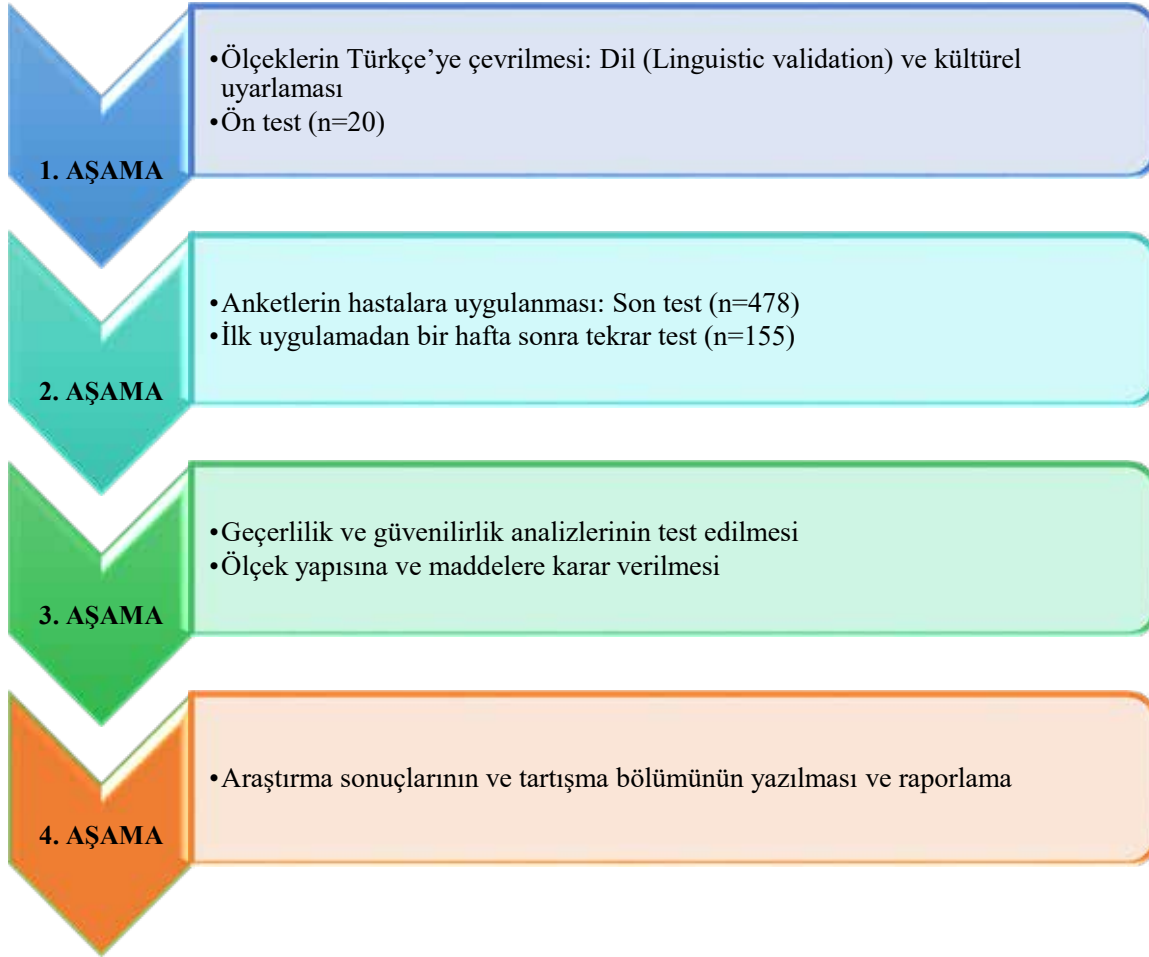
İndeks	ADÖYÖ	Normal Değer	Kabul Edilebilir Değer	Uyum
Tip I DM (n=150)				
χ^2/df	2,35 (37,67/16)	<2	<5	Kabul edilebilir
RMSEA	0,056	<0,05	<0,08	Kabul edilebilir
GFI	0,94	>0,95	>0,90	Kabul edilebilir
AGFI	0,87	>0,95	>0,90	Sınırdadır
CFI	0,95	>0,95	>0,90	İyi uyum
NFI	0,93	>0,95	>0,90	Kabul edilebilir
Tip II DM (n=328)				
χ^2/df	1,03 (12,46/12)	<2	<5	İyi uyum
RMSEA	0,011	<0,05	<0,08	İyi uyum
GFI	0,99	>0,95	>0,90	İyi uyum
AGFI	0,97	>0,95	>0,90	İyi uyum
CFI	1	>0,95	>0,90	İyi uyum
NFI	0,99	>0,95	>0,90	İyi uyum
Toplam (n=478)				

Tablo 4. RDÖBE ve ADÖYÖ için Bilinen Gruplar Geçerliliği

	Tip I (n=150)		Tip II (n=328)	
	Ortanca (min-max)	P	Ortanca (min-max)	p
RDÖBE Puanı	66,7 (30-100)		50 (0-89,6)	
HbA1c, %				
≤7	71,7 (43,3-95)	<0,001 ¹	54,2 (31,3-89,6)	<0,001 ¹
>7	60,8 (30-100)		47,9 (0-85,4)	
Diyabete Bağlı Komplikasyon Durumu		0,002 ¹		0,006 ¹
Komplikasyon Yok	69,2 (33,3-100)		52,1 (18,8-89,6)	
Komplikasyon var	60,8 (30-91,2)		47,9 (0-87,5)	
Son 1 Yılda Diyabete Bağlı Nedenle Hastaneye Yatış		0,002 ¹		0,007 ¹
Yatış Yok	68,3 (30-100)		50 (14,6-89,6)	
Yatış Var	56,7 (33,3-78,3)		45,8 (0-85,4)	
ADÖYÖ Puanı	29 (17-40)		28 (8-40)	
HbA1c, %				
≤7	32 (20-40)	<0,001 ¹	32 (17-40)	<0,001 ¹
≥7	27 (17-40)		28 (8-38)	
Diyabete Bağlı Komplikasyon Durumu		0,003 ¹		<0,001 ¹
Komplikasyon Yok	30 (17-40)		30 (13-40)	
Komplikasyon var	25,5 (17-40)		26 (8-40)	
Son 1 Yılda Diyabete Bağlı Nedenle Hastaneye Yatış		<0,001 ¹		<0,001 ¹
Yatış Yok	30 (17-40)		28,5 (13-40)	
Yatış Var	26 (18-35)		24 (8-37)	

¹Mann-Whitney U test

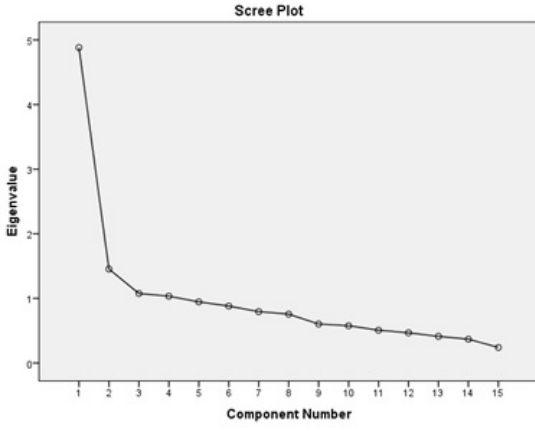
Şekiller



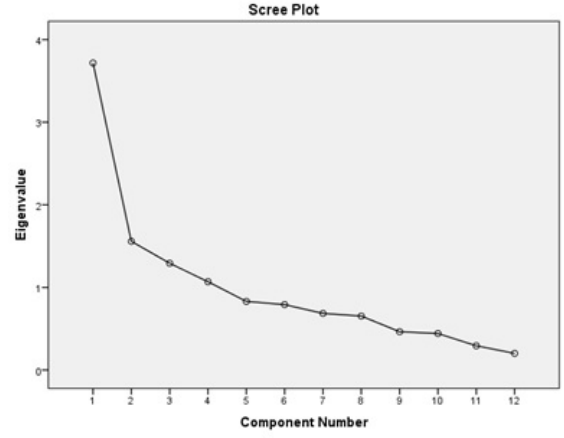
Şekil 1. Araştırmanın Aşamaları

İndeks	Normal Değer	Kaynak	Kabul Edilebilir Değer	Kaynak
χ^2/df	<2	(56)	<5	(57)
RMSEA	<0,05	(57-59)	<0,08	(57)
GFI	>0,95	(57)	>0,90	(57)
AGFI	>0,95	(57)	>0,90	(57)
CFI	>0,95	(57, 60)	>0,90	(56, 57)
NFI	>0,95	(57)	>0,90	(57)

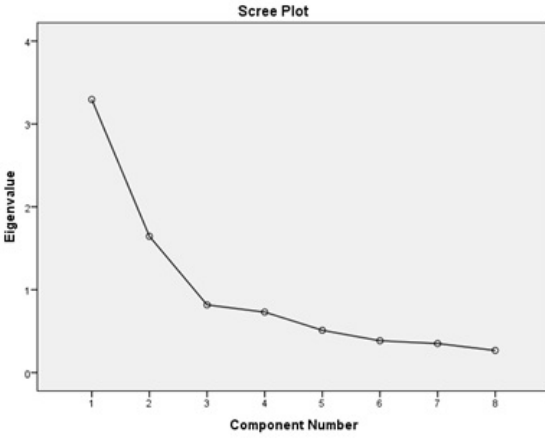
Şekil 2. DFA Uyum İndekslerinin Kriterleri ve Kabulü İçin Kesme Değerleri



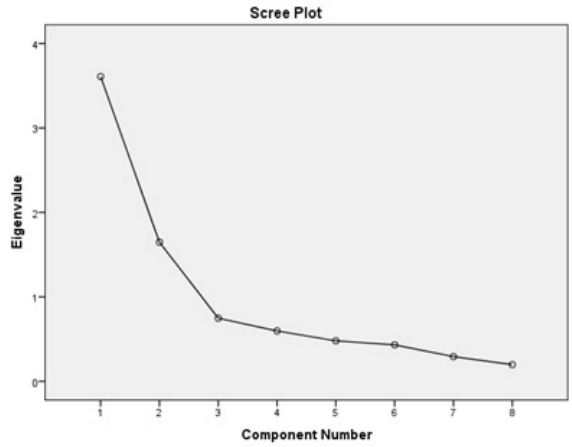
RDÖBE için Tip 1 Diyabet Grubunda Yamaç Birikinti Grafiği



RDÖBE için Tip 2 Diyabet Grubunda Yamaç Birikinti Grafiği

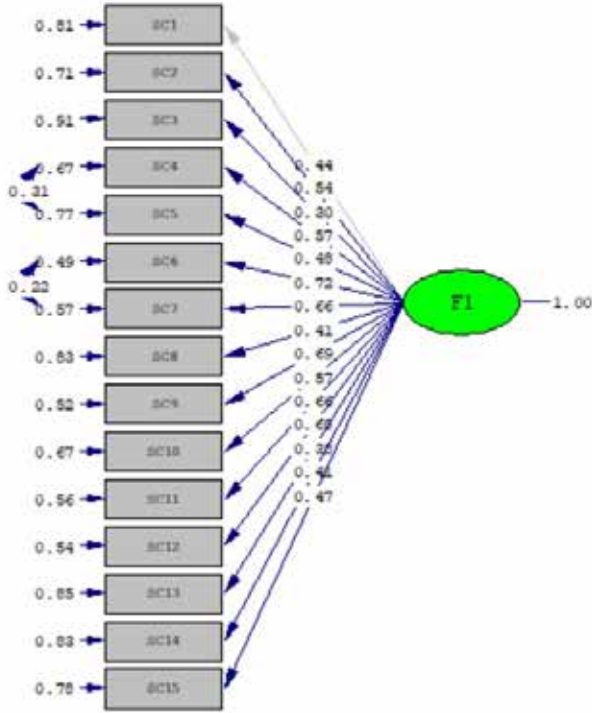


ADÖYÖ için Tip 1 Diyabet Grubunda Yamaç Birikinti Grafiği

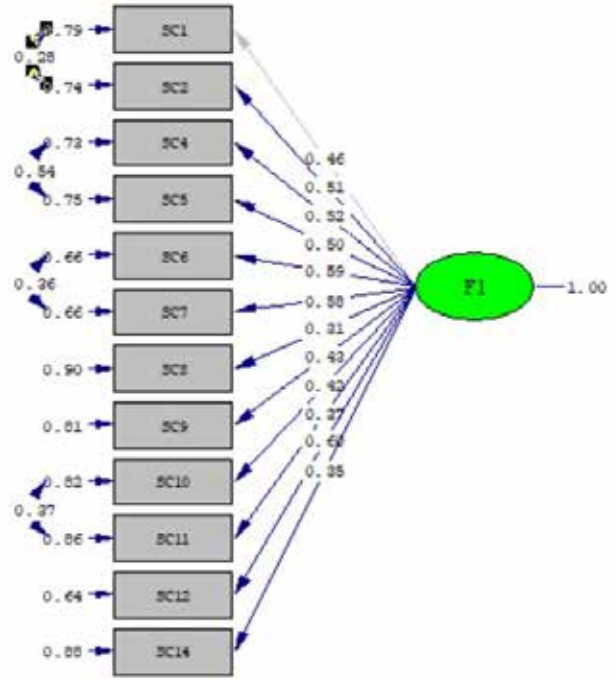


ADÖYÖ için Tip 2 Diyabet Grubunda Yamaç Birikinti Grafiği

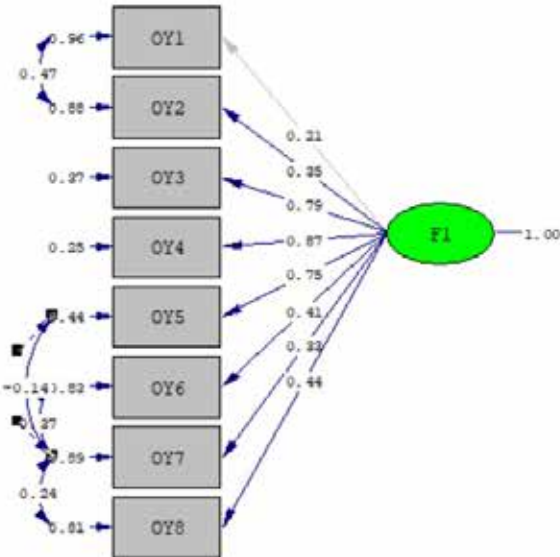
Şekil 3. AFA sonuçlarına ait yamaç-birikinti grafikleri



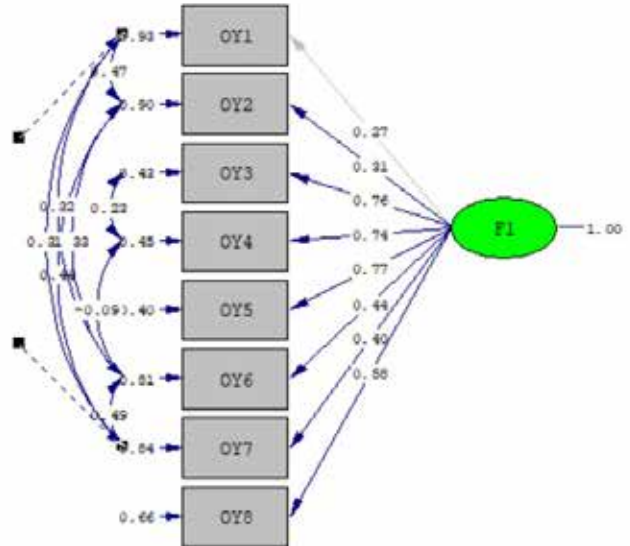
RDÖBE için Tip 1 Diyabet Grubunda DFA Sonuçlarına ve Maddelerin Faktör Yüklerine ait Diyagram



RDÖBE için Tip 2 Diyabet Grubunda DFA Sonuçlarına ve Maddelerin Faktör Yüklerine ait Diyagram



ADÖYÖ için Tip 1 Diyabet Grubunda DFA Sonuçlarına ve Maddelerin Faktör Yüklerine ait Diyagram



ADÖYÖ için Tip 2 Diyabet Grubunda DFA Sonuçlarına ve Maddelerin Faktör Yüklerine ait Diyagram

Şekil 4. DFA sonuçlarına ait faktör yükü diyagramı

Kaynaklar

1. TEMD. Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu. 14 ed. Ankara: 2020.
2. ADA. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care. 2014;37(Supplement 1):S81-S90.
3. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Diabetes <https://www.who.int/health-topics/diabetes> Erişim tarihi: 05/12/2020.
4. International Diabetes Federation (IDF) . IDF Diabetes Atlas. 9 ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2019.
5. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes Research and Clinical Practice. 2019;157:107843.
6. Tuchman A. Diabetes and the public's health. The Lancet. 2009;374(9696):1140-1.
7. Eva JJ, Kassab YW, Neoh CF, Ming LC, Wong YY, Abdul Hameed M, et al. Self-Care and Self-Management Among Adolescent T2DM Patients: A Review. Frontiers in Endocrinology. 2018;9(489).
8. Greco P, La Greca A, Ireland S, Wick P, Freeman C, Agramonte R, et al. Assessing adherence in IDDM: A comparison of two methods. Diabetes. 1990;40(Suppl 1):A165.
9. Tomky D, Tomky D, Cypress M, Dang D, Maryniuk M, Peyrot M, et al. Aade position statement. The Diabetes Educator. 2008;34(3):445-9.
10. Weinger K, Butler HA, Welch GW, La Greca AM. Measuring diabetes self-care: a psychometric analysis of the Self-Care Inventory-Revised with adults. Diabetes Care. 2005;28(6):1346-52.
11. Group UPDS. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). The lancet. 1998;352(9131):837-53.
12. Bandura A. Self-efficacy. The Corsini encyclopedia of psychology. 2010:1-3.
13. Wallston KA, Rothman RL, Cherrington A. Psychometric properties of the Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS). J Behav Med. 2007;30(5):395-401.
14. Song R, Ahn S, Roberts BL, Lee EO, Ahn YH. Adhering to a t'ai chi program to improve glucose control and quality of life for individuals with type 2 diabetes. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2009;15(6):627-32.
15. Cox DJ, Gonder-Frederick L. Major developments in behavioral diabetes research. J Consult Clin Psychol. 1992;60(4):628-38.
16. McNabb WL. Adherence in diabetes: can we define it and can we measure it? Diabetes Care. 1997;20(2):215-8.
17. Gorsuch, R.L. Factor Analysis: Classic Edition (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315735740>. 2014.

18. Heckler CE. A Step-by-Step Approach to Using the SAS™ System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling. Taylor & Francis; 1996.
19. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. Spine. 2000;25(24):3186-91.
20. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Applied Nursing Research. 1992;5(4):194-7.
21. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Intercultural scale adaptation stages, language and culture adaptation: updated guideline. 2018.
22. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. Front Public Health. 2018;6:149.
23. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. 4 ed: Sage publications; 2016.
24. Erkuş A, Sünbül Ö, Sünbül SÖ, Yormaz S, Aşiret S. Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-II ölçme araçlarının psikometrik nitelikleri ve ölçme kuramları. Pegem Atıf İndeksi. 2017.
25. Deniz H, Demir S. Yazma Motivasyonu Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Uluslararası Eğitim Dergisi. 2020;9(2):593-616.
26. Şencan H. Güvenilirlik ve geçerlilik. 1 ed. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.
27. Yaşlıoğlu MM. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi. 2017;46:74-85.
28. Karagöz Y. SPSS ve AMOS uygulamalı nitel-nicel-karma bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara. 2017.
29. Hair J, Black WC, Babin BJ, Anderson R. Multivariate Data Analysis. Global. London: Edition. Pearson Education; 2010.
30. Gorsuch R. Factor Analysis, Phila-delphia: W. B Saunders Company. 1974.
31. KOÇAK D, ÇOKLUK Ö, KAYRI M. Faktör sayısının belirlenmesinde MAP testi, paralel analiz, K1 ve yamaç birikinti grafiği yöntemlerinin karşılaştırılması. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2016;13(1):330-59.
32. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2 ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
33. Ercan İ, İsmet K. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(3):211-6.
34. Weir JP. Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. J Strength Cond Res. 2005;19(1):231-40.
35. Zinbarg RE, Revelle W, Yovel I, Li W. Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω H: Their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. psychometrika. 2005;70(1):123-33.
36. Zinbarg RE, Yovel I, Revelle W, McDonald RP. Estimating generalizability to a latent variable common to all of a scale's indicators: A comparison of estimators for ω h. Applied Psychological Measurement. 2006;30(2):121-44.

37. Jansà M, Vidal M, Giménez M, Conget I, Galindo M, Roca D, et al. Psychometric analysis of the Spanish and Catalan versions of the Diabetes Self-Care inventory-revised version questionnaire. Patient Prefer Adherence. 2013;7:997-1005.
38. Khagram L, Martin CR, Davies MJ, Speight J. Psychometric validation of the Self-Care Inventory-Revised (SCI-R) in UK adults with type 2 diabetes using data from the ATLANTUS Follow-on study. Health and quality of life outcomes. 2013;11:24.
39. Teló GH, de Souza MS, Schaan BD. Cross-cultural adaptation and validation to Brazilian Portuguese of two measuring adherence instruments for patients with type 1 diabetes. Diabetol Metab Syndr. 2014;6:141.
40. Teló GH, Iorra FQ, Velho BS, Sparrenberger K, Schaan BD. Validation to Brazilian Portuguese of the Self-Care Inventory-revised for adults with type 2 diabetes. Arch Endocrinol Metab. 2020;64(2):190-4.
41. Al Abboud SA, Ahmad S, Bidin MB, Ismail NE. Validation of Malaysian Versions of Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS), Medication Understanding and Use Self-Efficacy Scale (MUSE) and 8-Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) Using Partial Credit Rasch Model. J Clin Diagn Res. 2016;10(11):Lc01-lc5.
42. Lin SM, Lin SL, Wu YC, Chang CM, Wu HL. Validity and reliability of a Chinese translation of a Perceived Diabetes Self-Management Scale. Journal of Nursing and Healthcare Research. 2011;7:198-206.
43. Bayındır Çevik, A. Tip 2 diyabetlilerde kardiyovasküler risk faktörleri ile sağlık inancı ve öz-etkililik arasındaki ilişki. Doktora tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2010.
44. Yılmaz, F. Diyabet ile İlgili Sorunlu Alanlar(DİSA) Ölçeği'nin Türk diyabetliler için uygunluğunun değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2011.
45. Karakurt, P. Tip 2 diyabetli hastalara verilen eğitimin öz-bakım üzerine etkisi. Doktora tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2008.
46. Usta Yeşilbalkan, Ö. Tip 2 diabetli hastaların kendi kendine bakımlarındaki öz yeterlilikleri ve öz yeterliliklerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
47. Coşansu G, Erdoğan S. Çok Boyutlu Diyabet Anketi Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;13(4):10-8.
48. Eroğlu N, Sabuncu N. Diyabet Öz Yönetim Skalası'nın (DÖYS) Türk Toplumuna Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2018;1(3):1-6.
49. Jahanpeyma P, Karaman E, Yildirim Y, Sahin S, Aykar FS. Adaptation of Diabetic Empowerment Scale-Short Form to Older Individuals and to Turkish Language: Validity and Reliability Study. The Eurasian Journal of Medicine. 2020;52(2):120.
50. Özcan H. "Diyabet Güçlendirme Ölçeği"nin Türk Toplumu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi Isparta: TC Üleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2012.
51. Özcan Ş. Assessment of the effecting factors of the diabetic patients' compliance. Istanbul University, Institute of Health Sciences, Istanbul: Doctoral dissertation; 1999.

52. Cosansu G, Erdogan S. Influence of psychosocial factors on self-care behaviors and glycemic control in Turkish patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Transcultural Nursing*. 2014;25(1):51-9.
53. Walker RJ, Smalls BL, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Egede LE. Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low-income, minority population. *Ethn Dis*. 2014;24(3):349-55.
54. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler MC, Zhu Y, et al. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC family practice*. 2013;14(1):66.
55. Osuji NA, Ojo OS, Malomo SO, Ige AM, Egunjobi AO, Adeyemo AJ. Glycaemic Control and Practice of Self-Care Behaviors among People with Type 2 Diabetes in Nigeria. *PLAID: People Living with And Inspired by Diabetes*. 2019;5(1).
56. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. *Using multivariate statistics*: Pearson Boston, MA; 2007.
57. Sümer N. *Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar*. Türk Psikoloji Yazıları. 2000.
58. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied researchers*. New York, NY. 2006.
59. Raykov T, Marcoulides GA. *An introduction to applied multivariate analysis*: Routledge; 2008.
60. Thompson B. *Exploratory and confirmatory factor analysis*: American Psychological Association; 2004.

SAĞLIK ÇALIŞANI İLE HASTA VE HASTA YAKINI İLETİŞİMİNDE MEDYANIN OLUMSUZ ETKİSİ

Nejdet Yıldırım¹

¹Bursa Teknik Üniversitesi, Yüksek Lisans Enstitüsü, Sosyoloji Bölümü, Bursa, Türkiye

nejdet.nyildirim@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5865-6502

Neyin haber olarak seçileceğine ve nasıl yayımlanacağına karar veren medya kuruluşları; bir takım değerleri ve davranış biçimlerini kitlelere mesaj ve simgeler yoluyla iletmektedir. Neyin haber olarak verildiği kadar, neyin verilmediği de önemlidir. Utma (2018) Sağlıkta şiddet olayları içerisinde hangisini haber olarak seçeceği, haberin metni, haberde kullanılan resim özenle seçilerek kitlelerin karşısına çıkarılır. Şiddet olayı hangi boyutta olursa olsun gerçeklikten kopmasa da dizayn edilerek ve magazinleştirilerek izleyiciye sunulur.

Sadece kar amacı gütmeyip toplumu inşa etme ve yönetme aracı olarak kullanılan medya, sağlıkta şiddet haberlerini sunarken kullandığı dil ve sunuş şekliyle bilerek ve ya bilmeyerek sağlık çalışanını küçük düşüren örnekler sunabilmektedir. Sadece şiddet olaylarına yer verip şiddetti uygulayana verilen cezayı göstermemesi, yapanın yanına kar kaldığı izlenimi oluşturmaktadır. Doktor ve hastane temalı bir dizi ve ya sinema filminde doktorlara karşı kullanılan dil, sergilenen tavır ve emrivaki davranışlar sağlık çalışanını itibarsızlaştırmaktadır. Tüm bunları izleyen kitleye karşı sağlık çalışanı küçük düşürülmektedir.

Bu küçük düşürme ve sürekli sağlık çalışanının dövüldüğü haberleri sonucunda, İnsanların zihinlerinde sağlık çalışanının dövülebileceği fikri ortaya çıkmaktadır. Sağlık çalışanının dövülebileceği ve ya dayığı hak ettiği fikrini isteyerek ve ya istemeyerek insanların bilinçaltlarına medya sokmaktadır. Sunulan haberlerde kullanılan rencide edici üslup ve trajikomik sunuş şekli, sağlıkta şiddetin bugünkü boyutlara gelmesinde etkilidir.

Çalışmamızda ortaya attığımız varsayımımızı, makale, bildiri, kongre sunumları, gazete haberi analizleri, medya analizleriyle ispatlamaya çalıştık. Sağlık iletişimi, sağlıkta şiddet, medya ve şiddet gibi araştırmamıza ışık tutacak konularda yazılmış dergi içeriklerini, makaleleri, bildirileri ve kongre sunumlarını inceledik. Sağlık-Sen, Tabipler Birliği, Sağlık Bakanlığı ve diğer sağlık derneklerinin sitelerindeki aylık, yıllık ve 10 yıllık olarak yayınlanmış sağlıkta şiddet ve beyaz kod vakalarından yararlandık. Gazete haberlerinden ve haberlerin sağlıkta şiddet konulu içeriklerinden faydalandık. Televizyon dizileri ve sinemalarda hastane ve doktor temalı sahneleri analiz ettik. Son 10 yılda medyaya yansımış sağlıkta şiddet haberlerinin başlıklarını inceledik. Pandemi öncesi, pandemi dönemi ve pandemi sonrası sağlıkta şiddet vakalarını karşılaştırdık.

Yaşadığımız şehir Bursa da ki kamu hastaneleri ve çalıştığımız kurumdaki gözlem ve meslektaşlarımızla yaptığımız görüşmelerden de faydalandık. Her ne kadar nitel bir araştırma yapıyor olsak bile, nicel

araştırma verilerini de kullanarak ortaya attığımız varsayımı ispatlamaya çalıştık. Medyanın tüm enstrümanlarıyla sağlıkta şiddet olaylarında gizli bir kışkırtmaya sebep olduğu varsayımımızı yine medya aracılığı ile elde ettiğimiz verilerle ortaya koymaya çalıştık.

Sağlık Ve İletişim

En dar anlamıyla iki kişi en geniş anlamıyla tüm insanlar arasında ki duygu, düşünce, bilgi aktarımı olarak tanımlayabileceğimiz iletişim, doğası gereği insanın çevresinde ki diğer varlıklarla ve insanlarla ilişki kurma ihtiyacından doğmuştur. Ulusoy (2012) İletişim tüm ilişkilere yön veren bir olgudur. Bir ilişkinin şiddete ve ya sevgiye dönüşmesinde, kurulan iletişim belirleyicidir. İnsanlar iletişim kurmadan yaşamlarını sürdüremezler. İletişim her insan için kendini karşısındakine anlatabilmek, karşısındakini anlamak, başkalarını etkilemek ve başkalarından etkilenmek, sorunlara çözüm bulabilmek için şarttır. İyi bir iletişim, insanların her zaman ve her yerde doğru anlaşılmasını gerektirir (Duğan ve Arslan, 2015).

Sağlık sektörü, deyim yerindeyse en çok iletişime ihtiyaç duyulan alandır. Hasta-hastane, hasta-sağlık çalışanı, sağlık çalışanı-sağlık çalışanı, hastane –ilaç sektörü gibi ilişkiler iletişimle var olmaktadır. Sağlık kuruluşlarında özellikle sağlık çalışanı ile hasta ve hasta yakını arasındaki ilişkide iletişim ve iletişim becerilerinin çok daha önemli olduğu bir gerçektir. İlişkilere yön veren, ilişkilerin sevgiye ve ya nefrete dönüşmesinde kurulan iletişimin şekli belirleyici unsurdur. Tüm iletişim türlerini etkileyen sebepler olduğu gibi sağlık kuruluşlarındaki iletişimi etkileyen birçok sebep vardır. Bu sebeplerden bazıları, Sağlık hizmetlerinin karmaşık olması, bilgi kirliliği, yoğun ve stresli çalışma ortamları, gürültü, kültür, hastanelere karşı olan genel tutumlar, kurum içinde ki ast-üst ilişkileri ve medya diyebiliriz.

Çalışmamızın konusu, olan sağlıkta iletişime yön veren ve insanların bilinçaltlarına belli duyguları yükleyen, dünyada dördüncü güç olarak nitelenen medya kavramıdır. Medya günümüzde büyük bir endüstridir, fakat 1990'lardan sonra kitle iletişimdeki dikey örgütlenme ve tekellilik eğilimi radikal bir şekilde değişerek, üretici ve kullanıcılar arasında interaktif bir durum almıştır. Diğer bir deyişle, birden çoğa medya modelinin yerine çoktan çoğa iletişime izin veren, Facebook, YouTube, Twitter gibi sosyal ağlar ile örneklendirebileceğimiz, bilgisayar teknolojisiyle bütünleşmiş bir medya yapısı almıştır (Avcı ve Avşar, 2014).

Her ne kadar yeni medya türleri interaktif bir iletişim biçimi sunuyor olsa da, insanları eskisinden daha fazla etkisi altına almış ve daha fazla yönlendiren bir güç haline gelmiştir. Bu güç insanları bilerek ve ya bilmeyerek birçok davranışa yönlendirmektedir. Giyim tarzımıza, yediklerimize, içtiklerimize, davranışlarımıza, doğru ve yanlış algımıza bile yön veren medya, sağlık kuruluşlarına başvurduğumuz zaman nasıl iletişim kuracağımıza hatta olumsuz iletişim kurmamıza dahi etki etmektedir.

İletişimsizlik ya da kötü iletişim sağlık alanında geri dönüşü olmayan zararlara neden olmaktadır. Ayrıca, bu durum sağlık çalışanından kaynaklı ise, toplumda sağlık çalışanlarına ve hastaneye karşı olumsuz yargılar oluşması yanında güvensizliğe de neden olabilmektedir. Hastadan kaynaklı ise

de, sağlık çalışanları ile çatışma yaşanır ve sağlık çalışanları tarafından zor hasta gurubu olarak değerlendirilmektedir. Hastanın iyileşme ve uyum süreci uzamaktadır. Olumsuz iletişim her iki tarafı psikolojik yönde etkiler, hizmet sunumunda ve alımında eksikliklerin oluşmasına neden olur, hizmet kalitesini olumsuz yönde etkiler (Başol, 2018).

Sağlık kurumlarındaki iletişimsizlik ve ya iletişim sürecinin kötü yönetilmesi sonu şiddete dayanan çatışmaları beraberinde getirmektedir. Şiddet ve şiddetin medyaya yansıma biçimi, medyanın kullandığı dil, haberi izleyen insanların bilinçaltına mesajlar iletmektedir. Bu mesajlar farkında bile olmadan diğer insanların sağlık kuruluşlarında ki davranışlarına yön verebilmektedir.

Sağlıkta Şiddet Verileri

Er, Açıkgöz, Ayoğlu. (2021) 2018-2019 yılları arasında, 876 sağlık personelinin katılımıyla yaptığı araştırmada; Sağlık çalışanlarının %61.1'i meslek hayatında en az bir kez şiddete uğrarken, %39.3'ü son bir yıl içinde şiddete uğramıştır. % 75.3 'ü meslek hayatı boyunca şiddete tanık olmuştur.

Gözükara Bag ve Kayhan Tetik (2018) 350 katılımcıyla yapmış olduğu çalışmada, 'hiç sağlık çalışanlarına şiddet uygulamayı düşündünüz mü?' diye yönelttiği soruya, katılımcıların %30 u evet yanıtını vermiştir. Bu kadar çok sayıda insanın şiddet uygulamayı düşünmüş olmasının sonucu olarak şiddet olayları sayısı da sürekli artış halindedir.

Sağlıkta şiddet olayları durmak bir yana artarak devam etmektedir. Türk Tabipler Birliği'nin verilerine göre 'beyaz kod' sayılarına bakıldığında 2012 yılında 5.079, 2017 yılında 7751, pandemi döneminde sağlıkçılara en çok ihtiyaç duyulan ve kıymeti anlaşıldı dediğimiz zamanlarda, 2020 yılında 11,942, 2021 yılında ise 12905' e ulaşmıştır. 2021 yılı itibariyle beyaz kod sayısı 100 bini aşmıştır (bianet.org).

2021 Sağlıkta Şiddet Raporu'na göre, 2021 yılında 364 saldırganın gerçekleştirdiği olaylarda, toplam 316 sağlık çalışanı şiddete maruz kalmıştır. 124 saldırgan hakkında herhangi bir işlem yapılmazken 135 saldırgan gözaltına alınıp serbest bırakılmıştır. Sadece 41 saldırgan tutuklanmış ve 3 saldırgan para cezası verilmiştir (www.dogrulukpayi.com).

Sağlık-Sen'in yayınladığı aylık raporlara göre, Sadece 2022 yılının ilk altı ayında 136 sağlıkta şiddet olayı gerçekleşmiştir. 244 saldırganın gerçekleştirdiği şiddet olaylarında 226 sağlık çalışanı mağdur olmuş, saldırganların sadece 60 tanesi ceza almıştır. 87 saldırganla hiçbir işlem yapılmamış, diğer saldırganlarda serbest bırakılmıştır. Sağlıkta şiddet yasasının yürürlüğe girdiği 2022 yılının mayıs ayında 15 şiddet olayı gerçekleşmiş, 33 saldırganın sadece ikisi ceza almıştır. Hemen sonraki Haziran ayında 47 saldırganın gerçekleştirdiği 32 şiddet olayı meydana gelmiştir. Saldırganların sadece 12 si ceza almış, 14 tanesine hiçbir işlem yapılmamıştır (www.sagliksen.org.tr).

Sağlık İletişiminde Medyanın Etkisi

Birkaç kırık penceresi olan bir bina düşünün. Camlar tamir edilmemişse vandallar birkaç cam daha kırmaya meyillidir. Sonunda bina boş ise tüm camları kırılabilir, gecekonduyusa

belki de yangın dahi çıkarabilirler. Ya da bir kaldırım düşünün. Burada bazı çöpler birikir. Yakın zamanda bu çöpler daha fazla birikir. Sonunda buradaki restoranlar, hatta paket servis yapan insanlar bile çöpleri araba ile poşetler halinde getirerek buraya atarlar’

James Q. Wilson ve George L. Kelling (Kırık Camlar Teorisi, 1982)

Yapmış olduğumuz araştırmalarda, gazete, dergi, televizyon yayınları, makale, kendi gözlemlerimiz ve meslektaşlarımızla yaptığımız fikir alışverişimiz sonucu elde ettiğimiz veriler aşağıdadır.

1. Medyaya Yansıyan Haberlerin Etkisi

Medyaya yansıyan 2012-2019 yılları arasındaki 1098 haber başlığı incelendi. Trajikomik ve rencide edici birçok başlığa rastlandı. Bu haber başlıklarından bazıları şunlardır: ‘Doktora şiddet bayram dinlemiyor, 2019’. ‘Zaten canım burnumda diyerek hemşireye kafa attı, 2019’. ‘Bu kez doktor doktora şiddet uyguladı, 2019’. Hasta yakını yoğun bakımı dağıttı, 2018’. ‘Ölüm haberi veren doktorun burnunu kırdılar, 2017’. ‘Serum askısıyla asistan doktorun kolunu kırdı, 2016’. ‘Acil serviste kadın doktora kirli sedye yumruğu, 2015’. ‘Diş teknisyenine mengeneli işkence, 2014’. ‘Milli futbolcudan doktora dayak, 2014’. ‘Partili başkan hastane basıp doktor dövdü, 2013’. ‘Yine doktora saldırı, yine protesto eylemi, 2012’. Bu ve buna benzer haberlerin haber yapmaktan çok sansasyon yaratma amacı taşıması, şiddet olaylarının ciddiyetini yitirmesine sebep olmaktadır. Haber başlıkları sağlık çalışanını rencide edici bir üslup kullanması yanında, şiddeti uygulayana karşı gizli bir methiye yaptığı hissi uyandırmaktadır.

Yine haberlerde şiddet haberlerine yer verirken, şiddeti uygulayana verilen ceza ve ya şiddeti uygulayanın akıbeti hakkında bilgi vermemesi, eylemlerin cezasız ve yapanın yanına kar kaldığı izlenimi yaratmaktadır.

Yıldırım ve Sezgin, (2021) 2020 Mart ve 2021 Nisan ayları arasında medyaya yansıyan şiddet haberlerini incelemiş ve medyaya yansıyan toplam 2474 sağlıkta şiddet haberi olduğunu ortaya koymuşlardır. Çalışmalarında Tirajı en yüksek, Hürriyet, Sabah, Sözcü ve Türkiye gazetelerine yansıyan şiddet haberleri içerisinden, her bir gazeteden farklı haberler olacak şekilde 10’ar haber seçerek, toplam 40 haberi analiz etmişlerdir. Araştırmaları sonucunda varılan sonuç, kırk haberin sadece beşinde şiddet olayını gerçekleştirenlere yönelik cezai işlem bilgisi yer almaktadır. 35 haberde ise şiddetin nedenine, saldırıya uğrayan ve saldırıyı yapanla ilgili bilgilere yer verilirken, cezai yaptırımla ilgili bir bilgi verilmemiştir. Ortada sürekli olarak işlenen bir suç olması, cezanın olmaması hissi uyandıran haberler sonucunda, sağlık çalışanlarını koruyan bir sistem olmadığı fikri oluşmaktadır. Bu durum şiddete meyilli kişileri cesaretlendirmektedir.

Haber metinlerinde, şiddet gösterenin alkollü olduğu, rapor talep ettiği ancak raporun verilmediği, ilaç yazdırmak istediği ancak kabul edilmediği vb. gerekçelerden ötürü şiddet gösterdiğinin ifade edilmesi; şiddetin farklı durumlar ve şartlar altında meşru olabileceğini söylemektedir (Yıldırım ve Sezgin, 2021).

2. Televizyon Dizileri Ve Sinema Filmlerinde Sağlık Çalışanı

Medya ve şiddet ilişkisini inceleyen ve 51 bin katılımcı üzerinde gerçekleşmiş 280 ayrı çalışmanın meta analizini yapan bir çalışma, medyada yer alan şiddete herhangi bir şekilde maruz kalmadaki artışın dört ana olumsuz etkiye neden olduğunu ortaya koymuştur. Bunlardan ilki 'saldırganlığa sevk' etkisidir. İkinci olumsuz etki 'mağduriyet korkusu' etkisidir. Üçüncü 'Duyarsızlaştırıcı' etkidir. Dördüncü etki ise 'iştah' etkisidir (Dağ, 2017).

Televizyon dizileri ve sinema filmlerinde idealist doktor figürü oluşturmak isterken sağlık çalışanlarını itibarsızlaştıran birçok sahne vardır. Bunlara örnek olarak; 2006-2011 yılları arasında yayınlanan 'Doktorlar' isimli dizide birçok sahnede doktorların hastayı hastane dışında karşıladığı görülüyor. Bunu izleyen insanlar hastanelere başvurdıklarında böyle bir beklenti içerisinde girebiliyor. Ancak ülkemiz şartlarında hastanelerimizin imkânları, personel yetersizliği ve yoğunluk, doktorların dışarıda hasta karşılaşmasına olanak tanımıyor. Tanısa bile her durumda doktorların dışarıda hasta karşılaşmasına gerek olmadığı bir gerçektir. Yine aynı dizide doktorların sürekli bir aşk sarmalı içerisinde olması izleyenlerin zihinlerinde tüm hastanelere karşı yanlış algılar oluşmasına sebep olmaktadır.

Bir başka örnek 'Hekimoğlu' adlı dizinin 7. ve 25. Bölümünde doktora yumruk atılıyor. Yumruk atılan doktor herhangi bir şikâyetle bulunmuyor ve ya yumruk atan bir ceza almıyor. Bu durum normalmiş ve yeri geldiğinde doktor dayakta yemeli mesajı veriyor. Yine bu dizide her şeyi herkesten fazla bilen bir doktor karakteri diğer doktorların güya birçok yanlışını önüyor. O olmasa diğer doktorların yanlış bir tedaviyle hastaların hayatını mahvedebilirdi temalı sahneler çekilerek, doktorlara karşı güvenin sarsılmasına neden oluyor.

Bir başka örnekte ise 'Siyah Beyaz Aşk' adlı dizinin 14. bölümünde işlerini ihmal ettiği için başhekim tarafından uyarılan kadın doktorun kocası, başhekimin odasını basıp azarlayıp fırçalayıp gidebiliyor. 'Cesur Yürek' isimli bir dizinin bir bölümünde, ameliyat sahnesinde doktorlara silah çekildiği hakaret edildiği görülüyor.

Bu örneklerle çok daha fazlasını ekleyebiliriz. 'Eğer bu ölürse sende ölürsün doktor' gibi bir tehdidi çok defa duymuşuzdur dizi sahnelerinde. Kanun yok nizam yok algısı oluşuyor insanların zihinlerinde. Birçok dizi ve sinema sahnelerinde doktorlar darp ediliyor, aşağılanıyor, itilip kakılıyor. Bunları izleyen insanların sağlıkçıları küçümsemesine ve sağlıkçıya karşı şiddete meyletmelerine sebep oluyor. Sağlık derneklerinin ve bakanlığın tepkisine rağmen, RTÜK'ün kimi zaman cezalar vermesine rağmen bu tür sahneler çekilmeye ve insanlara sunulmaya devam ediyor.

3. Sosyal Medya

Sosyal medyanın, herkesin her şeyi paylaşabileceği bir ortam olması, bazı olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Bir şiddet haberi sonrası hızla yayılan görsel ve videolarla, doğruluğu kanıtlanmamış, dizayn edilmiş ve ya saptırılmış sunuşlarla insanların duyguları çok çabuk harekete geçirilmektedir. İnsanlar, klasik medya yoluyla öğrendiği olaylara karşı tepkisini ve ya desteğini sosyal medya aracılığıyla çevrim içi ve İnteraktif bir şekilde dile getirebilme olanağına sahipler. Ancak bu dile getirme sonrasında kendisiyle aynı fikirde insanlarla karşılaşabildiği gibi karşıt fikirli insanlarla

da karşılaşması, tartışmanın uzamasına, duyguların daha hararetli hale gelmesine ve daha uzun süre gündemde kalmasına sebep olmaktadır. Günümüzde klasik medya, sansasyon amacı güderek yaptığı haberin karşılığını sosyal medya yoluyla almaktadır.

Dünyada 'şiddet olgusu' dahi taraftar bulabilmektedir. Sosyal medya, şiddete meyilli bir kişinin kendisiyle aynı fikre sahip insanların varlığından haberdar olmasına ve cesaret bulmasına yardımcı olmaktadır. Sağlıkta şiddet konusunda da bu durum geçerlidir.

Diğer yandan sosyal medyanın olumsuz etkilerini şöyle sıralayabiliriz;

- Çok geniş bir kitle içeren sosyal medya hesaplarında bilgi üreticilerin denetlenememesi ve dolayısıyla çok fazla bilgi kirliliğinin üremesi,
- Hastane mahremiyetinin ihlal edildiği durumların yaşanması,
- Sosyal medya üzerinden sahte hekimlerin türemesi ve dolandırıcılıkların artması,
- Hastalar tarafından yaşanan olumsuz deneyimlerin çok çabuk yayılması ve bu durumun tüm hastane ve çalışanları için genel bir algı oluşturması,
- Hastanelerde verilen hizmetlerin kalitesizliğinin ve yetersizliğinin kişiler arasında paylaşımı ile sağlık tesisi ve çalışanlarının itibarının zedelenmesi,
- Bir konu hakkında yapılan uzman açıklamalarının çelişmesi ve bu fikir ayrılıklarına erişimin çok kolay gerçekleşerek kafa karışıklığı yaratması (Vardarlıer ve öztürk, 2020).

Medyanın dolaylı olarak bile olsa sağlıkta şiddeti körüklediği ortadadır. Sağlık alanında yapılan reformlar şiddeti durdurmak bir yana, şiddetin artış hızını bile yavaşlatmamıştır. Sağlık çalışanları sahipsiz ve savunmasız bir durumdadır. Medya da ısrarla bu savunmasızlığı ve sahipsizliği gözler önüne sermektedir.

Kırık cam teorisinde *James Q. Wilson* ve *George L. Kelling*, (1982) olduğu gibi birçok camı kırık olan binanın kalan camlarını kırmaktan kimse çekinmeyecektir. Bir çöp birikintisi varsa insanlar oraya çöp atmakta sakınca görmeyecektir. Medyanın sürekli olarak şiddet haberlerini dile getirmesi ve cezai yaptırımlara az yer vermesi, şiddete meyilli insanlara cesaret vermektedir. Zaten sürekli şiddet gören ve sahipsiz olan bireylere şiddet uygulamakta kimse sakınca görmeyecektir.

Meslektaşlarımızla yaptığımız görüşmelerde, insanlardan şiddet görmeseler bile sürekli olarak 'sizi boşuna dövmüyorlar' lafını duyduklarını dile getiriyorlar. Sağlıkçıların dövüldüğünü bu insanlar medya aracılığı ile duyuyorlar. Bu tür cümleler kurduklarına göre şiddet uygulamanın bir cezası olmadığını düşünüyorlar ve ya cezai yaptırımlardan haberdar değiller. Meslektaşlarımız medyanın sadece sağlıkçıların dövülebildiği fikrini insanların bilinçaltına soktuğunu dile getirmektedirler.

Tüm dünyayı etkisi altına alan salgın hastalık döneminde canla başla çalışan sağlık çalışanlarının kıymetinin anlaşılıp şiddet vakalarının düşmesini umarken, sağlıkta şiddet olayları ve haberleri aksine

daha da artmıştır. Dizilerde ki sağlık çalışanı içerikli sahnelerin rencide ediciliği, şiddet haberlerinin trajikomik başlıkları ve cezasız kaldığı algısı şiddet olaylarının artmasında pay sahibidir. Sağlıkta şiddet haberlerini sansasyon oluşturup reyting kazanmak ve ilgi çekmesi için magazinleştiren medya, şiddetin artmasında etkilidir.

Medya şirketleri; kârı en yüksekte tutma, daha çarpıcı manşetler oluşturabilme, izlenme/tıklanma sayılarını artırabilme uğruna sorumlu yayıncılık anlayışından vazgeçmemeli, içeriklerinde sansasyondan uzak, “sağlıklı” bir sağlık haberciliği anlayışına bürünmelidir. Sürekli yinelenen, defalarca gösterilen görüntüler, anlatılan olaylar, insanlar üzerinde hayatla ilgili örnek modeller ve önyargılar oluşturmakta, davranışların şekillenmesinde rol oynamaktadır (Kaya ve Köken Tok, 2021).

Medya özellikle televizyon ve online oyunlarla şiddeti görsel ve seyirlik bir şölene dönüştürmektedir. Böyle bir sunumla şiddet görüntülerinin sık sık gösterilmesi şiddet olgusunu gerçek yaşamda azaltmadığı gibi, aksine daha da yaygınlaşmasına yol açmakta, toplumda da şiddete karşı duyarsızlaşma artmaktadır (Zorlu, 2016)

Bu sebeple kar amacı güdüp izlenmeye ve tirajını artırmak için şiddeti ilgi çekici biçimde insanlara sunan medya kuruluşlarının bu tutumlarından vazgeçmesi gerekiyor. Devlet ve devletin ilgili organları bu gibi durumlarda medya kuruluşlarına caydırıcı önlemler alması gerektiği ortadadır.

Sadece şiddet haberleri değil, sağlıkçının itibarını yükseltmek ve ya yaptığı işin zorluğunu göstermek için çekilen sahneler de dolaylı yoldan ‘sağlık çalışanı ve hizmet alan’ iletişimine zarar vermektedir. Sağlıkçıların sürekli gündemde olması, haberlere, dizilere konu olması, sürekli göz önünde tutulması toplumda bir antipatiye sebep olabilmektedir. İnsanlar bir şeye çok fazla maruz kalınca bıkkınlık hissedebilmektedir.

Sağlıkta şiddet haberleri incelendiğinde, şiddetin büyük çoğunluğu önemsiz ve rutin işlerin aksaklığından ortaya çıktığı görülüyor. Sırada bekleme ve personelin ilgisizliği en büyük neden olarak gözüküyor. Dikicioğlu Çetin, (2013) sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda yaptığı çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğu, sırada bekleme, ilgisizlik ve bilgi alamama yüzünden şiddete başvurdıklarını dile getirmişlerdir. Yine aynı çalışmada, katılımcıların %22’si bazı durumlarda sağlıkçıların şiddeti hak ettiğini dile getiriyor. Ancak şiddetin çözüm olduğunu düşünenlerin sayısı sadece %6 çıkıyor.

Dikicioğlu Çetin, (2013) araştırmasından yola çıkarak şiddetin sebeplerini göz önüne aldığımızda, insanlar diğer kamu kurumlarında sıra bekliyor, ilgisizliğe maruz kalıyor ve ya bilgi alamıyor. Örneğin banka da sıra beklediği için şiddete başvuran vatandaş haberlerine pek rastlamıyoruz. Bankada saatlerce sıra bekleyen kişi hastanede evrak işi geciktiği için bile şiddete meyledabiliyor. Bunun sebebi de sürekli olarak sağlıkta şiddet haberlerinden kaynaklanan ve bilinçaltına yer eden sağlıkçıların dövülebileceği fikridir.

Öncelikli olarak sağlıkta şiddette devletin hukuki yollarla katı adımlar atması şarttır. Bunun için öncelikle hastanelerdeki hasta hakları birimi çok aktif ve titiz çalışan birimler haline gelmelidir. Hasta

mağdur olduğunu düşündüğü zaman bilmelidir ki eğer haklıysam hasta hakları birimi benim hakkımı bana iade eder ve yanlış düzeltir. Hasta mağdur olduğunu düşünüp hukuki yollara başvurduğunda, hukuki süreç hızlı sonuçlanır ve mağduriyetine sebep olanlar gerekli cezaları alır. Vatandaşların bu konuda güveni sağlanmalıdır.

Öbür yandan devlet aynı şekilde sağlık çalışanını da net bir şekilde korumalıdır. Uygulanan eylemin cezası önceden açık ve net olarak vatandaş tarafından bilinmelidir. Kendisini koruyan hasta hakları birimi ve hukuki yollar olduğu halde şiddete başvuran kişi alacağı cezayı bilmelidir. Şiddet sonrası hukuki süreç çok çabuk işlemeli ve cezai yaptırım hızlı olmalıdır. Suç ve ceza net bir şekilde ortaya konulursa, medya şiddet haberini insanlara sunarken, uygulanacak yaptırımı da dile getirir. Sağlıkta şiddet gibi hassas bir konuda gerekli titizliği göstermeyen medya organlarına da caydırıcı cezalar verilmelidir.

Kaynaklar

1. **Avcı, K. & Avşar, Z. (2014).** Sağlık İletişimi ve Yeni Medya. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi , 2014 (39) , 181-190 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/ikad/issue/67965/995734> (Erişim Tarihi, 06.08.2022)
2. **Başol, E. (2018).** Hasta İle Sağlık Çalışanları (Doktor Ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları Ve Çözüm Önerileri . International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal , 4 (1) , 76-93.
3. **Dağ, E. (2017).** Hasta Ve Yakınlarını Şiddete Yönelten Sebeplerin Araştırılması: Burdur İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, s, 21, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 2017.
4. **Dikicioğlu Çetin, E. (2013).** Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Ankara, <http://medicaljournal.gazi.edu.tr>. (Erişim Tarihi, 20.08.2022).
5. **Er, T. Ayoğlu, F. & Açıkgöz, B. (2021).** Sağlık çalışanına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri , değerlendirilmesi ve önlenmesi. Turkish Journal of Public Health, 19 (1) , 69- 78. DOI: 10.20518/tjph.680771
6. **Kaya K. , Köken Tok Ö. (2021).** Sağlıkta Şiddetin Bir Başka Yüzü: Medya Etkisi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. cilt; 18, sayı, 2: 217-220.
7. **Kayhan Tetik, B, Gözükara Bag, H. (2018).** Sağlık Personeline Yönelik Şiddet Nedenlerinin ve Şiddet Uygulamayı Düşünen Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirmesi, the journal of turkish family physician, Yıl: 2018 Cilt: 9 Sayı: 1 / e-ISSN: 2148-550X doi: 10.15511/tjtfp.18.00102
8. **Sezgin, D. Yıldırım, İ.E. (2021)** Pandemide Sağlık Çalışanlarına Şiddet, Igdir International Social Sciences Congress, Nisan, 2021. Congress Full Texts Book, ISBN:978-605- 74616-8-1, s, 281-290.
9. **Solmaz, B. & Duğan, Ö. (2018).** Sağlık Çalışanı İle Hasta Ve Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden "İletişim" Üzerine Bir İnceleme . Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , 18 (2) , 185-206 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/basbed/issue/38801/812600> (Erişim Tarihi, 19.08.2022).

10. **Utma, S. (2018).** Dijital Çağda Medyanın Psikolojik Gücü: Algı Yönetimi Perspektifinden Kuramsal Bir Değerlendirme . Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , 2903-2913 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/ataunisobil/issue/42067/510493> (Erişim Tarihi, 12.08.2022)
11. **Vardarlier, P. & Öztürk, C. (2020).** Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Rolü. Sosyolojik Düşün, 5 (1) , 1-18. DOI: 10.37991/sosdus.730815
12. **Zorlu, Y. (2016).** Medyadaki Şiddet Ve Etkileri . Humanities Sciences , 11 (1) , 13-32. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/nwsahuman/issue/19954/213431>.
13. <https://bianet.org/bianet/toplum/264392-siddete-ugradigi-icin-beyaz-kod-a-basvuran-saglikci-sayisi-101-bine-yukseldi>. (Erişim Tarihi, 10.08.2022).
14. <https://www.dogrulukpayi.com/bulten/turkiye-de-saglik-calisanlarina-yonelik-siddet> (Erişim Tarihi, 14.08.2022).
15. https://media4.manhattan-institute.org/pdf/_atlantic_monthly-broken_windows.pdf (Erişim Tarihi, 15.08.2022).

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MEDYADA TEMSİLİ: PANDEMİ DÖNEMİNDEKİ HAKİM SÖYLEME YÖNELİK BİR İÇERİK ANALİZİ

Kübra Nur Ünsal¹, Didem Hekimoğlu Tunç², Fikriye Yılmaz³

¹Hayat Sende Derneği, Gönüllü Yönetim Sorumlusu & İdari İşler Sorumlusu, Ankara, Türkiye

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Çanakkale, Türkiye

³Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara, Türkiye

didem.ht@comu.edu.tr

COVID-19, ülkemizde de ilk vakanın görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi ilan edilmiştir. Pandemi sürecinde tüm dünyada sağlık çalışanlarının omzuna ağır bir yük binmiş ve yoğun riske maruz kaldıkları için ne yazık ki binlerce sağlık çalışanı virüse yakalanmış ve hayatını kaybetmiştir. Sağlık çalışanları pandeminin başından beri hükümet, toplum ve medya tarafından kahraman olarak ilan edilmiştir, ancak sağlık çalışanlarına atfedilen kahramanlık rolü ve bu söylemde kullanılan dil olumsuz bir etki yaratmaması açısından oldukça önemlidir. Kuşkusuz çalıştıkları performans göz önünde bulundurulunca bunu kahramanlık olarak nitelendirmek mümkün ancak kahramanlık üzerine odaklamak konusunda dikkat etmek gerekir.

Bu çalışmanın amacı; pandemi döneminde Türkiye’de ulusal düzeyde basında sağlık çalışanlarının “kahraman” olarak temsili ve bu yaklaşımın altında yatan nedenleri tartışarak ortaya koymaktır. Çalışmanın evrenini Türkiye’de yayın yapan ulusal yazılı basın oluşturmaktadır. Örneklemi ise farklı ideolojik yayın politikalarına sahip tirajı en yüksek gazetelerden olan Sabah ve Sözcü Gazeteleri oluşturmaktadır. Veri kaynakları, Türkiye’deki haber ajanslarının, medyanın kitle iletişim araçları, basın ve medya, gazete haberleri taranmıştır. Araştırma kapsamında 11 Mart 2020 -01 Nisan 2021 tarihleri arasında online olarak yayınlanan iki gazetede (Sözcü ve Sabah) Covid-19 pandemisi ile mücadele sürecinde sağlık çalışanlarının rolü ile ilgili haberler örneklem olarak seçilmiştir; her iki gazetenin internet adreslerine girilerek arama motoruna; “sağlık çalışanları”, “kahraman”, “minnettarız”, “hekim”, “doktor”, “asistan hekim”, “hemşire”, “fedakâr” anahtar kelimeleri yazılarak, sağlık çalışanları ile ilgili haberlere ulaşılmıştır ve elde edilen haberler incelenerek bir içerik analizi çalışması yapılmıştır.

Bulgulara bakıldığında; Sabah gazetesi toplanan 125 haberler ile araştırmada toplanan haberlerin %77,16’sıyla büyük bir paya sahip olmuştur. Haberlerin çoğunluğunun odak noktası “takdir” iken, odağında “kahraman” olan haber sayısı da oldukça fazladır ki bu çoğunluğun %86,7’sini Sabah gazetesindeki haberler oluşturmaktadır. Sabah gazetesinin pandemi boyunca bu söylemi kullanmaya yatkın olduğu görülmüştür. Pandemi ile mücadelede başarılı olabilmek için topyekûn mücadele etmeli, yöneticiler sağlık çalışanlarını korumalı, maddi ve manevi desteklemelidir, aksi halde toplumunda korunması mümkün değildir. Dolayısıyla öncelik sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği olmalı, söylemlerimizde onları övmek ve kahraman olarak atfetmek yerine güvenli bir çalışma ortamında çalışmayı hak ettiklerini görmeli, mevcut çalışma koşullarında ve haklarında iyileştirilmeye gidilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, Covid-19, ana akım medya, içerik analizi

SAĞLIKTA DİJİTAL BİLGİLENDİRMENİN AKTÖRLERİ KİMLER?

Güzide Zehra Dişli Yazar¹

¹Bilgi Paylaşım Evi, İstanbul, Türkiye

gzdyazar@gmail.com

Özellikle sağlığı söz konusu olduğunda herkesin ilk anda yöneldiği çevrimiçi bilgi arama eğiliminin iki yönlü sonucu vardır: Olumlu yönü bir konu hakkında daha fazla bilgi imkanı ve sıklıkla “mucizevi bilgilerle” ile karşılaşma veya hata yapılmasına hatta sağlığa zarar verebilecek yanlış bilgileri okuma riski.

Influencer’lar, deneyim ve düşüncelerini takipçileriyle paylaşan tanınmış kişiler olarak değerlendirilebilir. Ve takipçilerinin sayısı baş döndürücü olmaya başladığında, influencerların toplumdaki etkisini gözardı edemeyenlerin

Sağlık ürünleri sunan şirketlerin, dijital kanalların marka bilinirliğinin artması açısından hedef kitlelerine ilgili ve uygun iletişimleri göndermeleri, farkındalığı artırmak ve mesajları yaymak amacıyla sosyal medya Influencer’larını kullanmaları sonucu sıklıkla kendilerince doğru bilgilerle yanlış bilgilendirme durumu ortaya çıkmaktadır.

Sonbahar gelip besin takviyeleri kullanımı için bilgi bombardımanının pik yaptığı dönemlerde örneğin içinde A vitamin olan multivitaminlerin kullanımın akne tedavisine özel bir etken maddeyi kullanan bireylerde oluşturduğu karaciğer harabiyeti riskini bilmeyen Influencer’ların kendi deneyimleri ile bezedikleri kullanım önerilerinin oluşturduğu büyük zararın telafisi nasıl olacaktır? Ya da üst solunum yolu hastalıklarında kullanımı sıklıkla önerilen bir kremin pediatrik formunun değil de eskiden beri yaygın kullanılan formundaki kafurun bebeklerde ve küçük çocuklarda oluşturacağı solunum tıkanmasının sonuçları hakkında en ufak bir fikir sahibi olmadan yapmalarının? Hatta kendilerince çok masum gözüken bebeklerin başucuna koymalarını önerdikleri minik keseciklerdeki lavantanın tıbbi lavanta olmayıp astım tetikleyici özelliğinin yapacağı etkileri. Pratik hayattan alıntılanmış gibi duran, masum görünen örnekler maalesef oldukça çok. Bazı bilgileri kendilerinin deneyimleri şeklinde ya da eğlenceli med

Sağlık iletişimde dijital kanalların potansiyelinden yararlanmak ve empati yaratan, iletişim kuran ve hassas konularla ilgilenen bir anlatım stratejisi aracılığıyla kullanıcılarla gerçek bilgiler sunarak bilime dayalı bir güven ilişkisi kurmak asal öneme sahiptir.

Temelde hastalıkların tedavisinde kullanılacak tedavi ajanlarının doğru kullanımına yönelik bilgiler ve sağlıklı olma durumunu koruyucu bilgileri iletmek eczacıların temel görevidir. Gerek mesleki mevzuat gerekse Sağlık Bakanlığı’nın reklamlarla ilgili direktifleri doğrultusunda bu görevi yerine getirmede eczane içi kadar eczane dışındaki kanalları kullanarak halk sağlığını korumada üzerlerine düşen görevi yapmak için temel iletişim bilgileri kadar dijital mecraları doğru kullanmak, bilgi aktarımda iletişim stratejilerini planlamak eczacılar için oldukça yeni bir alandır.

Hastalar ne ister?

Güvenilir bilgi: Çevrimiçi bilgi kaynaklarında hastalar için en büyük zorluk, güvenilir ve güncel bilgileri belirsiz, yanıltıcı veya yanlış olanlardan ayırmaktır.

Tedavide daha fazla söz hakkı: Hastalar, tedavi süreçleri hakkında daha fazla bilgi edinip daha fazla katılım talep ediyor.

Motivasyon desteği: Hastalar, tedaviye yönelik motivasyon desteğine daha fazla ihtiyaç duyuyor

İyi bilgilendirilmiş Sağlık Bakım Görevlileri: Hastalar sağlık uzmanlarının gerçek ve en son veriler hakkında bilgi sahibi olmasını bekler.

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE AFİŞLERİN ÖNEMİ: ANNE SÜTÜ VE ANNE SAĞLIĞI İLE İLGİLİ SOSYAL AFİŞLER ÜZERİNE BİR İNCELEME

Deniz Akçay Balcı¹, Merve Karaman²

¹*İstanbul Gedik Üniversitesi, Mimarlık ve Tasarım Fakültesi, Görsel İletişim Tasarımı Bölümü, İstanbul, Türkiye*

²*İstanbul Topkapı Üniversitesi, Güzel Sanatlar, Tasarım ve Mimarlık Fakültesi, Görsel İletişim Tasarımı Bölümü, İstanbul, Türkiye*

deniz.balci@gedik.edu.tr

mervekaraman@topkapi.edu.tr

İnsanoğlunun temel yaşam gereksinimlerinden birisi olan iletişim, günümüzde hem bireysel hem kişilerarası hem de toplumsal açıdan incelenmektedir. Farklı dinamiklere sahip kültürlerde iletişim becerileri ve etkileri birbirinden doğal olarak farklılık göstermektedir. Bu bağlamda insan ögesinin birincil derecede önem taşıdığı sağlık alanında iletişimin önemi ve etkililiği daha da ön plana çıkmaktadır. Buna göre, Uluslararası çerçevede ve Türkiye’de sağlık iletişimi konusu önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık iletişimi ile toplumu oluşturan bireylerde sağlıklı yaşam konusunda bilinç oluşturarak; sağlıkla ilgili olumlu tutum davranışlar geliştirmesi hedeflenmektedir.

Afişler gerek geleneksel medya da gerekse dijital ortamlarda tercih edilen yazılı ve görsel iletişim araçlarından birisidir. Afişler ticari amaçla kullanılabileceği gibi; topluma herhangi bir konuda bilgi vererek; onlarda bilinç ve farkındalık oluşturmak amacıyla sosyal afişler olarak da kullanılmaktadırlar.

Bu bağlamda her alanda olduğu gibi sağlık alanında da etkili görsel iletişimin önemi ortaya çıkmaktadır. Afiş tasarımlarında mesajın doğru olarak verilmesi ve görsel unsurların doğru yerleşimi, dikkat çekici olması, mesajın hedef kitleye ulaşabilmesi bakımından oldukça önem taşımaktadır.

Çalışmada 01-07 Ekim 2021 emzirme haftası kapsamında anne sütünün önemine vurgu yapan anne sütü ve anne sağlığıyla ilgili afişler görsel iletişim tasarımı ilkelerinden renk, tipografi, denge, dikkat çekicilik ilkeleri çerçevesinde ele alınmıştır.

Sağlık alanında yapılan afişler önemli bilgiler barındırması bakımından görsel iletişim tasarımı ilkelerinden ayrı düşünülemez. Görsel iletişim tasarımı ilkeleri bağlamında tasarlanan afişlerin hedef kitleyi uyarması için; renk, tipografi, oran orantı, boşlukların doğru kullanımı, görsellerin seçimi gibi unsurlara uygun bir tasarım planlamak yalnızca ticari reklamlarda değil sağlık alanında tasarlanan afişler içinde bir zorunluluktur. Sonuç olarak incelenen afişlerde anne sütü öneminin hem yazı hem de görseller aracılığıyla aktarıldığı görülmektedir. Afişlerde konuya uygun seçilen görsellerle verilmek istenilen mesajın hedef kitleye doğru bir şekilde ulaştığı görülmektedir.

İncelenen afişlerde genel olarak kullanılan renklerin ve tipografinin uygunluğu, denge unsurunun doğru kullanılmasıyla dikkat çekicilik konusunda başarılı olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Afiş, sağlık iletişimi, görsel iletişim tasarımı, grafik tasarımı

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE AŞI KARŞITI SPORCULARIN MEDYADAKİ YERİ: KYRIE IRVING ÖRNEĞİ ÜZERİNDEN TÜRKİYE VE ABD BASININDA YER ALAN HABERLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Sezer Aksoy¹, Rıza Demir²

¹Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Öğrencisi, Eskişehir, Türkiye

²T.C. Sağlık Bakanlığı, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir, Türkiye

s.aksoy@anadolu.edu.tr

Çin Halk Cumhuriyeti'nin Wuhan şehrinde ortaya çıkıp, hızla dünyaya yayılan SARS-CoV-2 virüsü sonucu meydana gelen COVID-19 pandemisi tüm dünyada insanları ekonomik, sosyal ve kültürel olmak üzere birçok açıdan olumsuz etkilemiştir. Dünyada bulunan 206 ülkenin salgın nedeniyle sosyal hayatın her alanında önlemler almasına rağmen, COVID-19 vakalarının hızla artmasıyla birlikte, birçok sportif turnuvarın iptal edilmesi, çeşitli branşlardan liglerin ertelenmesi söz konusu olmuştur. Tüm dünyada neredeyse tüm spor liglerinin ve uluslararası spor müsabakalarının süresiz ertelenmesi veya iptal edilmesi, birçok branşta gerçekleşecek olan mega etkinliklerin ertelenmesi veya iptal edilmesi, Avrupa'da futbol maçlarının durdurulması, Avrupa Futbol Şampiyonasının (EURO 2020) bir yıl ertelenmesi, tarihi ve ünlü at yarışı Grand National 2020'nin iptal edilmesi, Fransa bisiklet turunun ertelenmesi gibi birçok iptaller yaşanmıştır. Bu dönemde dünyanın en büyük basketbol organizasyonu NBA maçları önce durdurmuş, daha sonra seyircisiz oynama kararı almıştır. Spor müsabakalarının ertelenmesinin sebebi olarak devam eden büyük spor organizasyonlarında virüsün hızla yayılabilecek bir ortam oluşturması gösterilmiş ve aşı çalışmaları beklenmiştir. 2020 yılında eylül ayı itibarıyla COVID-19 konusunda aşı geliştirme çalışmalarının tamamlandığı ve virüse karşı etkili olan aşılardan piyasaya sürüleceği haberleri sonrasında seyircisiz olarak veya az seyircinin katılımı ile birçok sportif organizasyon yeniden başlatılmıştır. Ancak aşılardan bulunsun ve piyasaya sürülse dahi, sosyal hayatın her alanından az sayıda da olsa kanı önderi olan sporcular aşı yaptırmak istememiş ve aşı karşıtlığı propagandası yapılmaya başlanmıştır. Aşı karşıtlığı ile ilgili haberler basında yer almaya başlamış, tüm dünyadan hayran kitlelerine sahip ünlü sporcuların bu konudaki eylemleri ve söylemleri gündem olmuştur. Toplumda özellikle gençlerin örnek aldığı yıldız sporcuların aşı karşıtı tutumları ve medyanın bu olaya bakış açısı önemli hale gelmiştir. Ana akım TV kanalları ve gazetelerin dijital içeriklerinde yer alan haberler milyonlara ulaşarak dalga etkisi yaratmış, sporcu sağlığı ve toplum sağlığı gibi konular farklı bir düzlemde tartışılmıştır. Medyada kullanılan dilin hem sporcuların kişisel haklarına hem de toplum sağlığını etkileyecek kararlara etki edeceğinden hareketle bu tür haberlerin analiz edilmesi önemli hale gelmiştir. Bu bağlamda bu çalışma, dünyanın en popüler basketbol oyuncularından biri olan ve COVID-19 aşı sürecinde gündemi belirleyen Kyrie Irving'in medyada yer alan aşı haberlerine odaklanmıştır. Türkiye'de ntvspor.com ve ABD'de espn.com web sitelerinde yer alan Kyrie Irving ve aşı haberleri incelenmiş ve bu haberler analiz edilerek karşılaştırmalı bir çalışma gerçekleştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İletişimi, Covid-19, Aşı Karşıtlığı, Spor Medyası

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL MEDYA KULLANIMI

Zeynep Kamak Sürmen¹

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Intörn Doktor, Trabzon Türkiye

zeynepkamak@gmail.com

21.yüzyılın başında, sadece birkaç on yıl önce nüfusları yok eden bazı önemli hastalıkları yok etme ve diğerlerini kontrol etme başarılarımızın yarattığı sorunlarla ne yazık ki karşı karşıyayız. Son yıllarda dünya çapında artan özellikle bulaşıcı hastalıklar, pandemi süreciyle beraber gelen ekonomik krizler, yaşlı nüfusun artışı, şiddetin artması gibi faktörlerle özellikle sağlık alanındaki iletişim değişmeye başladı. Verimliliği artırmak ve kaynakları en doğru şekilde kullanmak için her alanda olduğu gibi sağlık iletişiminde de son yıllarda teknolojiyi daha çok kullanma yoluna gidilmeye başlandı. Ancak sağlık iletişimi konusunda sosyal medyanın kullanımı özellikle hekimler arasında bir tartışma konusu olmuştur. Bu nedenle, bu çalışmada sağlık iletişiminde internet ve sosyal medya kullanımının fayda ve zararları hakkında literatürü gözden geçirmek amaçlanmıştır. Sağlıkta etkili ve verimli iletişim kişilerin hizmet alımlarını etkileyecek birçok aşamada çok önemlidir. Dolayısıyla literatürün eksik yanlarının belirlenip geliştirilebilecek yönleri göstermesi açısından bu çalışma önemlidir.

PubMed veri tabanında “Sağlık İletişimi” konusunda İngilizce makaleler incelenmiştir.

Sağlık İletişimi

İletişim, insanlığın varlığından bu yana kendini göstermiş bir kavramdır. Sağlık iletişimi kavramı ise bir disiplin olarak ilk kez Amerika Birleşik Devletinde (ABD) ortaya çıkmıştır. Yüzyıllar boyunca geleneksel olarak sağlık iletişimde hem hastalara hem de hekimlerin kendi arasında yüz yüze ve sözel bir iletişim tercih edilmiştir. Ancak teknolojiyle özellikle 21.yüzyılda sağlık iletişimi değişmeye başlamıştır.

Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımı

İletişim teknolojilerinde yaşanan ilerlemeler ve değişmeler ile sağlık sektöründe de yeni bir döneme girilmiştir. Dijital paylaşımların artması ile doktorların sosyal medya kanallarını kullanarak diğer hekimler ile bilgi alışverişinde bulunduğu, hastalıklar ve sağlığın önlenmesi konusunda bilgilendirme mesajlarını halk ile paylaşabildiği saptanmıştır. Ayrıca hastalar da kendi sağlıklarıyla ilgili sosyal medyadan hekimlere danışmaktadır. Sağlık iletişiminde sosyal medya kullanımının birçok faydası olmasına rağmen edinilen bilgilerin güvenilirliği ve hasta mahremiyeti gibi birçok açıdan zararları olabileceği bulunmuş olduğundan kullanımı literatürde tartışmalıdır. Bu konuda halkın ve hekimlerin sosyal medyayı doğru kullanım yönünden bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Yapılan literatür taramasıyla sağlık iletişimindeki eksiklikler yüzünden hasta güvenliği ve mahremiyeti zedelenmekte, bakımı kesintiye uğramakta, eksik bilgi ve yanlış tedavi verilebilmektedir. Kişilerin mahremiyetini koruyacak şekilde sosyal medya üzerinden bireysel sağlık danışmanı ataması yapılması kişileri zararlı etkilerden koruyabilir. Sosyal medyanın hem kısa hem de uzun vadede sağlık iletişimi uygulamalarını iyileştirip iyileştirmedeğini belirlemek için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca E-Konsültasyon sisteminin son yıllarda dünya çapında çok hızlı geliştiği literatür taramasında görülmüş olup teknoloji ve sosyal medyanın sağlık alanında kullanımı eğitimlerinin lisans seviyesinde verilmesi faydalı olacaktır.

SAĞLIKTA ŞİDDETİN PSİKOSOSYAL BOYUTU

Cihangir Karakaya¹

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Zonguldak, Türkiye
chngr.krky@gmail.com

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakaları giderek artmaktadır. Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmasına sebep olan birtakım psikososyal faktörler bulunmaktadır. Ayrıca şiddet vakası sağlık çalışanı üzerinde de birtakım psikososyal etkilere sebep olmaktadır. Çalışmada sağlıkta şiddete neden olan psikososyal faktörler ile şiddetin sağlık çalışanı üzerindeki psikososyal etkileri derlenmeye çalışılmıştır. Son olarak da sağlıkta şiddete neden olan psikososyal faktörlerin ve şiddetin sağlık çalışanı üzerindeki psikososyal etkilerini en aza indirmeye yönelik çözüm önerileri sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, Sağlıkta Şiddet, Psikososyal Boyut

Şiddet

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2017).

Şiddet sınıflaması pek çok yönden değişebilmesine rağmen şiddet türleri şu şekilde sınıflandırılabilir (Polat, 2016):

- - Fiziksel şiddet
- - Cinsel şiddet
- - Duygusal şiddet
- - Ekonomik şiddet

Fiziksel Şiddet: Kontrol etmeyi, uygulanan kişide acı ve korku yaşatmayı amaçlayan, beden gücünü kullanmayı gerektiren ve kişide fiziki yaralanmalara yol açan, vurma, tekmeleme, yakma ve kesici ve delici aletler vasıtasıyla gerçekleşebilen davranış olarak tanımlanabilmektedir (Özkan ve Emiroğlu, 2006; Sarcan, 2013).

Cinsel Şiddet: Cinsel şiddet, her türlü cinsellik içeren şiddet biçimlerini ifade eder ve çoğu zaman içinde fiziksel şiddeti de bulundurur. Cinsel şiddet uygulayan kişi bir yabancı olabileceği gibi, eş, sevgili, arkadaş, akraba gibi yakın bir kişi de olabilir (İstanbul Bilgi Üniversitesi, 2019).

Duygusal Şiddet: Karşıdaki kişiye sistemli bir biçimde yapılan, bireyin benliğini, psikososyal

gelişimini, ruhsal sağlığını etkileyen olumsuz yargılar, atıflar ya da sözel davranışlardır. Sürekli olması ve tekrarlanması en büyük özelliğidir (Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, 2013).

Ekonomik Şiddet: Ekonomik şiddet, enflasyonun, işsizlik oranlarının yüksek olması ve sosyal güvenlik imkânlarının yeterli olmaması olarak nitelendirilebilir (Çatell, 2015).

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Kapsamı

Şiddeti uygulayana göre sağlık çalışanlarına yönelik şiddet tipleri 4 başlık altında incelenebilir. Bunlar şu şekildedir (Yıldız & Kaya, 2009):

- Tip 1
- Tip 2
- Tip 3
- Tip 4

Tip 1: Tip 1 şiddeti daha önceden sağlık tesisi ile herhangi bir ilişkisi olmayan kişilerce uygulanan şiddet eylemlerini kapsamaktadır. Burada asıl neden şiddete başvurmakta ziyade farklıdır. Bu tür şiddette esas hedef para ve değerli şeylerdir (Yaşar, 2019; Aytaç, 2011).

Tip 2: Hastanın/hastayakınının çalışana karşı uyguladığı şiddet türüdür. Sağlık personeli, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları başta olmak üzere insanlarla sık ilişkide olunan tüm meslek grupları daha çok risk altındadır (Yıldız & Kaya, 2009).

Tip 3: Çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddet türüdür. Nedeni kişiler arası veya işle ilgili anlaşmazlıklardır. Şiddeti uygulayan kişi mağdurla aynı iş yerinde çalışan veya daha önce çalışmış bir kişidir (Yıldız & Kaya, 2009).

Tip 4: Kişiler arasında hizmete yönelik olmayan kişisel husumet veya sorunların sebep olduğu şiddet türüdür (Yaşar, 2019).

Şiddet tiplerinin kapsamı değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarına yönelik en çok uygulanan şiddet türünün Tip 2 türündeki şiddet türü olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının sağlıkta hizmet sunumu esnasında maruz kaldığı sözel veya fiziksel şiddetler Tip 2 türündeki şiddet eylemleri kapsamına girmektedir. Mobbing veya iş yerinde psikolojik taciz ise Tip 3 şiddet tipi kapsamında değerlendirilmektedir.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Psikososyal Sebepleri

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin pek çok farklı sebebi olabilir. Bunlar psikososyal etkenler, örgütsel etkenler, çevresel etkenler ve toplumsal etkenler olarak sınıflandırılabilir (Sarcan, 2013). Bahsedilen etkenler arasında en önemlisinin psikososyal etkenler olduğu göze çarpmaktadır. Örgütsel, çevresel ve toplumsal etkenler hasta, hasta yakını veya sağlık çalışanını psikososyal yönden etkilediği için

sağlık personeline yönelik şiddete neden olan ana faktör psikososyal etkenler olarak öne çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerini psikososyal açıdan değerlendirildiği zaman pek çok neden karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenler arasında; şiddet uygulayan bireyde meydana gelen sağlık problemleri, öfke, stres, travma, duygusal yoksunluk ve bilişsel sorunlar (Yaşar, 2019; Dillon, 2012), engelleme veya tehlike ile karşılaşan bireylerin kendilerini güçsüz, yetersiz ve çaresiz gibi hissetmesi (Yaşar, 2019; Dillon, 2012), sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında genel olarak açık ve etkili bir iletişimin gerçekleşmemesi ve iletişim problemlerinin yaşanması (Yağbasan ve Çakar, 2006), tarafların bireysel özellikleri, hasta ve hastalık psikolojisi yaşanması (Yağbasan ve Çakar, 2006; Sarcan, 2013), toplumdaki sosyo-ekonomik eşitsizlikler (Çatell, 2015), toplumun ve kişilerin sosyokültürel ve eğitim sorunları (Aydın, 2008), hasta, hasta yakını ve personelin beklentilerinin gerçekleşmemesi (Rew ve Ferns, 2005), personelin hizmet içi eğitimlerinin ve iletişim eğitimlerinin yetersiz olması, bazı hastalara iltimas geçildiğini düşündüklerinden dolayı hasta ve hasta yakınlarının haksızlığa uğradıklarını düşünmesi (Özdemir Takak, 2017), sağlık personelinin aşırı iş yükünden ötürü moral ve motivasyonunun düşük olması, hasta yakınlarının umutsuzluk, üzüntü, şok veya yas gibi psikolojik problemler yaşaması, şiddetle baş etme konusunda çalışanın eğitim yetersizliği (Çamcı ve Kutlu, 2011), sağlık bakım sistemi ve kullanılan teknolojinin toplumun beklentilerini karşılayamaması (Büyükbayram ve Okçay, 2013), uzun süreli yoksulluk, sosyal dışlanma yaşayan şiddet alt kültürüne sahip kişilerin toplumdaki varlığı (Büyükbayram ve Okçay, 2013), toplumun şiddete duyarsızlaması ve şiddeti pekiştirici yayınlar (Büyükbayram ve Okçay, 2013), medya tarafından sağlık çalışanlarına yönelik toplumda oluşturulan önyargı (Büyükbayram ve Okçay, 2013) gibi etmenler bulunmaktadır.

Şiddete sebep olan birçok psikososyal sebebi değerlendirdiğimizde karşımıza birkaç tane şiddete neden olan ana sebep çıkmaktadır. En önemli neden eğitim ve iletişim eksikliği olarak görülmektedir. Bir diğer neden ise hasta ve hasta yakınlarının içerisinde bulunduğu çaresizlik, üzüntü, şok gibi psikolojik durumlardır. Diğer bir neden ise toplumda sağlık çalışanlarına karşı oluşan önyargıdır. Bir diğer önemli neden ise hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmet sunumundan memnun olmaması ve beklentilerinin karşılanmaması olarak göze çarpmaktadır.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Çalışan Üzerindeki Psikososyal Etkileri

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin pek çok farklı sonuç doğurabilir. Sağlık personeline yönelik meydana gelen şiddet olayları kişilerde ciddi sağlık sorunlarına yol açabildiği gibi önemli mali kayıplara da neden olmaktadır. Sağlık personeline yönelik şiddet kişisel, örgütsel, toplumsal ve psikososyal etki ve sonuçlar doğurabilir (Yıldız & Kaya, 2009).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin psikosyal etki ve sonuçları; işyerinde meydana gelen şiddet olaylarının sonucunda çalışanlarda moral bozukluğu oluşması (Parlar, 2008; Çatell, 2015), sağlık çalışanında iş doyumunun azalması (Parlar, 2008; Çatell, 2015), sağlık çalışanında öfke, korku, güçsüzlük, suçluluk duygusu, uyku bozuklukları görülmesi (Parlar, 2008; Çatell, 2015), sağlık çalışanında performans düşüklüğü görülmesi (Annagür, 2010), fiziksel şiddete maruz kalan çalışanlarda travma sonrası stres bozukluğu gelişme ihtimali olması (Çatell, 2015), şiddete maruz

kalan sağlık çalışanlarının diğer hastalara vermiş olduğu hizmetin kalitesinde dolaylı olarak düşüş yaşanması (Çatell, 2015), sağlık çalışanında anksiyete veya irritasyon belirtileri (Annagür, 2010), sağlık çalışanında işe devam etmeme veya işi bırakma gibi davranışlar görülmesi (Demirci, 2018), sağlık çalışanının şiddetin etkisi olarak kendisini toplumdan soyutlaması (Gates ve arkadaşları, 2011), sağlık çalışanının aile ilişkilerinde ve sosyal yaşamında bozulmalar görülmesi (Demirci, 2018; Büyükbayram ve Okçay, 2013), sağlık çalışanının yaşam kalitesinin düşmesi (Demirci, 2018), sağlık çalışanında yeme bozuklukları görülmesi (Gates ve arkadaşları, 2011), sağlık çalışanında cinsel sorunlar görülmesi (Büyükbayram ve Okçay, 2013) şeklinde sıralanmaktadır.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Psikososyal Sebep Ve Etkilerinin En Aza İndirgenmesi İçin Çözüm Öneriler

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet kişide geçici veya kalıcı psikososyal sorunlara yol açabilmektedir. Bu sorunlar sağlık çalışanının hem sosyal hem de mesleki hayatını olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlıkta şiddetin psikososyal sebep ve etkilerinin en aza indirgenmesi için toplum düzeyinde eğitim ve öğretim faaliyetler şiddetin önlenmesine yönelik olmalı, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan düzenlemelerin personele ve kamuoyuna duyurulmalı, sağlık tesisi kapsamında örgütsel ve organizasyon boyutunda düzenlemeler yapılmalı, sağlık tesisinin fiziksel koşulların ve işleyişi iyileştirilmeli, sağlık çalışanlarına yönelik çalışan hakları ve güvenliği birimlerinde yetkin personeller görevlendirilmeli, sağlık tesislerinde sağlık personelinin psikososyal açıdan destekleyecek psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi alanında uzman personel görevlendirilmeli, şiddete maruz kalan çalışana psikososyal destek ve danışmalık verilmeli, sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimler düzenli ve etkin bir şekilde gerçekleştirilmeli, sağlık tesislerinde Beyaz Kod uygulaması etkin bir şekilde uygulanmalı, hasta ve hasta yakınlarının sağlık tesisinde sağlık hizmeti sunumundan memnun olacağı bir hizmet modeli belirlenmeli, kitle iletişim araçlarının ve medyanın sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik yayınlar yapması sağlanmalı, toplumun farkındalığını arttıracak iş ve işlemler yapılmalı, sağlık personelinin destekleyici ve koruyucu hukuki ve yönetsel düzenlemeler yapılmalı, sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik caydırıcı hukuki düzenlemeler yapılmalı ve sağlık personelinin çalışma koşullarının ve iş yoğunluğunun personeli psikososyal açıdan olumlu etkileyecek şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır.

Kaynakça

1. Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 161-173.
2. Aydın, M. (2008). Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı. Isparta-Burdur: Türk Tabipler Birliği.
3. Aytaç, S. (2011). İş Yerinde Şiddet. İstanbul: Beta Yayıncılık.
4. Büyükbayram, A., & Okçay, H. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 46-53.

5. Çamcı, O., & Kutlu, Y. (2011). Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 9-16.
6. Çatel, M. (2015). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Üniversite Hastanesi Ölçeğinde İncelenmesi. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
7. Demirci, Ş. (2018). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
8. Dillon, B. (2012). Workplace Violence: Impact, Causes and Prevention. *Work* , 15-20.
9. Dünya Sağlık Örgütü. (2017, Mayıs). Violence and Injury Prevention. Temmuz 13, 2019 tarihinde World Health Organization: <https://www.who.int/features/factfiles/violence/en/> adresinden alındı
10. Gates, D., Gillespie, G., & Succop, P. (2011). Violence Against Nurses and Its Impact on Stress and Productivity. *Nursing Economics* , 59-67.
11. İstanbul Bilgi Üniversitesi. (2019). Cinsel Şiddet. Temmuz 13, 2019 tarihinde <https://www.bilgi.edu.tr/upload/cinsel-siddet/> adresinden alındı
12. Özdemir Takak, S. (2017). Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesine Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Konusundaki Görüş ve Tutumları ile Bunlara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi.
13. Özkan, Ö., & Emiroğlu, O. (2006). Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* .
14. Parlar, S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* , 547-554.
15. Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi* , 22-1, 15-34.
16. Rew, M., & Ferns, T. (2005). A balanced approach to dealing with violence and aggression at work. *British Journal of Nursing* , 228.
17. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. (2013, Aralık). Temmuz 13, 2019 tarihinde Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması: <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf> adresinden alındı
18. Sarcan, E. (2013). Toplumun Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısı. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi.
19. Yağbasan, M., & Çakar, F. (2006). Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 609-629.
20. Yaşar, S. (2019). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Çalışanların İş Motivasyonu Üzerindeki Etkileri. Karabük: Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
21. Yıldız, A., & Kaya, M. (2009). İşyerinde Şiddet. *Toplum Hekimliği Bülteni* , 28 (3).

SAĞLIKTA TOPLUMLA İLETİŞİM YÖNTEMLERİ

Ayşen Gülçin Kara Çiğdem¹, Müberra Erkaya Tosun¹, F. Nur Baran Aksakal¹

¹Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
a.gulcin.kara@gmail.com

Giriş

Sağlık iletişimi kavramı, 1970’li yıllarda bireysel ve toplumsal olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için kişileri sağlık konularında hem bilgilendirme hem bilinçlendirme hem de onları yönlendirmek amacıyla bir disiplin olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde gündeme gelmiştir. Bu kavram üzerindeki ilk çalışma 1972’de International Communication Association (ICA) tarafından yapılmıştır(1). CDC sağlık iletişimini “sağlığı geliştirmek, kişilerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve bilgilendirmek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanımı” olarak tanımlamıştır(2).

Sağlık iletişimi, bireysel ve toplumsal sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacıyla yapılan değişikliklerin benimsenmesi ve davranış değişikliği oluşturabilmesi için bireyden, sağlık profesyonellerine, politika yapıcılara kadar birçok kesimi etkileyebilen multidisipliner bir yaklaşımdır(3). Her geçen gün giderek daha fazla ses getiren sağlık iletişimi, sağlıkla ilgili konulardaki hedef kitleye ulaşmaya, bilgi ve farkındalık düzeylerinde artış sağlamaya, bu bilgilerin davranışa dönüştürülmesi ve bununla ilgili karar süreçlerine dahil olmaya katkı sağlayarak sağlığın geliştirilmesinde anahtar bir rol oynamaktadır(4).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesindeki sürecinde önemli katkı sağlayan sağlık iletişiminde, farklı araç, metot ve stratejiler kullanarak bunların uygulanması için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Geliştirilen bu yöntemlerde halkla ilişkiler, medyada savunuculuk, sosyal pazarlama daha sık olarak kullanılmakla birlikte, medya okuryazarlığı, eğlenceli eğitim stratejisi, ortaklık geliştirme ve reklam gibi yöntemler de karşımıza çıkmaktadır(4). Bu derlemede amaç, günümüzde önemi giderek artan sağlık iletişiminin daha etkili ve verimli bir şekilde kullanılmasında yön verici olan sağlık iletişim yöntemlerinin güncel literatür doğrultusunda önemini vurgulamaktır.

Sağlık İletişimi Yöntemleri

1. Medyada Savunuculuk

Medyada savunuculuk, sosyal ve sağlıklı kamu politikalarını geliştirebilmek adına kitle iletişim araçlarının stratejik olarak kullanımı şeklinde tanımlanmaktadır(5). 1980’li yıllarda başta bir fikir olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde gelişmiş olup kavrama yönlendirilen akademik alandaki ilgi 1990’lı yılların başında ivme kazanmıştır(6). Diğer bir ifade ile “kamu sağlığı lobiciliği” şeklinde de adlandırılan medyada savunuculuk, “sosyal adalet değerinin hem bilim hem politika ile bir araya getirilmesi” adına çeşitli faaliyetlerde yer almaktadır. Medyada savunuculuk, politik, fiziksel ve sosyal çevreyi değiştirmeyi hedefleyerek mesajlarını bireylere pasif olarak yöneltmekten ziyade, onları

katılımcı bireyler olarak benimsemektedir(7). Bu şekilde de bireylerin, kendi sağlıklarını etkileyecek olan politikaların oluşumunda katılımcı olmalarını sağlamayı amaçlamaktadır(4).

Geleneksel medyadan farklı olarak bireysel odaklı olmak yerine sorun odaklı olmayı benimseyerek kamu sağlığını ön plana çıkartan medya savunuculuğu, bir mesajı iletmekten çok, sistemleri ve koşulları değiştirmek için politikaları kullanarak demokratik bir süreçte ses yükseltmeyi ifade etmektedir. Medya savunucuları, sağlık sorunu olan insanları hedef almak yerine politika yapıcılarını hedef alarak baskı yapıp onları mobilize ederek politika değişikliği için medya gücünden yararlanmaktadırlar(8). Bu bağlamda medya savunuculuğun ilk basamağını politikanın amacının belirlemek oluşturur. Daha sonraki adım ise hedef kitlenin belirlenmesidir. Mesaj oluşturmak ve konuyu çerçevelemek üçüncü basamağı oluştururken; bu oluşturulan mesajı kitlelere ileterek medyada savunuculuk planı ortaya çıkarmak dördüncü basamağı oluşturmaktadır. Son basamak ise değerlendirmenin yapılmasından meydana gelmektedir(9-10).

Medyada savunuculukta sağlıklı kamu politikaları geliştirilmesi için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır:

-Gündem yaratma; Shaw ve Mc Combs tarafından 1972’de ortaya atılmış olup kitle iletişim araçlarının haberleri, olayları sunma şekilleri ile bu olay ve haberlerin bazılarına ağırlık vererek gündemin belirlenmesini sağlama düşüncesine dayanmaktadır(11).

-Bir diğer yöntem olan yaratıcı epidemiyoloji ise hem yeni hem de var olan verilerin ve bilimsel bulguların medyanın odağına yön vermek ve bu konunun kamunun sağlığı açısından önemini açık bir şekilde ifade etmek olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; American Cancer Society’nin yayınladığı bir videoda sigaranın zararını anlaşılması için kullandığı “*Her gün bin kişi sigarayı bırakmaktadır: Ölerек. Bu da her iki dolu jumbo jetin çakılması ve hiç kurtulan olmamasına eşittir*” sloganı anlamayı kolaylaştırmaktadır(12-13).

-Çerçeveleme yöntemi ise; bir konu ya da olayın belirli bir bakış açısı ile ele alınmış belirli bir yönünün önemliliğinin belirlenmiş olan bu bakış açısıyla ile vurgulanmasına dayandırılmaktadır. Örneğin 1984’te hem Etiyopya’da hem Brezilya’da açlık sorunu varken bu yöntemin kullanılması ile medyada Etiyopya’nın daha fazla dikkat çektiği ve ilgi gördüğü gözlenmiştir(14).

Yapılan çalışmalar da medyada savunuculuğun sağlık iletişimindeki faaliyetleri ile çok sayıda kişiye ses duyurmayı sağlaması, medyadaki görünürlüğü ve dikkatleri toplamayı başarması kamu sağlığını ilgilendiren kararların alınma süreçlerinde oldukça etkin rol oynayabildiğini göstermektedir(9).

2. Halkla İlişkiler

Halkla ilişkiler karşılıklı olarak anlaşılıp gerçekleştirilmesi için ortak çıkarlar adına, kamu kuruluşlarıyla iletişim kurma sürecini ifade etmektedir(9,15). Aynı zamanda herhangi bir sağlık sorunu ile ilgili mesajların medyada var olması için gerekli çabaları da ifade etmektedir(16).

Halkla ilişkiler, iletişim faaliyetlerini temsil etmekte olup bu kavramın ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde kullanılarak daha sonra diğer ülkelere de yayıldığına inanılmaktadır. Hayatımızın

neredeyse her alanında karşımıza çıkmakla birlikte, halkla ilişkilerin yer aldığı alanlardan biri de şüphesiz ki sağlık sektörüdür. Bu açıdan bakıldığında hastalıklarla ilgili doğru bilgi vermeden, hasta memnuniyetinden, hasta haklarına kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsadığı gözlenmektedir(4,9).

Sağlık iletişimindeki eylem alanlarından olan halkla ilişkiler, pek çok sağlık iletişimindeki programın da temel bileşenidir(9).Sağlık iletişimi içinde bakıldığında, sağlıkla ilgili konularda hem doğru hem güvenilir bilgilerin yayılmasında, aynı zamanda sağlık bilincinin oluşturularak sağlıklı davranışa ikna çalışmalarında da kullanılabilir. Bu çabalarında ise reaktif değil, proaktif bir yaklaşımda olması gerekmektedir(13).

Sağlığın toplumlar için hassas bir alan olmasından dolayı sağlık sektöründe halkla ilişkiler uygulamalarını mecburi yapan bazı durumlar vardır. Bu durumlara bakıldığında sağlık sisteminin kompleks yapısı, uzmanlaşma düzeylerinin yüksekliği, tıbbi terminolojinin yoğun olarak kullanılması, hedef kitlenin bilgisizliği vb başlıca nedenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yüzden hedef kitlenin iyi tanınması ve ihtiyaç ve beklentilerinin farkında olunması, içinde bulundukları hem fiziksel hem de ruhsal durumun iyi tespit edilmesi, oluşturulacak olan mesajların içeriklerini belirlemek ve teknolojiye paralel halkla ilişkiler araçları kullanmak iletişimin başarısını olumlu yönde etkileyecektir(17-18). Sağlık sektöründeki hedef kitlenin birbirinden farklı özelliklere sahip olması, endişe, gerginlik, huzursuzluk gibi duygu değişimleri yaşaması, farklı beklentilerle ve fiziksel-psikolojik durumlarının olması halkla ilişkilerin önemini daha da arttırmaktadır(4,17,19).

Sağlık iletişimindeki halkla ilişkiler için bir diğer önemli konu da, bireyleri sağlıkla ilgili konularda eğitmek, ikna etmek için oldukça popüler yöntem olan sağlık kampanyalarıdır. Sağlık kampanyalarında kitle iletişim araçları aracılığıyla mesajların iletilmesi sağlanabilmektedir. Hedef kitleye uygun, dikkatini çekebilecek, inandırabilecek, sağlık davranışını değerlendirirken kullanacağı bir bilgiyi içerecek şekilde mesajlar seçilmelidir(9,20). Yapılan çalışmalar da geçmiş yıllarda başlatılan kampanyaların bebek ölüm hızlarında azalmaya, trafik kazalarının önlenmesinde, aile planlamasında büyük katkı sağladığını göstermektedir(21).

3. Sosyal Pazarlama

Kotler ve Zaltman'ın çalışmalarıyla bir disiplin olarak ele alınmaya başlayan sosyal pazarlama kavramı, ürün veya hizmete uygulanan pazarlama araç ve tekniklerinin fikirlerin pazarlanmasına da uygulanabileceği düşüncesiyle ortaya çıkmıştır. Bu fikir ilk olarak 1951 yılında Wiebe tarafından ortaya atılmıştır; ancak kavram olarak geliştirilmesi 1971 yılında Kotler ve Zaltman'ın çalışmalarıyla olmuştur(13). Sosyal pazarlama, *"Kişilerin, bir takım sosyal grupların ya da toplumun bütününe yararı için pazarlama ilkelerini ve tekniklerini kullanarak hedef kitlenin yeni bir davranış edinmesi, eski davranışlarını değiştirmesi ya da tümüyle bu davranışı bırakması yönünde yapılan çalışmalardır"* şeklinde tanımlanmıştır(22).

Sosyal pazarlama anlayışı ile birlikte pazarlama kavramı ticari amaçlı kullanılan bir kavram olmanın yanı sıra kâr amacı gütmeyen kurumlar için de pazarlama yöntemi olarak kullanılmaya

başlamıştır(23). Bu yönetime başvuran alanlardan biri de sağlık sektörüdür. Sağlık sektörü toplum sağlığını geliştirmek, korumak ve olumlu sağlık davranışı oluşturmak amacıyla sağlık iletişim yöntemi olarak sosyal pazarlamayı sıklıkla kullanmaktadır(24). Sağlık kurumlarında da sektörün ihtiyaçlarını karşılamak, hizmet alanların memnuniyetini sağlamak, etkili iletişim kurularak kurumsal itibar ve güven kazanmak amacıyla bu yöntem benimsenmiştir(23). Sağlık iletişiminde sosyal pazarlama teknikleri, hedef kitleyi belirlemede, mevcut durumu tespit etmede, sağlık problemlerini belirleme ve çözüm üretmede kullanılmaktadır(9).

Sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla yapılan uygulamalara örnek olarak organ bağışı, kan bağışı, üreme sağlığı ve tütün kontrol programları verilebilir. Bununla birlikte sosyal pazarlama, hastalıkların teşhis ve tedavileri ile ilgili yeni bilimsel gelişmeleri bireylere duyurmak ve çevre sağlığının korunması, doğal kaynakların doğru kullanılması gibi konularda toplumsal farkındalık ve bilinç oluşturma amacıyla da kullanılabilir(23).

4. Medya Okuryazarlığı

Günümüzde sağlıkla ilgili bilgilere erişme amacıyla kitle iletişim araçlarına sıklıkla başvurulmaktadır. Yazılı, görsel ve işitsel medyada yer alan bilgiler olumlu etki yaratabileceği gibi olumsuz bigilerin yayılmasına da sebep olabilir. Bu sebeple medya aracılığıyla iletilen sağlık bilgilerinin eleştirel bir süzgeçten geçirilmesi gerekmektedir. Medya okuryazarlığı, kişilerde bu eleştirel becerinin gelişmesinde ve dolayısıyla sağlık iletişiminde iletilmek istenen mesajların hedef kitlede doğru etkiyi oluşturmada anahtar rol oynamaktadır(4,25).

5. Eğlenceli Eğitim Stratejisi

Eğlenceli eğitim stratejisi sağlık iletişiminde kullanılan yöntemlerden biridir. Sağlıkla ilgili doğru bilgi ve davranış içeren mesajların; televizyon dizileri, radyo yayınları, dergiler gibi eğlenceli medya içerikleri aracılığıyla yayılması hedeflenir(4,16).

6. Ortaklık Geliştirme

Ortaklık geliştirme çalışmaları sağlık iletişiminde kullanılan bir diğer yöntemdir. Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve kâr amaçlı kuruluşlar sahip oldukları kaynakları ve gücü kullanarak ilgili konularda ortak hareket edip etki gücünü arttırabilirler(4,16).

7. Reklam

Sağlığı teşvik edici bilgiler reklam aracılığıyla hedef kitleye ulaştırılabilir. Bir hizmet ya da davranışla ilgili farkındalığı arttırmak amacıyla oluşturulan mesajlar ücret karşılığında medya araçlarında kamu spotları şeklinde yayınlanabilir(16).

Sonuç

Sağlık sektörü, geniş bir yelpazedeki kitleye hitap ettiği için titiz davranılması gereken alanlardan biridir. Hitap edilen kitlenin çeşitliliği ve bunun sonucunda farklı beklenti ve ihtiyaçlarının olması bu

sektördeki iletişimin önemini daha da arttırmaktadır. Mesaj verilmek istenen kitlenin ihtiyaçlarının analiz edilmesi ve mevcut durumun saptanması kullanılacak sağlık iletişimi yönteminin seçiminde önem arz etmektedir. Belirlenen amaca ulaşılması, mesajın hedef kitleye doğru bir şekilde iletilerek onları harekete geçirilebilmesi ile mümkün olacaktır. Bunları uygularken de günümüz teknoloji ve ihtiyaçlarının da göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Kaynakça

1. Rogers E. M. The field of health communication today. *American Behavioral Scientist* 1994;38:208- 11.
2. Öntaş, E. R. A. Y., and Ü. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ. "Sağlığı Geliştirme ve Medyada Halk Sağlığı Savunuculuğu." *Sağlık ve Toplum* 31.1 (2021): 23-30.
3. Schiavo, R. *Health communication: From theory to practice*. John Wiley & Sons Inc. 2007: 3
4. Şengün, Haluk. «SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM YÖNETİMİ.» *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 79.1 (2016): 38-42.
5. Wallack, L. "Media Advocacy: A Strategy for Empowering People and Communities." *Journal of Public Health Policy*, vol. 15, no. 4, 1994, pp. 420–36. *JSTOR*, <https://doi.org/10.2307/3343024>. Accessed 1 Sep. 2022
6. Macdowall, W.; Bonell, C.; Davies, M.; "Health Promotion Practice", McGraw- Hill Education, New York, 2006:125-130
7. Çınarlı, İ., "Sağlık İletişimi ve Medya", Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2008: 55-60
8. Dorfman L, Krasnow ID. Public health and media advocacy. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:293-306. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182503
9. Imik Tanyildizi, N. COVID-19 Salgını Sürecinde SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL MEDYA. 2020
10. Çınarlı, İ., "Sağlık İletişimi ve Medya", Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2008: 62-64
11. İnceoğlu, M. Tutum Algı İletişim, Ankara: Verso Yayıncılık, 1993, s.132
12. Çınarlı İ. *Sağlığın geliştirilmesine sağlık iletişimi yöntemleri Olarak Sosyal Pazarlama, Medyada Savunuculuk Ve Halkla ilişkilerin Etkisi*. Order No. 28518291 ed. Marmara Üniversitesi (Turkey); 2004, S.78
13. Çınarlı, İ. (2004). *Sağlığın geliştirilmesine sağlık iletişimi yöntemleri olarak sosyal pazarlama, medyada savunuculuk ve halkla ilişkilerin etkisi* (Order No. 28518291). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2572518881). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/sağlığın-geliştirilmesine-sağlık-iletişimi/docview/2572518881/se-2>
14. Yüksel, E. Medyanın Gündem Belirleme Gücü. 2001: 45-107
15. Tomic, Z., Lasic, D., & Tomic, T. (2010). Public Relations in Health Care. *Materia Socio-Medica*, 22(1), ss: 25-27
16. ARDIÇ ÇOBANER, A. "BİR SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYASI GELİŞTİRMEK: SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN TÜTÜN KARŞITI KAMPANYASI ÜZERİNE BİR ANALİZ." *Journal of International Social Research* 11.60 (2018).
17. Tengilimoğlu, D. Halkla İlişkiler 2001: s. 25

18. Yalım, F., Kurban S. “Sağlık İletişimi Kapsamında Özel Hastanelerde Halkla İlişkiler Uygulamalarında Sosyal Medya Kullanımı ile İçerik Yönetimi: Medical Park Hastaneler Grubu Örneği.” *Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2.2 (2014): 1-22.: 5
19. Somunoğlu S, vd. Sağlık sektöründe halkla ilişkiler ve iletişim uygulamalarına genel bir bakış. *Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi* 2013;4(1): 28-39
20. Feeley, T.H., Chen, Y. An Introduction to Health Communication, Principles Of Communication Readings In Communication, (Edt. Brian Reynolds), Hayden: McNeil Publishing. (2013): 1-12.
21. Tengilimoğlu, D. Halkla İlişkiler 2001: s. 12
22. Tengilimoğlu, D.(2011). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Ankara : Siyasal Kitapevi
23. BAYIN, G., Akbulut Y. “Sağlık sektöründe sosyal pazarlamanın kullanımı.” *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 1.1 (2012): 53-72
24. KURU Ö., and BOYRAZ E.. “Pazarlama Yönlü Sağlık İletişimi Unsurları.” *Malatya Turgut Özal Üniversitesi İşletme ve Yönetim Bilimleri Dergisi* 2.1: 134-160.
25. Bilişli, Y. “Medya ve sağlık arasındaki sınırları keşfetmek: eleştirel medya sağlığı okuryazarlığı bağlamında sağlık haberlerine yaklaşım.” *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi* 5.2 (2019): 197-219.

SARS CoV-2 İLE ENFEKTE OLAN AMATÖR FUTBOLCULARIN DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİ

Yavuz Lima¹, Nevzad Denerel²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Spor Hekimliği Bölümü, Balıkesir, Türkiye

²Doğu Akdeniz Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Spor Hekimliği Bölümü, Gazimağusa, Kıbrıs
yavuzlymma@gmail.com

SARS CoV-2 ile enfekte olmanın ruh sağlığına etkileri farklı spor gruplarında değerlendirilmiş olsa da, amatör futbolcularda SARS CoV-2 ile enfekte olmanın psikolojik etkilerini değerlendiren araştırma sayısı yetersizdir. Bu bildirinin amacı SARS CoV-2 ile enfekte olan amatör futbolcuların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini araştırmaktır.

Bu kesitsel ve online anket çalışması 08.05.2021-21.05.2021 tarihleri arasında yapıldı. Dahil edilme kriterleri: *i)* 18-38 yaş arasında olmak, *ii)* 2020-2021 futbol sezonunda amatör futbolcu olmak, *iii)* SARS CoV-2 enfeksiyonu geçirmiş olmak. Amatör futbolcuların akıllı telefonlarına Sporcu Psikolojik Gerilim Anketi (SPGA) ve Depresyon, Anksiyete ve Stres Anketi (DASS-21) gönderildi. Katılımcıların demografik verileri yüzdelere, SPGA ve DASS-21 ise anket kesme değerlerine göre analiz edildi.

Çalışmaya 93 amatör futbolcu (69 erkek, 24 kadın) katıldı. Erkeklerin 43.5%'i (n=30) 18-22, 26%'sı (n=18) 23-27, 20.3%'ü (n=14) 28-32 ve 10.2%'si (n=7) 33-38 yaş aralığında iken, bu oranlar kadınlarda sırası ile 58.3% (n=14), 25% (n=6), 12.5% (n=3) ve 4.2%'dir (n=1). Erkek sporcuların 59.4%'ü (n=41) en az yüksek şiddetli sporcu spesifik stres, 21.7%'i (n=15) en az orta şiddetli depresyon, 31.9%'u (n=22) en az orta şiddetli anksiyete ve 18.8%'i (n=13) en az orta şiddetli stres raporlarken, bu oranlar kadın sporcularda sırası ile 58.3% (n=14), 41.6% (n=10), 50% (n=12) ve 41.6%'dır (n=10).

Bulgular SARS CoV-2 ile enfekte olmanın amatör futbolcuların psikolojik durumunu olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Bu bilgiler ışığında, amatör futbolcuların mental sağlığını korumak için gerekli önlemler alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: COVID-19; Psikolojik durum; Mental sağlık; Sporcu; Spor hekimliği

SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARDA REHABİLİTASYON VE İLETİŞİM

Demet Öztürk¹, Mustafa Sarı¹, **Şerife Akyıldız¹**, Nilgün Bek¹

¹Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara, Türkiye
201430241@lhu.edu.tr

Serebral Palsi (SP); prenatal, perinatal ve postnatal dönemde, immatur beyinde oluşan bir lezyon nedeniyle ortaya çıkan, nöromusküler bir bozukluktur. Bu derleme, SP'li çocukların rehabilitasyon sürecindeki iletişim engellerini vurgulamak amacıyla hazırlandı.

SP'li çocuklarda motor bozukluğun yanı sıra işitme, konuşma, görme ve bilişsel işlev bozuklukları da sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. SP'li çocuklardaki işitme problemleri periferik nedenlere bağlı olabileceği gibi korteks etkilenimi nedeniyle de olabilmektedir. İşitme kaybı insidansı, sağlıklı yaşlıları ile kıyaslandığında, SP'li çocuklarda çok daha fazla bulunmuştur. Bunun nedenleri arasında başlıca, çocukların maruz kaldıkları enfeksiyonlar gösterilmiştir. Bu enfeksiyonlar koklear yapılarda patoloji yaratarak işitme bozukluklarına yol açmaktadır. Ayrıca, SP'li çocuklarda prematüre doğum oranı yüksektir. Bu da işitme ile ilgili sensörinöral yolların gelişme yetersizliği ile sonuçlanabilmektedir. Tüm bu faktörler nedeniyle SP'li çocuklarda iletişim bozuklukları, anormal dinleme davranışı ve anormal dil edinimi görülebilmektedir. SP, ilerleyici bir bozukluk değildir fakat kalıcıdır. Dolayısıyla SP'li çocuklar, yaşam boyu rehabilitasyona ihtiyaç duymaktadır. Rehabilitasyon hizmetinden sorumlu sağlık personeli olan fizyoterapistlerin; bilgi birikimleri, ilgi alanları ve iletişim becerileri rehabilitasyon sürecini etkileyen başlıca unsurlardır.

SP'li çocuklar; ortopedik problemler, cerrahi uygulamalar ve immobilité gibi nedenlerle sıklıkla, orta ile şiddetli düzeyde ağrı deneyimlemektedirler. Tekrarlı ağrı nedeniyle, bu çocuklarda ve bu çocukların bakım verenlerinde davranışsal ve emosyonel problemlerle karşılaşılabilir. Dolayısıyla fizyoterapistin ağrı yönetiminde, ağrı değerlendirmesini dikkatle yapması önem taşımaktadır. Fakat, ağrı gibi subjektif bir bilginin değerlendirilme süreci, işitme ve konuşma problemi olan SP'li çocuklarda oldukça zor olmaktadır. Ağrı değerlendirmesinde sözel bildirimler altın standart olarak kabul edilse de konuşamayan SP'li çocuklarda sözel olmayan ve pediatrik olgular için spesifikleşmiş ağrı değerlendirmelerinin yapılması önem taşımaktadır. Bu doğrultuda; çocuğun davranışlarının gözlemlenmesi, yüz ifadelerinin takibi, çıkardığı sesler, vücut hareketleri ve ebeveyn yorumları konuşamayan çocukların rehabilitasyon sürecinde fizyoterapistin kullanabileceği ipuçlarıdır. Çocuğa semptomlarını etkili bir şekilde iletmeyi öğretmek ve aileye sözel olmayan iletişim ile gözlem becerileriyle ilgili eğitim verilmesi rehabilitasyon sürecini olumlu etkileyecektir. Literatürde, SP'li çocuğun ailesine verilen alternatif iletişim eğitimi sonucunda, ailenin yaşam kalitesinin arttığı ve bakım deneyiminin iyileştiği gösterilmiştir. Ayrıca, fizyoterapistin çocuk ve aile ile empati kurabiliyor olması, uygulanan tedavi yöntemlerini açıklaması ve sorulan soruları yanıtlaması gibi iletişim becerilerine sahip olması, ailenin sağlık hizmetinden duyduğu memnuniyeti artırmaktadır.

Fizyoterapistin SP'li çocuklarda sağlıklı iletişimi olumsuz etkileyen faktörlerin farkında olması ve iletişim becerisinin gelişmiş olmasının; SP'li çocuğa sahip ailelerin fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlıkları üzerinde de olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir.

Etkin iletişim, fizyoterapistin ve rehabilitasyon sürecinin başarısını artıran bir faktördür. Fizyoterapistlerin bu konudaki farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin artırılmasına, bu konuda mezuniyet öncesi/ sonrasında eğitimler planlanmasına ve sonuçların raporlanmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

SİNEMADA ENGELLİ ÇOCUĞU OLAN BİR ANNENİN PSİKOLOJİSİ: CHILDREN OF THE MOUNTAIN (DAĞIN ÇOCUKLARI) FİLMİNİN İNCELENMESİ

Erkeaiym Temirbolotova¹

¹Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema-Televizyon Bölümü, Eskişehir, Türkiye
erkeaiymtem@gmail.com

Sosyolojik açıdan gerçekleştirilen araştırmalar sonucu yapılan açıklamalarda, engelli olmanın yarattığı psikolojinin aslında bireydeki eksiklikten değil, toplumsal açıdan deneyimlenen bir dışlanma durumundan kaynaklanmış olduğu belirtilmiştir (Özkar, 2020). Aynı şekilde toplumun dışlaması engelli bireyin annesinin psikolojisine de ters etkilemektedir. Bu durum annenin engelli çocuğuna olan davranışını da değiştirebilmektedir. Gana ülkesinin yönetmeni Priscilla Anani'in çektiği 'Dağın Çocukları' (Children of the Mountain) filminde de hem fiziksel hem de zihinsel engelliliği var çocuğu doğuran annenin psikolojik olarak onu kabul edememesi, alışamaması ve toplumun onu dışlaması gibi durumlar anlatılmaktadır. Çocuğun engelli olup doğmasına annenin suçlanması ve ona bakma sorumluluğunun anneye yüklenmesi ve babanın çocuğu reddetmesi ve annenin psikolojik olarak yıpranması filmde iyice gösterilmektedir.

Ana karakter Afrika köyünde yaşayan genç kadın Essuman sevgilisi ikisi bebek beklemektedir. Ancak Essuman yarık dudaklı bebek doğurmuştur. Afrika'daki gelenekselci, eğitimsiz ve fakir toplum böyle bir çocuğun doğmasını annesinin belirsiz bir kötülüğü için yaptığı için verilen ceza olarak sayarlar. Çocuğun babası onu reddederek anne-çocuğu terk eder ve başka kadınla evlenir. Toplum, engelli bebeğin annesi olduğu için kadını da dışlarlar. Kadın toplum tarafından psikolojik bir baskıya uğrar. Bebeği biraz büyüdükten sonra onun zihinsel olarak da hasta olduğu belli olur; çocukta down sendromunun bulunduğunu öğrenir. Kadın çocuğunu iyileştirebilmek için her yolunu bulmaya çalışır; fakat dolandırılır, tecavüz edilir, dışlanır ve sonucunda annesi çocuğu ölüme bırakmayı düşünür. Film boyunca dış etkilere dolaylı karakter psikolojisinin nasıl tükenmeye doğru gittiğini görebiliriz.

Günümüzde de toplum, engelli çocuğun sorumlusu olarak anneyi saymaktadır ve bunun ne kadar psikolojiye etki edebileceğini sinemada yansıtmak toplum için empati kurma yönünden yardımcı olabilmektedir. Lotman' a göre sinema dünyası insanlara gerçekliği göstermede en yakın olandır (Lotman, 2012; akt. Özkar, 2020). Geçmişten günümüze içeriklerine bakıldığında tüm filmlerin ister tarihsel olsun ister politik, kültürel ya da ekonomik, pek çok anlamların ve durumların seyirciye aktarılmasında önemli ve etkili olduğu görülür (Ryan ve Lenos 2012; akt. Özkar, 2020). Bu çalışma, sosyal hayattaki engelli çocuğun sorumluluğu sadece anneye yüklenmesi, annenin psikolojisine ne şekilde etkileyebileceğinin sinemada nasıl yansıtıldığını araştırmaktadır.

SÖZEL ŞİDDET VE KARŞILANMAMIŞ HEMŞİRELİK BAKIMI: BİR FENOMENOLOJİK ÇALIŞMA

Aysun Bayram¹, Aysel Özşaban¹, Çiğdem Torun Kılıç²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
aysnbyrm@gmail.com

Uluslararası Çalışma Örgütü sağlıkta şiddet raporuna göre, sağlık çalışanlarının yarısından fazlası şiddete maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik tehdit edici davranışlar hasta güvenliği ve sağlık bakım kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hemşirelerin maruz kaldığı şiddet türlerinde ilk sırada sözel şiddetin yer aldığı belirtilmektedir. Bu durum hemşirelerde olumsuz duygusal ve fiziksel yanıtlar ile hasta ve hemşire etkileşiminde sorunlara yol açarak karşılanmamış hemşirelik bakımına zemin hazırlayabilmektedir. Bu çalışmada; hastalar tarafından sözel şiddete maruz kalan hemşirelerin karşılanmamış bakım deneyimlerinin betimlenmesi amaçlandı.

Nitel araştırma deseninde ve fenomenolojik türde planlanan bu çalışmanın örneklemini Doğu Karadeniz Bölgesi'nde bulunan bir devlet hastanesinde yatan hasta kliniklerinde görev yapan, en az bir kez sözel şiddete uğradığını beyan eden ve çalışmaya katılmaya gönüllü 16 hemşire oluşturdu. Çalışma, Ocak-Şubat 2022 tarihleri arasında kurum izni (18/10/2021-E-44710342-929-18491) ve etik kurul onayı (09/12/2021-2021/357) alınarak gerçekleştirildi. Veriler, araştırmacılar tarafından yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin analizinde tematik analiz yöntemi kullanıldı.

Hemşirelerin karşılaştıkları sözel şiddet türleri en çok küfür (n=9), hakaret (n=9), bağırma (n=8) ve tehdit (n=8) olarak belirlendi. Çalışmanın bulguları; hemşirelerin sözel şiddete maruz kaldığında deneyimlediği duygular, sözel şiddete verilen ilk yanıt ve karşılanmamış hemşirelik bakımı deneyimleri olarak ele alındı. Sözel şiddet durumunda en çok hissedilen duygunun üzüntü, güvensizlik ve değersizlik olduğu, verdikleri ilk yanıtın görmezden gelme, kanıksama, umursamama, ortamdan uzaklaşma isteği olduğu, karşılanmamış bakım deneyimlerinin ise çoğunlukla teröpatik olmayan iletişimi kullanma, bakımı erteleme ya da bakımdan çekilme olduğu belirlendi.

Sözel şiddetin hemşirelerde olumsuz duygusal yanıtlara yol açtığı ve bu durumun hemşire-hasta etkileşimini olumsuz etkilediği belirlendi. Bununla birlikte sözel şiddetin karşılanmamış hemşirelik bakımına yol açtığı sonucuna varıldı. Hemşirelik bakım sürecinin kesintiye uğramaması için sözel şiddeti önleyici tedbirlere odaklanılması, hemşirelere sunulan idari ve hukuki desteklerin artırılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler; karşılanmamış hemşirelik bakımı, sözel şiddet, hemşire, bakım

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA NÖTROFİL LENFOSİT ORANININ ARAŞTIRILMASI

Süleyman Korkut¹

¹Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Birimi, Antalya, Türkiye
dr.korkut@hotmail.com

Psikiyatrik hastalıklar içerisinde hastalık süreci ve işlevsellik kaybının ciddiyeti açısından bakıldığında, şizofreni en önemli hastalıkların başında gelmektedir. Şizofreni, henüz etiyolojisi tam olarak bilinmeyen ve ciddi psikososyal kayıplara yol açan bir halk sağlığı sorunudur. Şizofreni kronik, karmaşık ve çok faktörlü bir zihinsel bozukluktur. Şizofreni etyopatogenezinde inflamatuvar mekanizmaların önemli rol oynadığı ile ilgili giderek artan sayıda kanıtlar vardır. Nötrofil-lenfosit oranı (NLO), sistemik inflamatuvar yanıtın yeni ve kolay ulaşılabilir bir belirteci olarak gösterilmektedir. Bu bilgiler ışığında bu çalışmada, şizofreni hastalarında NLO düzeylerinin sağlıklı kontroller ile karşılaştırmalı olarak araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nden takipli 42 şizofreni hastası ve psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 35 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Çalışma, 15 Haziran- 15 Ağustos 2022 tarihleri arasında kesitsel tasarımda yapılmıştır. Her katılımcıdan venöz kan örnekleri hemogram tüplerine alındı. Alınan kanlar biyokimya laboratuvarında çalışıldı. Tam kan sayımından elde edilen nötrofil ve lenfosit değerlerinin oranlanması ile nötrofil/lenfosit oranı elde edildi.

Hasta grubunda ortalama yaş 41.44 ± 12.56 yıl, kontrol grubunda ortalama yaş 37.85 ± 10.38 yıl olarak bulundu. Gruplar arasında ortalama yaş açısından anlamlı farklılık yoktu ($p < 0.05$). Hasta grubunda kadın/erkek oranı 23/19, kontrol grubunda ise 19/16 olarak bulundu. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık yoktu ($p < 0.05$). Diğer taraftan, şizofreni hastalarında ortalama NLO düzeyi 2.78 ± 1.25 , sağlıklı kontrollerde ise 1.79 ± 0.82 olarak bulundu. İki grup arasında ortalama NLO düzeyi açısından anlamlı farklılık vardı ($p < 0.001$).

Şizofreni hastalarında NLO düzeyi sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olarak bulundu. Bu sonuç inflamatuvar sürecin şizofrenideki etkisini açıkça göstermektedir. Çalışma şizofrenide NLO inflamatuvar belirteç düzeylerinin artışı göstermesi bakımından önemlidir. Bu alanda yapılacak daha kapsamlı çalışmalar, bulgularımızın bilimsel geçerliliğini artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Nötrofil Lenfosit Oranı, İnflamatuvar belirteç

TELE-NÖRO: NÖROLOJİ HASTALARININ TAKİP VE TEDAVİSİ İÇİN BİR TELEREHABİLİTASYON SİSTEMİ

Osman Şakir Kapar¹, M. Erdem İsenkul², Yonca Zenginler Yazgan³, Ela Tarakcı³, Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu⁴, Murat Kürtüncü⁵

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği Bölümü, İstanbul, Türkiye

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁴Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁵İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

osmansakir.kapar@ogr.iuc.edu.tr

Özet

Günümüzde gelişen dünyada nörolojik hastalıklara bağlı özürlülük giderek artmaktadır. Nörolojik hastalığa bağlı olarak günlük yaşamları olumsuz etkilenen insanlara uygulanan fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamaları ile hastaların semptomları kontrol altına alınarak günlük yaşamlarında fiziksel aktivite fonksiyonları da kazanımlar sağlanmaktadır. Bu tedaviler ile hastaların yaşam kalitesi ve sosyal hayata katılımları artmakta böylece fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerden desteklenmiş olmaktadır. Günümüzde hızla gelişen teknoloji ile rehabilitasyon uygulamaları da değişmekte ve gelişmektedir. Son yıllarda yayımlanan ve yapılan çalışmalarda tele rehabilitasyon sistemleri ile yapılan egzersiz uygulamalarının hastaların tedaviye uyumunu ve katılımını arttırdığı ve standart rehabilitasyon uygulamaları kadar etkin olduğu bildirilmektedir. Hastaların maddi ve manevi sorunları nedeni ile hastaneye ortamına ulaşip alamadıkları tedavileri tele rehabilitasyon sistemi sayesinde onlara ulaştırmak, ihtiyaç duydukları rehabilitasyon hizmetini almalarına kolaylık sağlamaktadır. Bu sistemlerin yurtdışı uygulamalarında birçok farklı örneklerine rastlanmaktadır ancak ülkemizde bu hasta gruplarına özgü, Türkçe altyapı desteği sunan tele rehabilitasyon sistemi örnekleri ve erişebilirliği oldukça sınırlıdır.

Geliştirilen sistemin amacı kişisel ve çevresel sebepler ile fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine erişim zorluğu yaşayan kronik nörolojik hastalıklara sahip bireylerin değerlendirme, takip ve ihtiyaçlarına yönelik planlanan egzersizleri hastane ortamı dışında evlerinde kolayca uygulamalarına imkân sağlayan tele rehabilitasyon sisteminin geliştirilmesi ve etkinliğinin incelenmesidir.

Anahtar Kelimeler: E-Sağlık, Telesağlık, Teletıp, Sağlık İletişimi, Web Tabanlı Sistemler, Nörolojik Rehabilitasyon, Nöro rehabilitasyon, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, İnme Rehabilitasyonu, Multipl Skleroz, Parkinson Hastalığı, İnme, Veri Saklama

Abstract

Nowadays, disability due to neurological diseases is increasing in the world. With regular the physiotherapy and rehabilitation applications applied to people whose daily lives are adversely

affected due to neurological disease, the symptoms of the patients are controlled and physical activity functions are gained in their daily lives. With these treatments, the quality of life of the patients' and their participation in social life increase, thus they are supported physically, socially and psychologically. Today, rehabilitation practices are changing and developing with the rapidly developing technology. In studies published and conducted in recent years, it has been reported that exercise practices with tele-rehabilitation systems increase patients' compliance and participation in treatment and are as effective as standard rehabilitation practices. Thanks to the tele-rehabilitation system, it is easier for the patients to receive the rehabilitation service they need by delivering the treatments that they cannot take from the hospital environment due to their financial and moral problems. There are many different examples of these systems in the foreign, but any accessibility of tele-rehabilitation systems that are specific to these patient groups and offer Turkish infrastructure support are quite limited in our country.

The aim of the developed system is to develop and detect the efficiency of a tele-rehabilitation system which is used to assess, follow and design home-based rehabilitation program among individuals with chronic neurological diseases who have difficulty in participating in physiotherapy and rehabilitation services because of personal or environmental reasons.

Keywords: E-Health, Telehealth, Telemedicine, Health Communication, Web Based Systems, Neurologic Rehabilitation, Neurorehabilitation, Physical Therapy and Rehabilitation, Stroke Rehabilitation, Multiple Sclerosis, Parkinson's Disease, Stroke, Data Storage

Giriş

Ülkemizde ve dünyada nörolojik hastalıklar ve bunlara bağlı hastalıklar giderek artmaktadır. Hastalıkların semptomlarına ve özürlülük seviyesine etkileri neden ile nörolojik hastalığa sahip bireylerin düzenli olarak uzmanlar tarafından kontrol edilen bir fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti almaları gerekmektedir (Melnick, 2016) ancak bu tedavilerin maliyetleri sağlık harcamalarında oldukça önemli bir yer tutmaktadır (Agostini vd., 2015). Hastalar rehabilitasyon hizmetlerini, hastanelerde yatarak veya ayaktan, rehabilitasyon merkezlerinde ayaktan ya da evde bakım hizmetleriyle kendi evlerinde alabilmektedirler. Son yıllarda gelişen teknoloji ile birlikte tele rehabilitasyon hizmetleri de yaygınlaşmaya başlamıştır. Hastaların rehabilitasyon hizmeti aldığı yere ulaşım zorlukları yaşaması, refakatçi bulamama, işten izin alamama, yoğun hastanelerde rehabilitasyon hizmetine başlayabilmek için uzun bekleme sürelerinin olması, sağlık kuruluşuna ulaşmak için harcanan zaman ve maliyet kaybı gibi birçok kişisel ve çevresel sorunlar nedeni ile tele rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç giderek artmaktadır. Son yıllarda yaşanan COVID-19 pandemisi, kronik nörolojik hastalığa sahip bireylerin ihtiyaç duydukları rehabilitasyon hizmetine kolay bir şekilde ulaşamamalarına neden olmuş, hastaların fiziksel aktivite düzeyleri ve mobilizasyon becerileri etkilenmiştir (Fallon, 2020). Bu durum sonrasında da hastaların fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine erişimlerinin düzenli olmasını sağlayabilmek ve semptomlarını kontrol altına alabilmek amacıyla tele rehabilitasyon sistemlerine duyulan ihtiyaç daha da artmıştır.

Tele rehabilitasyon (TR), telekomünikasyon teknolojisi kullanılarak rehabilitasyon hizmetlerine uzaktan erişim sağlanmasıdır. TR maliyetleri azaltmak, erişilebilirliği artırmak ve hastanın bağımsızlığını korumak için umut verici bir yöntem olarak günümüz teknolojisi ile beraber ortaya çıkmış bir gelişimdir. TR, sağlayıcıların tedaviyi uzaktan yönetmesine olanak vererek yetersiz hizmet alanlarına erişimi potansiyel olarak artırmaktadır (Knepley vd., 2020). Nörolojik rehabilitasyonda TR hizmetleri, hastaların değerlendirilmesi, takibi ve ihtiyaçlarına yönelik oluşturulan rehabilitasyon programları ile uzun süreli tedaviye imkân sunarken, tedavi maliyetinin azaltılmasına da ve kişilere maddi olarak katkı sağlayabilmektedir (Agostini vd. 2015). Ayrıca, evde etkin rehabilitasyon, kronik hastalıkları olan bu kişilerin hastalık yönetimini günlük sosyal yaşamlarıyla birleştirmesine olanak tanımaktadır (Isernia vd. 2019).

Tele-Nöro Rehabilitasyon Sistemi

“Tele” Yunanca ’da uzaktan anlamına gelmektedir (Yıldırım, 2021). Tele-tıp, sağlık hizmetlerinin elektronik iletişim sistemleriyle uzak mesafelere taşınmasıdır. Tele-tıp terimi, günümüzde daha kapsayıcı bir ifade olan “tele-sağlık” ismini almıştır (Akıncı, vd., 2015). Tele-tıbbın dallarından biri olan tele rehabilitasyon (TR), bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için teknolojik araçlar kullanılarak fizyoterapistler tarafından rehabilitasyon hizmetlerinin uzaktan verilmesidir (Ceylan, 2021). TR uygulamaları hastaların değerlendirilmesi, tedavi edilmesi ve takip edilmesine olanak sağlamaktadır. Son yıllarda hızla gelişen teknoloji sayesinde mobil cihaz tabanlı sağlık hizmetleri ortaya çıkmış, yüz yüze tedavi yöntemlerine alternatif ve maliyeti düşük rehabilitasyon uygulamaları geliştirilmeye başlanmıştır (Divyani, vd., 2020 & Seidler, vd. 2017). TR, yüz yüze sağlık hizmetine ulaşamayan kişiler için etkili, uygulanabilir ve sürdürülebilir bir yöntemdir (Ceylan, 2021).

TeleNöroRehab Sistemi Nedir

TÜBİTAK tarafından desteklenmekte olan “Tele-Nöro Rehabilitasyon Sisteminin Geliştirilmesi ve Uygulanması: Sağlıkta Dijital Dönüşüm Örneği (Proje No:120S843)” başlıklı proje kapsamında geliştirilmiş olan bu tele rehabilitasyon sistemi, nörolojik tanı almış olan kronik dönemdeki hastaların uzaktan değerlendirilmesine ve egzersiz programları verilerek takip edilmesine imkân veren Türkçe dil desteği olan Türkiye’de geliştirilmiş kapsamlı ilk sistemdir.

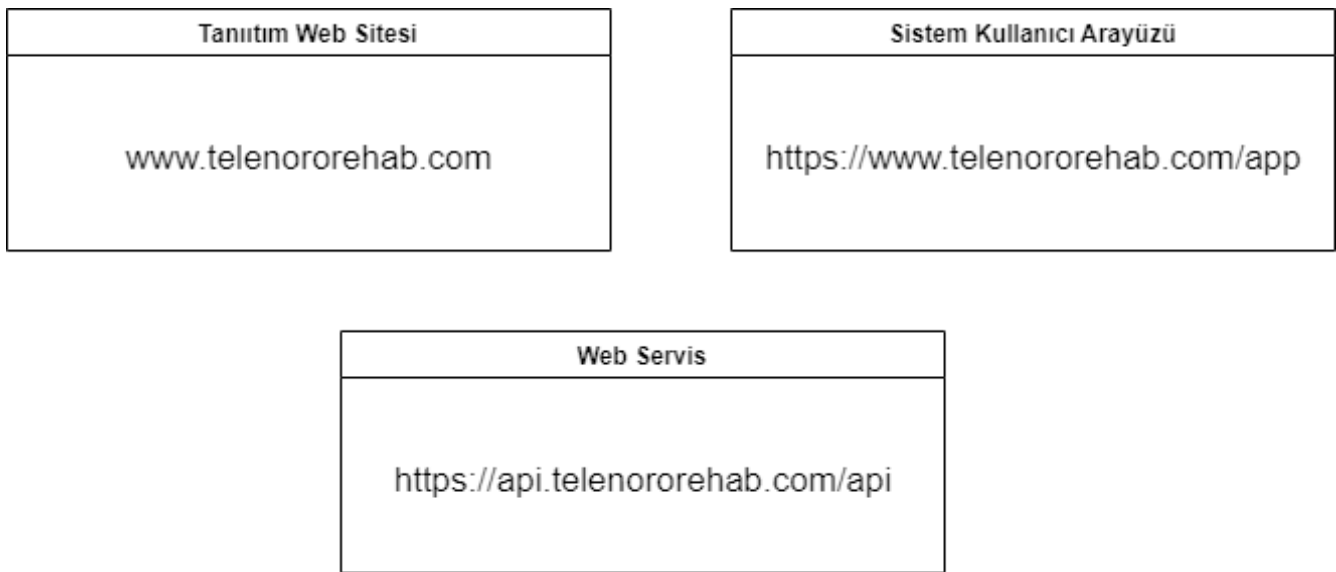
Yöntem

Tele rehabilitasyon sisteminin kodlaması ve tasarımı web sitesi aracılığıyla tüm cihazlardan kolayca erişilebilecek şekilde yapılmıştır. Üç arayüzden oluşan sistemin uzman arayüzünde fizyoterapistler tarafından hazırlanmış egzersiz videoları sisteme yüklenebilir, hasta listesine ve hastaların geri bildirimlerine ulaşılabilir, çeşitli ve hastalara özgü rehabilitasyon programları hazırlanabilir ve güncellenebilecek şekilde tasarlanmıştır. Hasta arayüzünde hasta kendi bilgilerine ve problemine özel olarak hazırlanmış rehabilitasyon programına ulaşabilecek ve ihtiyaç duyduğunda devam eden programı hakkında iletişim kurabilmesini sağlayacak bir panel bulunmaktadır. Yönetici arayüzünde ise aynı anda farklı kurumlardan uzmanlar ekleme, bilgi düzenleme, egzersiz havuzu oluşturma gibi birçok adımın üst düzey kontrolü sağlanabilmektedir.

1.1. TeleNöroRehab Teknolojik Mimarisi

TeleNöroRehab sistemi bir web uygulamasıdır ve 3 farklı web uygulamasından oluşmaktadır. (Şekil 1)

1. Kurumsal (Tanıtım) Web Sitesi
2. TeleNöroRehab Web Uygulaması Kullanıcı Arayüzü
3. TeleNöroRehab Web Servis Uygulaması



Şekil 1. TeleNöroRehab sisteminin teknolojik alt yapısı

1.1.1. Kurumsal (Tanıtım) Web Sitesi

Kurumsal (Tanıtım) Web Sitesi, kullanıcılara sistem hakkında bilgi vermek, paydaşları tanıtmak, iletişim bilgilerini gibi kullanıcılara birincil elden bilgilendirmek amacı ile yapılmış web tabanlı tüm cihazlardan kolayca ulaşılabilen bir statik web sitesidir. Bu statik web sitesi Grunt ve Node.js yazılımları kullanılarak statik olarak HTML, CSS ve JavaScript araçları ile yapılmıştır.

Adres: www.telenororehab.com

1.1.1.1. Grunt Nedir

Grunt, küçültme, derleme, birim testi ve linting gibi sık görevleri otomatik olarak gerçekleştirmek için kullanılan bir araç olan JavaScript görev çalıştırıcısıdır. Bir dosyada tanımlanan özel görevleri çalıştırmak için bir komut satırı arabirimi kullanır. Grunt, Ben Alman tarafından Node.js ile geliştirilmiştir.

1.1.1.2. Node.js Nedir

Node.js, açık kaynaklı bir araç olarak, genelde sunucu tarafında çalışan ve ağ bağlantılı uygulamalar

için geliştirilmiş bir çalıştırma ortamıdır. Node.js uygulamaları genelde istemci tarafı betik dili olan JavaScript kullanılarak geliştirilir.

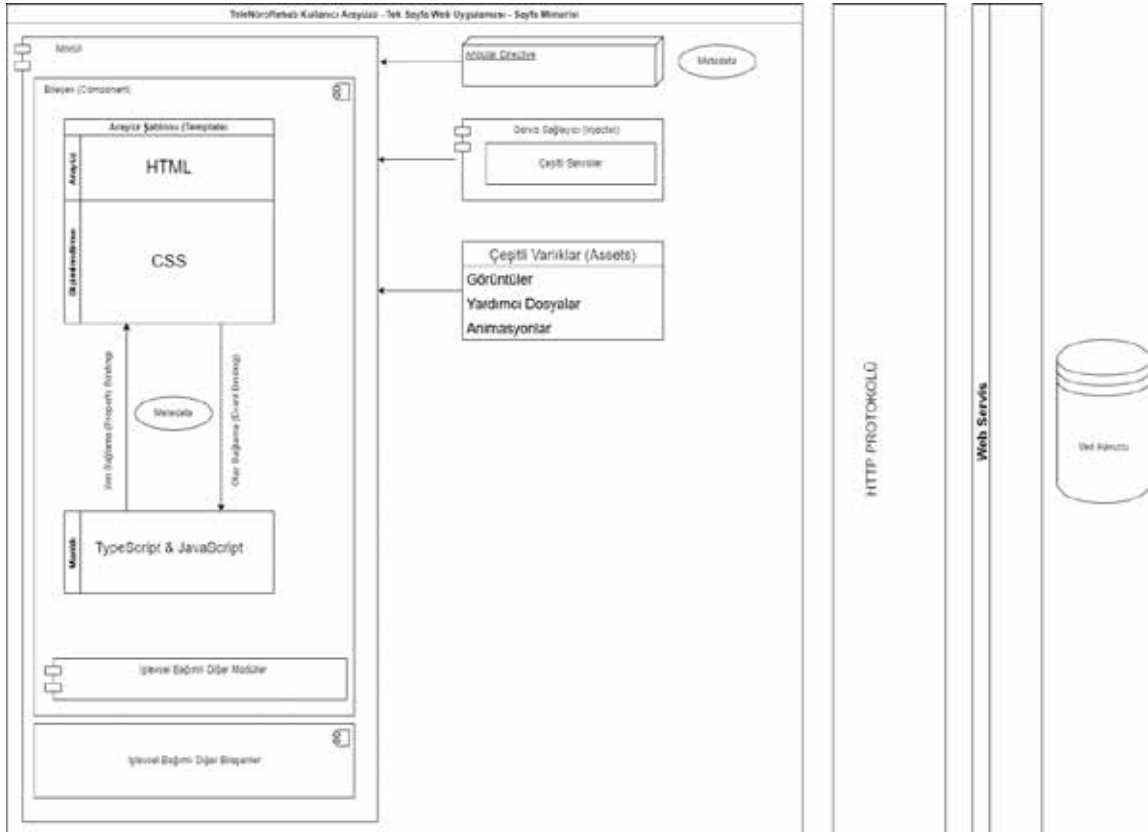
1.1.2. Kullanıcı Arayüzü Web Uygulaması

Kullanıcı arayüzü, çeşitli kullanıcıların tele rehabilitasyon sistemini kullanabilmeleri için hazırlanmış bir web uygulamasıdır. Bu web uygulaması üzerinden;

- Hastalar, tele olarak rehabilitasyon hizmeti alabilir, uzman fizyoterapistler ile mesaj ya da görüntülü olarak iletişime geçebilir, kendilerine özgü hazırlanmış video ya da broşür tabanlı eğitimler topluluğu ile tedavi hizmeti alabilir.
- Fizyoterapistler, çeşitli hastalıklara yönelik video ya da broşür yükleyebilir, hastalara özgü programlar oluşturabilir, hastalar ile bire bir iletişim geçip hastaların etkinlikleri ile ilgili verilere erişebilir, analiz edebilir, raporlamalar yapabilirler.

Adres: www.telenororehab.com/app

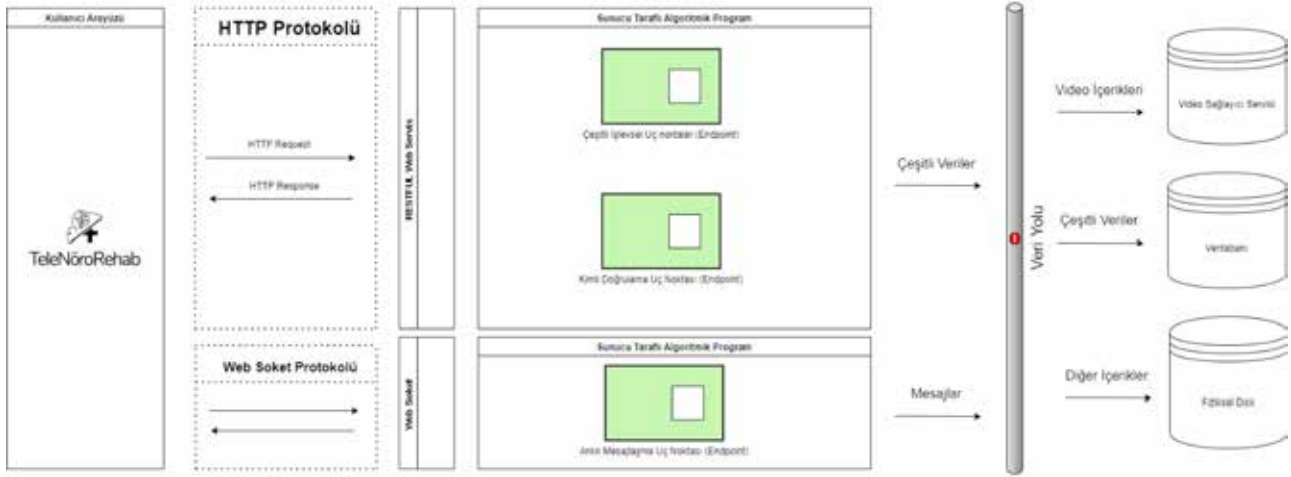
Kullanıcı Arayüzü Web Uygulaması, Tek Sayfa Web Uygulaması teknolojik alt yapısında bulunan Google tarafından açık kaynaklı olarak geliştirilen Angular yazılım çerçevesi (Framework) ile HTML, CSS, JavaScript ve TypeScript ile geliştirilmiştir. Şekil 2’de Angular ile geliştirilen bir sayfanın çalışma mimarisi gösterilmiştir.



Şekil 2. Bir Arayüz sayfasının çalışma mimarisi

1.1.3. Web Servis

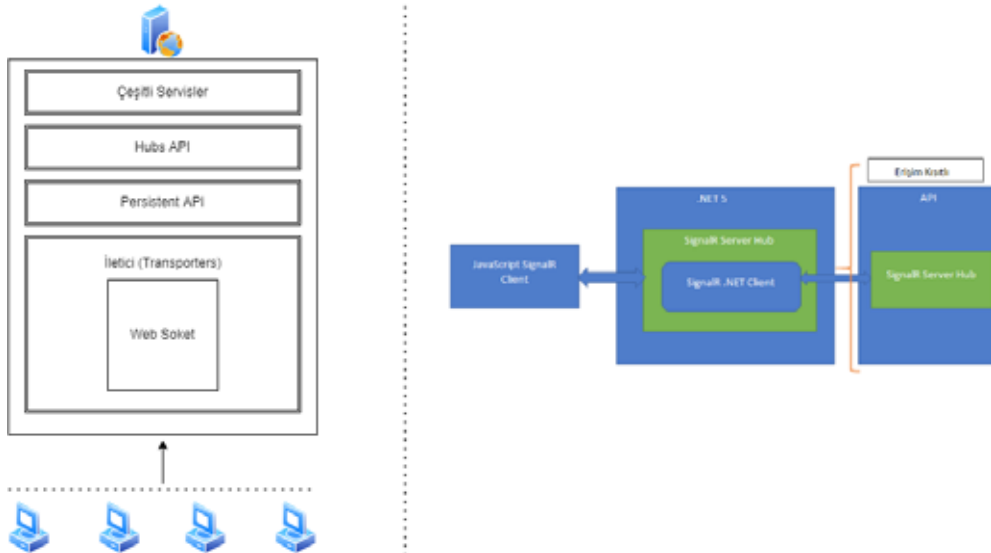
Web servis bölümü kullanıcı arayüzünün ihtiyaç duyduğu mantıksal ve verisel işlemlerin gerçekleştirilmesini sağlayan sunucu tarafında çalıştırılan algoritmik programdır. Bu program web protokolleri ile güvenli şekilde mantıksal işlemleri yapıp verileri kullanıcı arayüzüne iletir. Web servis uygulaması günümüzün yaygın ve güncel teknolojileri kullanarak işlemlerini gerçekleştirmektedir. Belirtilen uygulamanın teknolojik alt yapısı özet olarak Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3. TeleNöroRehab Web Servis teknolojik alt yapısı özetini

Web Servisin teknolojik alt yapısı Microsoft tarafından açık kaynaklı olarak geliştirilen günümüzde kullanımı giderek yaygınlaşan platform bağımsız .NET 5 yazılım çerçevesi ile geliştirilmiştir. Web Servis uygulaması .NET 5 ile Rest web servisleri ile veri aktarımı sağlamaktadır.

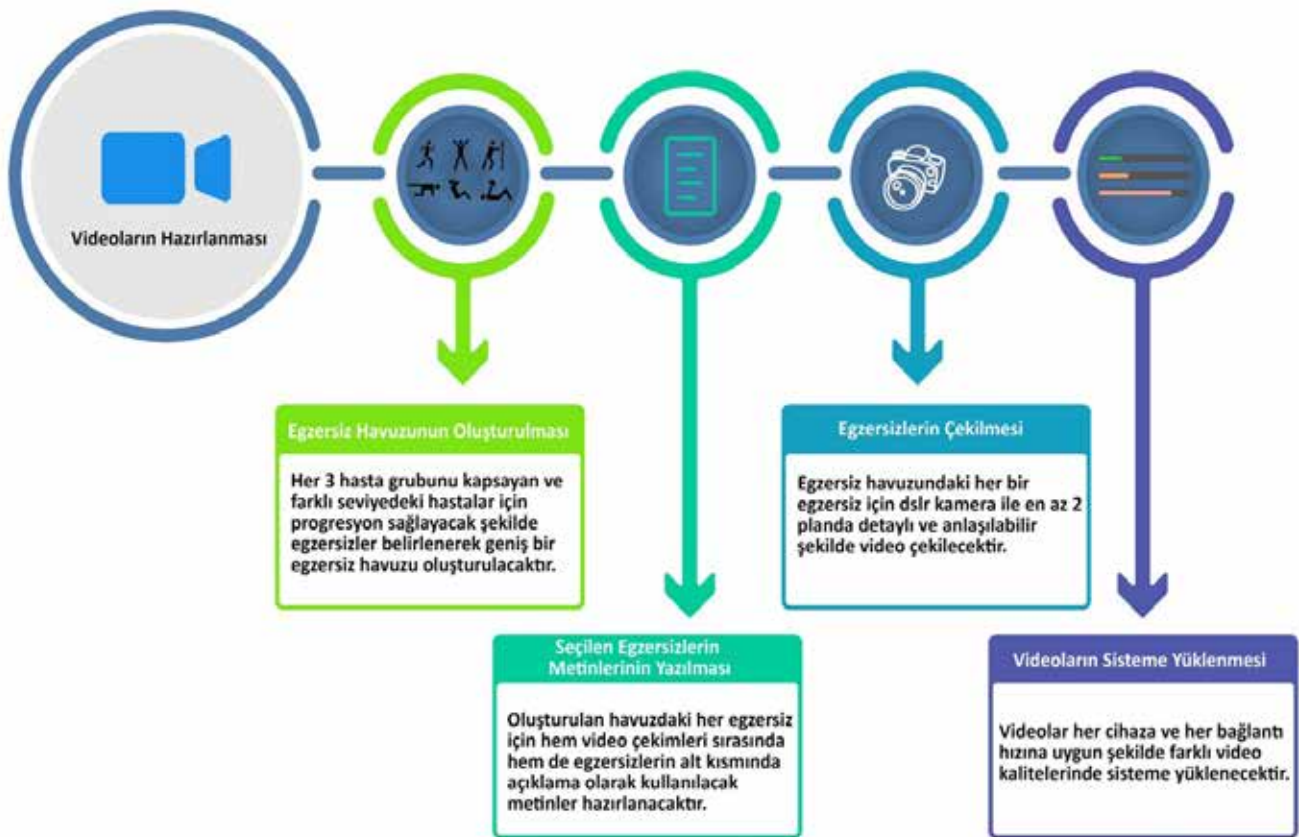
Proje içerisinde yer alan anlık mesajlama uygulaması tamamen tarafımızca .NET 5 ve gerçek zamanlı uygulamalar geliştirmek için yazılmış açık kaynak kodlu bir .NET kütüphanesi olan SignalR ile geliştirilmiştir. SignalR çalışma mimarisi özet olarak Şekil 4'te resmedilmiştir.



Şekil 4. SignalR çalışma mantığı

1.2. TeleNöroRehab Sisteminde Yer Alan/Alacak Egzersiz Videoların Hazırlanması ve İçerikleri

Tele rehabilitasyon sisteminde yer alan veya alacak videolar en az 2 farklı plandan çekilmiştir. Çekimden önce hazırlanan egzersiz içeriklerinin metni, egzersizleri gösteren veya videoyu çeken kişi veya kişilerce çekim sırasında okunup kayıt alınmıştır. Farklı seviyedeki hastalar için geniş bir egzersiz havuzu oluşturulmuştur. Oluşturulan havuzdaki egzersizler teker teker çekilip sisteme yüklenerek hastanın durumuna göre ihtiyaç duyulan egzersizin seçilebilmesine olanak sağlanacak şekilde tasarlanmıştır. Çekilen videolar sisteme video sağlayıcı ile farklı video kalitelerinde yüklenerek her bağlantı hızına uygun olması sağlanacaktır. Her hastanın durumuna uygun içerik ve sayıda seçilmiş olan egzersiz videosu, sistemde yer alan hasta panelinde uygun sırayla kesintisiz olarak oynatılarak yüz yüze rehabilitasyon ile benzer bir hizmet sağlanmış olacaktır. Videoların hazırlanması ile ilgili aşamalar Şekil 5'te özetlenmiştir.



Şekil 5. Telerehabilitasyon sisteminde yer alan/alacak egzersiz videolarının hazırlanma aşamaları

Sonuç

Proje ile hastaların ihtiyaç duydukları rehabilitasyon hizmetlerine evlerinden kolayca ulaşabileceği, uzmanlar tarafından hasta değerlendirme, takip ve tedavilerinin sürdürebileceği bir tele rehabilitasyon sistemi hayata geçirilmiştir. Uzman fizyoterapistler tarafından hazırlanan egzersizler sisteme yüklenmiş gerekli ayarlamalar yapılmıştır. Sistem Kasım 2021 tarihinde erişime açılmış olup Mart 2022 tarihinde hastaların erişimine açılmıştır. Tablo 1’de belirtilen veriler sistemin Eylül 2022 tarihi itibari ile sistemde yer alan veri sayılarını belirtmektedir.

Kullanıcı Sayısı	106
Editor/Uzman sayısı	5
Hasta Sayısı	101
Egzersiz Video İçerik Sayısı	359
Hastalara Özgü Hazırlanmış Program Sayısı	184
Hastalara Özgü Hazırlanmış Broşür Sayısı	141

Tablo 1. TeleNöroRehab sisteminde yer alan veri bilgisi

TeleNöroRehab Sistemi, nörolojik hastalıklar içinde toplumda en sık görülen inme, multipl skleroz ve parkinson hastalığına sahip bireylere hitap etmektedir. Web tabanlı bu sistemin kolay tasarımı sayesinde her yaş grubundan hastalar sistemi rahatlıkla kullanabilecekleri şekilde tasarlanmıştır. Geliştirilen sistem, web sitesi aracılığıyla tüm cihazlardan kolayca erişilebilecek şekilde geliştirilmiştir. Hastalar, internet olan her yerden (bilgisayar, tablet, telefon) rahatça ulaşılabilir. Hastalar sistemdeki video ve bilgilendirme içeriklerine tekrar tekrar ve istenilen zamanda ulaşabilir ve görüntülü değerlendirme yapılmasına imkân vererek, istenildiği zaman hastaların evlerinden durumları hakkında objektif veriler sunabilmesini sağlar. Hastaların ihtiyaç duymaları halinde fizyoterapistlere/fizik tedavi ekibine anlık olarak mesaj veya görüntülü görüşme ile ulaşabilmesini sağlar. Hastaların aklına takılan soruları hekimine veya fizyoterapistine danışarak rehabilitasyon süresince tam destek sağlanmasına imkân verir. Bireyselleştirilmiş eğitim programı ile uzmanlar tarafından hastaların semptomlarına göre tanımlanabilmesine olanak sağlamaktadır.

Bilgilendirme: Belirtilen proje “Tele-Nöro Rehabilitasyon Sisteminin Geliştirilmesi ve Uygulanması: Sağlıkta Dijital Dönüşüm Örneği (Proje No:120S843)” ile TÜBİTAK tarafından desteklenmektedir.

Referanslar

1. Melnick, S. 2016. “Physiotherapy and clinical approaches–An overview”, European Journal of Physical Education and Sport Science, 1(1)
2. Agostini, M., Moja, L., Banzi, R., Pisotti, V., Tonin, P., Venneri, A., Turolla, A. 2015. “Telerehabilitation and recovery of motor function: a systematic review and meta-analysis”, Journal of Telemedicine and Telecare, 21(4), 202-213.

3. Fallon, K. 2020. "Exercise in the time of COVID-19", Australian Journal of General Practice, 49.
4. Knepley, K. D., Mao, J. Z., Wiczorek, P., Okoye, F. O., Jain, A. P., Harel, N. Y. 2020. "Impact of Telerehabilitation for Stroke-Related Deficits" Telemedicine and e-Health.
5. Isernia, S., Pagliari, C., Jonsdottir, J., Castiglioni, C., Gindri, P., Gramigna, C., Baglio, F. 2019. "Efficiency and Patient-Reported Outcome Measures from clinic to home: The Human Empowerment Aging and Disability program for digital-health rehabilitation", Frontiers in Neurology, 10, 1206.
6. Yıldırım, Ş. 2021. Telerehabilitasyon., Türkiye Klinikleri.
7. Akıncı, B., Zenginler, Y. 2015. Tele-rehabilitasyon., Türkiye Klinikleri J Physiother Rehabil Special Topics, 1(1), 14-21.
8. Ceylan, A., 2021. COVID-19 Süreci ve Fizyoterapide Telerehabilitasyon Uygulamaları: Derleme, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(3), 617-627.
9. Divyani, G., Rajinder, K. 2020. Teleneurorehabilitation for Parkinson's Disease: A Panacea for the Times to Come?, Annals of Indian Academy of Neurology, 23(5).
10. Seidler, K. J., Duncan, R. P., McNeely, M. E., Hackney, M. E., Earhart, G. M. 2017. "Feasibility and preliminary efficacy of a telerehabilitation approach to group adapted tango instruction for people with Parkinson disease", Journal of telemedicine and telecare, 23(8), 740-746.

TELESAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Gökçe Hazar Otçu¹, Sevgi Canbaz¹

¹*İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

gh.otcu@istanbul.edu.tr

16 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi olarak kabul edilen Covid-19'un, sağlık sistemleri ve sağlık hizmetinin sunumu üzerinde kaçınılmaz etkileri olmuştur. Birçok ülkede sağlık hizmet sunumunda Covid-19'a yönelik tanı ve tedavi hizmetleri önceliklendirilmiş, bu durum başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere birçok alanın geri planda kalmasına sebep olmuştur. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) hizmetleri de, Covid-19 pandemisinden etkilenen başlıca alanlardan birisidir. CSÜS alanında çalışan personelin Covid-19'a yönelik hizmetlerde görevlendirilmesi, polikliniklerin kapatılması, aile planlamasına yönelik malzeme temininde yaşanan sorunlar, kaynakların Covid-19 pandemisine yönlendirilmesi, sokağa çıkma yasakları ve seyahat kısıtlamaları gibi pek çok uygulama, kişilerin CSÜS hizmetlerine ulaşımını aksatmıştır. Oysa DSÖ pandemi sürecinde CSÜS hizmetlerini, Covid-19 yanıtında yüksek öncelikli temel bir sağlık hizmeti olarak sınıflandırmıştır {Todd-Gher J, 2020 #7}{Todd-Gher J, 2020 #7}{Todd-Gher J, 2020 #7}{Todd-Gher J, 2020 #7}{Todd-Gher J, 2020 #7}{Todd-Gher J, 2020 #7}. (1)

Çevrim içi, telefon ya da başka bir iletişim yöntemi ile sağlık hizmetinin uzaktan sağlanmasına tele sağlık denilmektedir. Tele sağlık uygulamaları kişilerin sağlık kuruluşlarına gitmeden hizmete erişimini sağlayabildiği için, Covid-19 sürecinde birçok alanda daha sık kullanılmaya başlanmıştır. CSÜS hizmetleri, tele sağlık hizmetlerinin kullanılabildiği alanlardan birisidir. Bu metinde teknolojinin ilerlemesiyle birlikte giderek hayatımıza daha çok dâhil olan e- sağlık hizmetlerinden tele sağlığın, CSÜS hizmetleri alanındaki kullanımından bahsedilmesi amaçlanmaktadır. (2)

E-Sağlık

E-Sağlık, sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla sağlık kuruluşu, sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları tarafından kullanılan, sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık kuruluşunun iş süreçlerini etkileyen; internet uygulamaları ve internetle ilgili teknolojiler olarak tanımlanmaktadır. Bu amaçla kullanılan mobil sağlık, tele sağlık, dijital ortamdaki hasta verileri ve hasta verilerinin kaydedilip depolanması için kullanılan tüm programlar e-sağlık tanımlamasının içine girmektedir. (3)

E-sağlık hizmetleri, sağlık hizmet sunucularına hastaya hastanın sağlık kuruluşuna erişim imkânı yokken, ulaşma imkânını sunmaktadır. Aynı zamanda diğer meslektaşları ile bağlantı kurarak, farklı görüş ve öneriler doğrultusunda karar verebilmesini sağlamaktadır. Bireylere internet üzerinden sağlık hizmetine erişmesini kolaylaştırmakta aynı zamanda kişisel sağlık durumu ile ilgili çeşitli bilgilere ulaşabilmesini mümkün kılmaktadır. Sağlık sistemi yöneticileri için de, verilerin tümüne hakim olarak doğru değerlendirme planlama ve müdahalelerin yapılabilmesini kolaylaştırmaktadır. (4)

Mobil sağlık

Mobil sağlık kısaca M-Sağlık; akıllı cep telefonları ve bazı diğer kablosuz cihazların GPRS (Genel Paket Radyo Hizmeti) çeşitli telekomünikasyon sistemlerini, GPS (konum belirleme), Bluetooth gibi işlev ve uygulamaları kullanarak sağlık hizmetinin sunumunda kullanılan araçlar olarak tanımlanmaktadır (5).

M-Sağlık uygulamaları başta akıllı telefonlar olmak üzere birçok teknolojik cihazda kişilerin günlük sağlık verilerinin takibi, bu verilerin iyileştirilmesi amacıyla örneğin uyku, beslenme ve su içme konularında çeşitli öneri uyarıları veren uygulamaların geliştirilmesi ya da yapılan egzersizlerin kaydedilmesi bazen de kalorilerinin hesaplanması amacıyla kullanılmaktadır. (3)

Telesağlık

Telesağlık bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık hizmetine ulaşmakta zorlanan kişilere bu hizmetin çeşitli teknolojik araçlar kullanılarak sunulmasıdır (6). Telesağlık DSÖ tarafından da, “mesafenin kısıtlayıcı bir faktör olduğu durumlarda, tanı ve tedavi uygulamaları dışında hastalıklardan ve yaralanmalardan korunma; araştırma, değerlendirme ve sağlık alanındaki eğitimlerde, halk sağlığını geliştirme amacıyla bilgi alışverişi için, sağlık profesyonelleri tarafından, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak sağlık hizmeti sunumu” olarak tanımlanmaktadır(5). Aynı zamanda teletıp sağlık hizmetlerine planlama, veri toplama ya da eğitim amacıyla da kullanılabilir(7).

Telesağlık temel olarak bilginin uzaktan izlenmesinde, kontrolünde, depolanmasında, kişilerle paylaşılmasında ve etkileşimli hale getirilmesinde kullanılmaktadır. Bunun için de hizmeti sunacak kişilere, hizmete uygun yazılıma ve bunlara uygun iletişim altyapısına ihtiyaç duymaktadır. (8)

Günümüzde çok sık ve farklı alanlarda kullanılmaya başlayan teletıbbın uygun kullanımı konusunda, American College of Physicians (ACP) hekimler için kanıta dayalı kılavuzlar ve klinik rehberlik geliştirmeye ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. Teletıp hizmetlerinin yaygınlaşmasından önce çözülmesi gereken örgütsel, etik, yasal, tasarım temelli konular olduğunu belirtmektedir. (8)

Tele-sağlık (tele-health) daha çok sağlık hizmetine erişimde mekânsal odaklanarak hastaların ve hizmet sağlayıcıların mesafelere göre ayrılmış olarak sağlık hizmetlerinin sunulması olarak ifade edilebilir. Teletıp (telemedicine) kavramı ise sağlık hizmetlerini ve bilgileri bir yerden diğerine sunmak için bilgi teknolojisinin kullanımı olarak tanımlanmıştır ve tıbbi bakım sunumu, konsültasyon, teşhisler ve tedavi ile hastaların ve personelin eğitimini içermektedir.(9)

Teletıp uygulamalarının olumlu bir etkisi olarak hastaların hastaneye transferi ve tıbbi bakım maliyetlerini azaltması, sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırması, hastaların kırsal veya uzak bölgelerden çeşitli hekimlere ve uzmanlara erişimini artırması, hastane ortamında ve bekleme alanlarında çeşitli enfeksiyon ajanlarına maruziyeti azalttığına dair görüşler vardır. (8)

Teletıp uygulamaları bir yandan birçok faydasıyla gündeme gelirken; diğer yandan bazı olumsuzlukları da ortaya çıkarabilmektedir. Öncelikle hastaların hekimlerini yüz yüze ziyaretlerini azaltarak bazı

semptomların kaybolmasına, gözden kaçmasına sebep olabilir. Ayrıca bu uygulamalar teknik açıdan yetenek ve teknolojiye erişim gerektirmektedir. Teletıp uygulamaları göreceli olarak sağlık sistemlerine yeni dâhil olan bir hizmet olduğu için, sağlık sigortası/sosyal güvenlik kapsamında olmayabileceği unutulmamalıdır. Teletıp uygulamalarının her sağlık sorununda kullanılması uygun olmayabilir. Teşhisi daha önce konulmuş hastalıkların izleminde ve tedavisinde yararlı olsa da, yeni semptomlar yaşayan hastaların bir hekime görünmesi gerekmektedir. Semptomların fizik muayene sırasında daha kolay değerlendirileceği unutulmamalıdır. Ayrıca acil bir sağlık sorunu gelişen hastalar her zaman acil müdahale ekiplerine yönelmelidir. Son olarak bu uygulamaların herhangi bir zamanda siber tehditler altında kalabileceği de göz önünde bulundurulmalı, yazılım ve işletim sistemleri kurulurken gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. (8)

Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Tele Sağlık Uygulamalarının Kullanımı

Amerika’da Eylül 2020- Kasım 2020 tarihleri arasında 1063 klinisyenle yapılan bir kesitsel online anket çalışmasında, pandemi öncesi ve sonrası dönemdeki aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetleri karşılaştırılmıştır. Çalışmada pandemi sürecinde teletıp tabanlı üreme sağlığı hizmetlerine, ilk başvurular ve kontrol görüşmeleri için başvuruların arttığı görülmüştür. Mail order ya da kargo ile kontrasepsiyon ürünlerine olan talep artmıştır. Yüz yüze klinisyen görüşmesi olmadan reçete edilen kontraseptif ilaçlar pandemi öncesinde %16,0 iken, bu oran pandemide %35,0’e yükselmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin üçte biri, hastalarının teletıp hizmetlerine erişimde teknik zorluklar yaşadığını belirtmiştir.(10)

Yüksek doğum oranlarına sahip olan Uganda’da(%30,0), aile planlaması hizmetlerinin sunulmasında çeşitli zorluklar yaşanmaktadır. Bu amaçla kişilerin modern kontrasepsiyon yöntemleri ile ilgili bilgilendirme mesajları aldığı bir kohort çalışması planlanmıştır. Çalışmaya 450’si erkek olmak üzere, toplam 551 kişinin katılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda SMS aracılığı ile yapılan bilgilendirmelerin, eşlerin aile planlaması konusunda birbirleri ile daha kolay iletişim kurmalarını sağladığı görülmüştür. (11)

Kontraseptif bakım hizmetlerini sunan 546 kişi ile yapılan başka bir çalışmada, kliniklerin %85,0’inde teletıp hizmetlerinin sunulduğu belirtilmiştir. Pandemiden önce teletıp hizmetlerini öneren kişilerin oranı yalnızca %14,0’tür. Bu çalışmada teletıp uygulamalarının yüz yüze yapılan kontraseptif danışmanlık görüşmelerine erişmekte sorun yaşayan kişiler için yararlı olabileceğine dikkat çekilmiştir. Aynı zamanda Covid-19 pandemisinde okulların kapanmasının, okullardaki danışmanlık merkezlerine adolesanların erişimini zorlaştırdığını; bu zorluğun aşılmasında teletıp uygulamalarının kolaylaştırıcı olduğu belirtilmiştir. Ancak teletıp hizmetlerindeki kişisel ilişkilerin, iletişimin yüz yüze olan görüşmelere göre daha zayıf kaldığını vurgulamışlardır. Ayrıca kişilerin mobil cihazlara sahip olma durumlarının, hatta bu cihazlara sahip olsalar bile internet bağlantıları, ses ve görüntü iletimini sağlayacak ek özelliklerinin gerekliliği ve dil bariyerinin de teletıp uygulamalarının kullanımını etkileyen faktörler olduklarını belirtmişlerdir.(12)

Sahra altı Afrika bölgesiyle ilgili yapılan bir sistematik derleme çalışmasında, M-sağlık uygulamalarının

adolesanların cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine erişiminin etkisini artırdığını ve geliştirdiği görülmüştür. İki yönlü etkileşime izin veren M-sağlık uygulamalarının daha yüksek oranda davranış değişikliği sağladığı ve adolesanların CSÜS hizmet alımlarını artırdığı tespit edilmiştir. Ayrıca M-sağlık uygulamalarının HIV proflaksisine uyumda ve anti retroviral tedaviye devamlılığı artırmada etkili olabileceğini gösteren çalışmalar da vardır.(13)

Amerika’da yapılan yarı yapılandırılmış görüşmelerden oluşan niteliksel bir araştırmada, medikal abortus uygulamalarında teletıp hizmeti kullanan klinisyenlerle görüşülmüştür. Bu çalışmaya göre; teletıp medikal abortus uygulamaları 5 aşamada toplanmıştır. Bunlar hasta katılımı, üreme sağlığı hizmetleri konusundaki danışmanlık, ödeme, medikal abortus ürünlerinin kullanımı ve uygulama sonrası kontrol danışmanlığıdır. Çalışmanın sonucunda yüz yüze verilmesi kolay olmayan ve klinisyen erişimi sınırlı olan olgularda, medikal abortus teletıp hizmetlerinin başarısı ortaya konularak, bu hizmetlerin teletıp uygulamalarıyla da sunulabileceği ifade edilmiştir(14).

Yine Amerika’da 907 kişiyle yapılan kesitsel bir çalışmada Covid-19 pandemisinde üreme sağlığı alanında hizmet sunan kliniklerin %20,0’sinin kapandığı belirtilmiştir. Pandemi sürecinde CSÜS hizmetlerine erişimin zorlaştığını söyleyenlerin oranı %65,0’tir. Pandemi öncesinde çalışanların yalnızca %11,0’i bu alandaki teletıp hizmetlerini hastalara önerirken, bu oran pandemi sırasında %79,0’a çıkmıştır.(15)

İskoçya 2020 yılında Covid-19 pandemisi sürecinde 12 haftadan kısa süreli gebeliği olan kadınlarda evde medikal abortus uygulamalarının, teletıp uygulamaları ile sunulmasına izin vermiştir. Bu prosedürde, gebelere bir klinisyen tarafından telefon ile bir danışmanlık verilmekte ve rutin ultrason kontrolü uygulanmamaktadır. Uygulamaların sonuçlarını değerlendirmek amacıyla, bu uygulamaları kullanan kadınlar ile bir prospektif kohort çalışması yapılmıştır. Bu çalışmaya göre uygulamayı kullananların %98,0’i 10 haftadan daha kısa bir gebelik süresine sahiptir. Medikal abortus hizmeti sonrasında başvuran kadınların %98,0’inde tamamlanmış abortus gerçekleşmiştir. Sadece bir kadın gebe olmadığı halde medikal abortus işlemini uygulamış, iki hastada ise kanama olmuştur. Evde medikal abortus işlemini kendi kendine uygulayan kadınlardan 123’ü endişelerinden dolayı telefonla danışmanlık alma ihtiyacı duymuş ve 56 kadın işlem sonrası kontrol için bir kliniğe başvurmuştu. 628 kadın (%98,0) hizmeti kullanılabilir olarak değerlendirmiştir.(16)

Abortusun pandemi öncesi dönemde de bazı kısıtlamalarla serbest olduğu İtalya’da; online abortus hizmet sunucularından birisi pandemi öncesi ve sonrası hizmet sunduğu kişilerin verilerini analiz etmiştir. Covid-19 pandemisi öncesi 347, Covid-19 pandemisi sırasında 390 olmak üzere, hizmet başvurusu yapan toplam 778 kişinin verileri değerlendirilmiştir. Bu analizlerde, Covid-19 pandemisinin teletıp medikal abortus hizmetlerine talebi artırdığı görülmüştür. Teletıp medikal abortus hizmetlerinin en sık kullanılma sebebi gizlilik ihtiyacıdır. Covid-19 pandemisine yönelik katı kısıtlamalar uygulayan İtalya’da ulaşımın kısıtlanması veya sağlık kurumlarına uzaklık, kişilerin ultrason ile gebelik kontrol yaptıramamasına sebep olmuştur. Ultrason ile gebelik kontrolü yaptırmamış kişilerin Covid-19 pandemisinin teletıp uygulamalarına yönelmelerine sebep olması

arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca kişilerin teletıp medikal abortus uygulamalarına erişim sebepleri arasında ücretler, damgalanma korkusu, uzaklık, çocuk bakımı ile meşgul olma, okula ya da işe gitme, partner ya da aileden abortus yaptıracağını gizleme isteği de yer almaktadır. (17)

Teletıp medikal abortus uygulamalarının hizmet sunucuları açısından durumunu değerlendirmek amacıyla yapılan bir niteliksel çalışmada, toplam 16 sağlık çalışanı ile yüz yüze ya da telefon ile görüşülmüştür. Yapılan tematik analizde öne çıkan temalardan biri; teletıp aracılığı ile medikal abortus hizmetlerine erişimin, aile içi şiddet mağdurlarının bilgilerinin gizliliği konusunda, kişilerin güvenliğini sağlama konusunda daha başarılı olabileceğidir. Ayrıca evinde, kendini rahat ve güvende hissettiği bir ortamda önceden kendisine iletilmiş materyalleri okumuş ya da izlemiş kişilerin danışmanlıklarının daha verimli geçtiği belirtilmiştir.(18)

Yine İskoçya’da uygulamayı kullanmış 20 kadın ile yarı yapılandırılmış telefon görüşmeleriyle yapılan niteliksel bir çalışmada; teletıp ile medikal abortus hizmetlerine erişimin, sağlık hizmetlerine mesafe ya da iş yoğunluğu gibi sebeplerden dolayı erişmekte zorlanan hastalar için kolaylaştırıcı olduğu; ultrason taraması yaptırmamış kişilerin de medikal abortusa erişimlerini kolaylaştırdığı tespit edilmiştir.(19)

Kapsamlı CSÜS hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması için elzemdir ve teletıp hizmeti seçenekleri etkili, verimli ve çoğu durumda tercih edilen bir bakım sunumu mekanizması sunmaktadır. Pandemi döneminde bu hizmetlerin sunumunda yaşanan zorlukları aşmada, teletıp hizmetleri bir çıkış yolu sunmaktadır. Ancak teletıp uygulamalarının kullanımı için uygun teknolojik araçların, mobil servislerin, internet bağlantısının ve görsel ya da işitsel danışmanlık için ek araçların gerekebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

- 1- Todd-Gher J, Shah PK. Abortion in the context of COVID-19: a human rights imperative. *Sex Reprod Health Matters*. 2020;28(1):1758394. doi:10.1080/26410397.2020.1758394
- 2- Louis L, Frankel A, Ayub A, Williamson T, Hanes A, Evans ML. Reproductive Health and Coronavirus Disease 2019-Induced Economic Contracture: Lessons From the Great Recession. *Clin Ther*. 2022;44(6):914-921. doi:10.1016/j.clinthera.2022.04.006
- 3- Demirci Ş. Sağlıkın Dijitalleşmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.2018; 10(26):710-721.
- 4- Asi YM, Williams C. The role of digital health in making progress toward Sustainable Development Goal (SDG) 3 in conflict-affected populations. *Int J Med Inform*. 2018;114:114-120. doi:10.1016/j.ijmedinf.2017.11.003
- 5- World Health Organization. (2013). mHealth: new horizons for health through mobile technologies. *Global Observatory for eHealth series, Vol. 3, 2011. In*.
- 6- Roine R, Ohinmaa A, Hailey D. Assessing telemedicine: a systematic review of the literature. *CMAJ*. 2001;165(6):765-771.

- 7- Hersh WR, Hickam DH, Severance SM, Dana TL, Pyle Krages K, Helfand M. Diagnosis, access and outcomes: Update of a systematic review of telemedicine services. *J Telemed Telecare*. 2006;12 Suppl 2:S3-S31. doi:10.1258/135763306778393117
- 8- Kutsal YG. Teletıp. Kutsal YG, Aslan D (Eds). Teletıp, Yaşlılık ve Teletıp Uygulamaları. Türk Geriatri Derneği. 2021. s. 1-16.
- 9- Weeks RV. A Technology Perspective of Healthcare Services Management. *Acta Commercil*. 12: 173-185.
- 10- Zapata LB, Curtis KM, Steiner RJ, et al. COVID-19 and family planning service delivery: Findings from a survey of U.S. physicians. *Prev Med*. 2021;150:106664. doi:10.1016/j.ypmed.2021.106664
- 11- Kamulegeya LH, Bwanika J, Banonya J, et al. Feasibility and Acceptability of a Ugandan Telehealth Engagement Platform for Informational Messaging on Modern Contraception: Pilot Cross-sectional Study. *JMIR Form Res*. 2022;6(6):e34424. Published 2022 Jun 28. doi:10.2196/34424
- 12- Rao L, Comfort AB, Dojiri SS, et al. Telehealth for Contraceptive Services During the COVID-19 Pandemic: Provider Perspectives [published online ahead of print, 2022 May 17]. *Womens Health Issues*. 2022;S1049-3867(22)00050-0. doi:10.1016/j.whi.2022.05.001
- 13- Onukwugha FI, Smith L, Kaseje D, et al. The effectiveness and characteristics of mHealth interventions to increase adolescent's use of Sexual and Reproductive Health services in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *PLoS One*. 2022;17(1):e0261973. Published 2022 Jan 21. doi:10.1371/journal.pone.0261973
- 14- Fiastro AE, Sanan S, Jacob-Files E, et al. Remote Delivery in Reproductive Health Care: Operation of Direct-to-Patient Telehealth Medication Abortion Services in Diverse Settings. *Ann Fam Med*. 2022;20(4):336-342. doi:10.1370/afm.2821
- 15- Comfort AB, Rao L, Goodman S. *et al*. Assessing differences in contraceptive provision through telemedicine among reproductive health providers during the COVID-19 pandemic in the United States. *Reprod Health* **19**, 99 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01388-9>
- 16- Reynolds-Wright JJ, Johnstone A, McCabe K, Evans E, Cameron S. Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: a prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sex Reprod Health* 2021;47:246–251. doi:10.1136/bmjsexrh-2020-200976
- 17- Brandell K, Vanbenschoten H., Parachini M, Gomperts R, Gemzell-Danielsson K. Telemedicine as an alternative way to access abortion in Italy and characteristics of requests during the COVID-19. *BMJ Sexual&Reproductive Health* 2021. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 2021, p. bmjsrh-2021-201281.
- 18- Reynolds-Wright JJ, Boydell N, Cameron S, Harden J. A qualitative study of abortion care providers' perspectives on telemedicine medical abortion provision in the context of COVID-19. *BMJ Sexual&Reproductive Health*. 2022;48:199–204. doi:10.1136/bmjsexrh-2021-201309.
- 19- Boydell N, Reynolds-Wright JJ, Cameron ST, Harden J. Women's experiences of a telemedicine abortion service (up to 12 weeks) implemented during the coronavirus (COVID-19) pandemic: a qualitative evaluation. *BJOG*. 2021;128(11):1752-1761. doi:10.1111/1471-0528.16813

THE EFFECTS OF QUERCETIN, ROSMARINIC ACID AND COMBINATION OF THESE TWO ON METHOTREXATE INDUCED LUNG INJURY IN RATS

Tenzile Beyza Durmuş¹, Semanur Işık¹, Engin Yenilmez¹

¹Karadeniz Technical University, Faculty Of Medicine, Department of Histology and Embryology, Trabzon, Turkey
dr.byzdrms@gmail.com

Methotrexate is a dihydrofolate reductase inhibitor widely used in the treatment of various cancers and inflammatory diseases.(1). Hematopoietic suppression, hepatotoxicity, and lung toxicity are the most important life-threatening side effects (2). Quercetin(QCT) is a powerful antioxidant that prevents oxidative damage and cell death by scavenging oxygen radicals(3,4). It has anti-inflammatory effects(5). Rosmarinic acid(RA) is natural phenolic compound(6). It has antioxidant and anti-inflammatory effects(7). In this study, it was aimed to compare the effects of QCT, RA and combination of these two against lung damage that may occur due to MTX use.

40 male Sprague Dawley rats were divided into 5 groups. Control group; no intervention was made. MTX group; on the fifth day of the experiment, a single dose of MTX(30mg/kg) was administered intraperitoneally(8). MTX+QCT group; from the first day of the experiment, 30mg/kg QCT was administered by oral gavage for 7 consecutive days, and 30mg/kg MTX was administered intraperitoneally on the fifth day(9). MTX+RA group; from the first day of the experiment, 30mg/kg RA was administered for 7 consecutive days by oral gavage and on the fifth day 30mg/kg MTX was administered intraperitoneally(10). MTX+QCT+RA group; from the first day of the experiment, 15mg/kg QCT and 15mg/kg RA administered for 7 consecutive days by oral gavage and on the fifth day 30mg/kg MTX was administered intraperitoneally. At the end of the study, lung tissues were removed from the rats. Taken histological sections were stained with hematoxylin and eosin, Masson's trichrome stains. Histopathological evaluations were made by semiquantitative scoring (0:none-mild, 1:moderate, 2:intense). Kruskal-Wallis variance analysis (the Mann-Whitney U test with Bonferroni correction as post hoc) was used to compare the groups. P-values lower than 0.05 were considered to be statistically significant.

It was observed that the lung tissue in the control group had normal structure. In the MTX group; bronchial epithelial disruption, goblet cell hyperplasia, intraalveolar septal thickening, increased histiocyte, hemorrhage, inflammatory cell infiltration were observed. In the MTX+QCT group, pathological findings were considerably reduced. Although the pathological findings were significantly reduced in the MTX+RA group, it showed less effect than the MTX+QCT group. In MTX+QCT+RA group pathological findings slightly decreased.

It was concluded that QCT and RA may be effective in preventing lung injury caused by MTX. QCT may be more effective than both RA and QCT+RA. We recommend that new studies can be carried out with different doses and durations.

References:

1. Wang, Y., Zhao, T. T., Zhao, H. Y., & Wang, H. (2018). Melatonin protects methotrexate-induced testicular injury in rats. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 22(21), 7517-7525.
2. Kalemci, S., Akpınar, O., Dere, Y., Sarıhan, A., Zeybek, A., & Tanrıverdi, Ö. (2018). Efficacy of clarithromycin as a protective agent in the methotrexate-induced pulmonary fibrosis model. *Kardiochirurgia i torakochirurgia polska = Polish journal of cardio-thoracic surgery*, 15(4), 209-212
3. Samova, S., Patel, C. N., Doctor, H., Pandya, H. A., & Verma, R. J. (2018). The effect of bisphenol A on testicular steroidogenesis and its amelioration by quercetin: an in vivo and in silico approach. *Toxicology research*, 7(1), 22-31.
4. Bu, T. L., Jia, Y. D., Lin, J. X., Mi, Y. L., & Zhang, C. Q. (2012). Alleviative effect of quercetin on germ cells intoxicated by 3-methyl-4-nitrophenol from diesel exhaust particles. *Journal of Zhejiang University SCIENCE B*, 13(4), 318-326.
5. Ranawat, P., Kaushik, G., Saikia, U. N., Pathak, C. M., & Khanduja, K. L. (2013). Quercetin impairs the reproductive potential of male mice. *Andrologia*, 45(1), 56-65.
6. Ciftci, O., Cetin, A., Aydin, M., Kaya, K., & Oguz, F. (2014). Fish oil, contained in eicosapentaenoic acid and docosahexaenoic acid, attenuates testicular and spermatological damage induced by cisplatin in rats. *Andrologia*, 46(10), 1161-1168.
7. Koşar, M., Göger, F., & Can Başer, K. H. (2008). In vitro antioxidant properties and phenolic composition of *Salvia virgata* Jacq. from Turkey. *Journal of agricultural and food chemistry*, 56(7), 2369-2374.
8. Sun J, Sugiyama A, Inoue S, Takeuchi T, Furukawa S. Effect of methotrexate on neuroepithelium in the rat fetal brain. *J Vet Med Sci*. 2014 Mar;76(3):347-54. doi: 10.1292/jvms.13-0457. Epub 2013 Nov 8. PMID: 24200895; PMCID: PMC4013360.
9. Zhao L, Zhang Q, Ma W, Tian F, Shen H, Zhou M. A combination of quercetin and resveratrol reduces obesity in high-fat diet-fed rats by modulation of gut microbiota. *Food Funct*. 2017 Dec 13;8(12):4644-4656. doi: 10.1039/c7fo01383c. PMID: 29152632.
10. Hasanein P, Mohammad Zaheri L. Effects of rosmarinic acid on an experimental model of painful diabetic neuropathy in rats. *Pharm Biol*. 2014 Nov;52(11):1398-402. doi: 10.3109/13880209.2014.894090. Epub 2014 Jul 15. PMID: 25026351.

THE RISK OF HOOKAH SMOKING AND SHARING HOOKAH PIPE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Aicha Adam Al-Nour Gassim¹, Nimetcan Mehmet², Egemen Ünal², Salih Mollahaliloğlu²

¹Ankara Yıldırım Beyazıt University, Institute of Public Health, Health Policy and Global Health Department, Ankara, Turkey

²Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Public Health Department, Ankara, Turkey

acha_noor@dentistry.cu.edu.eg

Smoking hookah also called hookah, nargile, or water pipe, is a common practice all over the world. Hookah smoke contains dangerous chemicals that affect the respiratory system and weaken the lungs, exposing the body to the risks of viruses, bacterial infections, tuberculosis, fungi and other diseases, as well as the risks of transmitting the COVID-19 to others. The aim of the study is assessing people awareness of the risks of hookah use during the COVID-19 pandemic and the risks of sharing hookah pipes and their impact on the spread of COVID-19 in Saudia Arabia.

A cross-sectional study was conducted on adults above 18 years of age in Saudi Arabia. The data was collected through Google form via social media, email and WhatsApp between March 1, and March 8, 2022. The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version. 26. Various tests such as frequencies and percentages of categorical variables, cross tables, Chi-square, ANOVA, and t-test were used to analyze the data. P-value $\leq$ 0.05 is considered a significant value.

A total of 490 people participated the mean age was 35.3 ± 18.7 and most of the participants were men (72%) and the educational level of the majority was high (69.5% University level and higher). More than half of the participants said they know the content of hookah (55.1%). Hookah smokers were 34.6% of the male participants and 29.9% of the female. 27.1% of Saudi participants (n=255) smoke hookah while 40% of non-Saudi participants (n=235) smoke hookah (P=0.002). 39.4% of participants thought that hookah smoking is not less addictive than smoking cigarettes. And 16.3% thought the toxic substances in the smoke are filtered by the water in the hookah. The result showed that 22.7% were sharing hookah with others before the outbreak of the COVID-19 pandemic, and it is reduced to (8.4%) after the outbreak of the COVID-19 pandemic (P<0.001).

Low level of awareness of the risks of hookah use during the pandemic and the risks of sharing hookah pipes and their impact on the spread of COVID-19 in the study group.

Keyword: Hookah, Risk, COVID-19, Pandemic, Smoking, Sharing, Hookah Pipe, Saudi, Non-Saudi

TIBBİ HATANIN AÇIKLANMASINDA ÖZÜR DİLEME: DURUM ÇALIŞMASI

Selda Yıldız¹, Vahide Korkmaz²

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Eskişehir, Türkiye

²Afyonkarahisar Emirdağ Devlet Hastanesi, Afyonkarahisar, Türkiye

selda.yildiz@ogu.edu.tr

Tıbbi hatalar tıp etiği açısından açıklanması gereken durumlardır. Sağlık çalışanları ve hastalar açısından genel kabul gören görüş de bu hataların açıklanması yönündedir. Bu açıklamada en uygun yol özür dilemektir. Özür dileme ve tıbbi hataların açık ifşasına ilişkin tutumlar kültürler arasında farklılık gösterebilir. Kültürel tutumumuz göz önüne alındığında, başarısızlığı başkalarına atfetmeye yönelik güçlü eğilimimiz, kriz halinde özür dileme ve hatayı kabul etmede pek de istekli olmamamıza neden olmaktadır.

Hekimler açısından özür dileme yoluyla açıklama yapmak, pişmanlığın ifade edilmesi hatanın kabul edilmesi olarak görülebileceğinden zorlaşabilmektedir. Hasta açısından ise kendisinden özür dilenmesi olağan dışı ve fırsata çevrilmesi gereken bir duruma dönüşebilmektedir.

Bu araştırmanın amacı, cerrahi branşta tecrübeli bir hekimin deneyimlerinden yola çıkarak hekimlerin, tıbbi hataların açık ifşasında özür dileme yolunu tercih etmelerindeki engelleri tanımlamaktır.

Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı durum çalışması yöntemi kullanılmıştır. Bu kapsamda, 15.08.2022 tarihinde, bir kamu hastanesinin üroloji kliniğinde görev yapan, geçmişte tıbbi hata yapmış olup hastadan özür dilemiş olan bir gönüllü hekim ile yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan hekim yanlış taraf cerrahisi yaparak sol üretere Double J stent takmıştır. Ameliyat sonrası hastanın söylemleri ve sorumlu hemşirenin hastayla birlikte ameliyathaneye yanlış hastanın bilgisayarlı tomografi sonucunu gönderdiğini itiraf etmesi sonucunda yapılan tıbbi hata anlaşılmıştır. Hekim yapılan işlemi uygun bir dille açıklayarak “Üzgünüm, özür dilerim. Bu işlem sizde herhangi bir hasara neden olmayacak. İsterseniz lokal müdahale odasında ya da ameliyathane ortamında birkaç dakikalık küçük bir müdahale ile kateteri çıkartabiliriz.” ifadelerini kullanmıştır.

Yapılan görüşmenin ardından bulgular 1. Özür dilemeyi etkileyen faktörler; 2. Özür dileme süreci; 3. Özür dileme sonucunda oluşan etkiler olmak üzere üç tema altında değerlendirilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre hekimin tıbbi hatayı özür dileyerek ifşa etmesini etkileyen en önemli faktör sahip olduğu ahlaki duygular ile meslek etiğine bağlı oluşudur. Hekim özür dileme sürecinde yapılan tıbbi hatayı hastanın anlayacağı dilde açıklamıştır. Hekimin tıbbi hata kapsamında özür

dilemesi günlük hayattakine kıyasla yaşadığı duygusal stres ve oluşturduğu sonuçlar bakımından daha ağır olmuştur.

Hekimin özür dileyerek tıbbi hatayı ifşa etmesinin ardından hasta bu durumu maddi fırsata çevirmeye çalışmıştır. Kurumun özür dilemeye yönelik teşvik edici bir politikasının olmaması ve yargılayıcı tutumu hekimin kendisini yalnız ve dışlanmış hissetmesine neden olmuştur. Hekim, bu tecrübeden sonra özür dilemeye yönelik tutumunun olumsuz etkilendiğini düşünmektedir. Özür dileme sonrasında kurulan yeni hekim-hasta ilişkisi sorunlu bir hal almıştır.

Sonuç olarak tıbbi hata sonrasında hekim-hasta iletişimi ve özür dileme ile ilgili olarak kurum politikalarının, hekimi ve diğer sağlık çalışanlarını teşvik edici ve destekleyici yönde geliştirilmesi gerekmektedir.

TIP EĞİTİMİNDE SİNEMAYI KULLANMAK ÜZERİNE YENİDEN DÜŞÜNMEK

Çağla Okyar¹, Yeşim Şenol², Gülşah Seydaoğlu³

¹Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

²Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

³Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

caglaongunn@gmail.com

Genel olarak sağlık hizmeti sunucuları ve özel olarak hekimler hakkındaki filmler, halkın bu mesleklere yönelik görüşlerini, beklentilerini ve tutumlarını etkileyebilmektedir. Sinema; popülerliği, erişilebilirliği ve dönüştürebilme etkisi nedeniyle kitleler-halk üzerinde güçlü etkiye sahip olduğu kadar tıp eğitiminde tutum ve davranış kazanımları üzerinde de güçlü bir etkiye sahiptir. Bu çalışma, filmlerde hekimlerin rollerinin ve yaşantılarının yansıtılma biçiminin ve içeriğinin, bu filmlerin tıp eğitiminde kazanımlar elde etmek amacı ile kullanmasında yaşanabilecek sorunları irdelemeyi amaçlamaktadır.

Tıp eğitimi, öğrenme yöntemleri geleneksel kaynaklarla sınırlı olmayan, yaşam boyu öğrenme becerisi, toplumu ve kendini dönüştürücü tutum ve davranış geliştirmeyi gerektiren bir meslektir. Sinema bu amaç için kullanılan önemli ve değerli araçlardan biridir. "Sinema eğitimi", tıp eğitiminin çeşitli aşamalarında, örneğin tıp etiğinin ve profesyonelliğin anlaşılmasında, tutum ve davranışların geliştirilmesinde, analitik ve eleştirel düşünce kazanılmasında kullanılan eğitim yöntemlerindendir. Yapılan pek çok çalışma hekimlerin karşılaştığı sorumlulukları ve zorlukları kavramak için sinemanın kullanmasının potansiyel değerini göstermiştir. Filmlerin bu eğitici ve dönüştürücü değeri göz ardı edilemez, ancak filmlerde kullanılan senaryoların, bilgilerin uygunluğu, doğruluğu çeşitli yönlerden sorgulanmaya açıktır: 1- Kullanılan senaryolar genellikle abartılı ve gerçek yaşam durumlarından farklı olması nedeniyle potansiyel yanlış anlama risklerine yol açabilmektedir. Bu tür sahneler ve etkileri, halk için yanıltıcı hatta zararlı olabilir ki, benzer hastalar yönetilirken hekimler için zorluk oluşturabilmektedir. Bu tür bir içeriğin mesleki etik ve profesyonel değerler eğitiminde kullanılmasının da potansiyel riskleri vardır. Örneğin etik konuların aşırı dramatize edilmesi veya aykırı değerlere odaklanması, öğrencileri hekimlerin karşılaşma olasılığının daha yüksek olduğu günlük etik sorunlara karşı duyarsızlaştırabilir. 2- Filmlerde rol dağılımı genellikle var olan ayrımcı ve klişe toplumsal rolleri pekiştirme eğilimi taşımaktadır. Başrol olarak hekimi canlandıran oyuncuların daha çok erkeklerden (zamanla değişerek kadın hekimler de öne çıkarılmaya başlansa da), cerrahi branşlardan, statükosu güçlü sınıflardan seçilmesi, siyahi ve/veya etnik azınlıklara mensup hekimlerin filmlerde hala rol model-kahraman olarak yeterince temsil edilmemesi var olan ayrımcılığı derinleştirme riski taşımaktadır. 3- Filmlerdeki zaman kısıtlamaları nedeniyle, çoğu zaman diğer ortamlarda çalışan hekimler ve diğer sağlık çalışanlarından çok az veya hiç bahsetmeden ön saflarda çalışan hekimlerin "kahramanlıklarının" tasvirine odaklanması gerçek dışı ve yanlış beklentilere yol açabilmektedir.

Sinema eğitimi, hekimlerin profesyonel değerlerinin, karşılaştığı davranışların ve zorlukların yansımaları ve tanınması için fırsatlar sunar. Ancak, gerçek hayattaki deneyimle dengelenmiş, eleştirel düşünme bakış açısı ile değerlendirilmiş filmler aracılığıyla öğrenme deneyimi elde etmenin önemi göz ardı edilmemelidir.

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE İZLENEN BİR DANIŞANA YÖNELİK UYGULANAN TERAPÖTİK YAKLAŞIMIN NANDA'YA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ: OLGU SUNUMU

Şerife Deniz Arıcı¹, Satı Dil²

¹Çankırı Karatekin Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi, Çankırı, Türkiye

²Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Çankırı, Türkiye

denizarici571@gmail.com

Bu çalışmada TRSM de izlenen bir danışana yönelik-terapötik hemşirelik yaklaşımın uygulanması ve NANDA ya göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır

Araştırma fenomenolojik bir olgu sunumudur. Şubat – Haziran 2022 tarihleri arasında TRSM(Toplum Ruh Sağlığı Merkezi)'de takip ve rehabilitasyon amaçlı izlenen hastayı kapsamaktadır. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu yoluyla toplanmıştır. Birey paranoid şizofreni tanısı almış toplum ruh sağlığı merkezinde takibi yapılmaktadır. Mikst tip sanrıları mevcuttur. Bunlar perseküsyon, erotomanik sanrılardır. Hasta M. Toplum ruh sağlığı merkezine düzenli katılım sağlamaktadır. Hastayla gözlem ve görüşme yapılmış ve terapötik iletişim kurularak NANDA (North American Nursing Diagnosis Associaton)' ya göre hemşirelik bakım planı uygulanmıştır. NANDA'ya göre uygulanan hemşirelik bakım planları düşünce sürecinde bozulma, duyuşsal algılamada bozulma, sosyal etkileşimde bozulma, korku, beden gereksiniminden fazla beslenmedir. Hemşirelik bakım sürecini terapötik iletişimle destekleyerek yürütüldükten sonra hastanın düşünce sürecinde olumlu gelişmelerin olduğu, şüpheliğinin azaldığı, sosyal etkileşimde artış, sağlıklı beslenme konusunda gelişme olduğu görülmüştür. Hemşire terapötik iletişim ile hastalığı öne çıkarmak yerine sağlığı yükseltmeyi, sosyalleşmeyi, benlik kavramını geliştirmeyi, kişiler arası iletişimi arttırmayı amaç edinmeli ve hemşirelik sürecinde aktif olarak kullanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: paranoid şizofreni, terapötik iletişim, bakım süreci

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to apply the therapeutic nursing approach to a client followed up in TRSM and to evaluate it according to NANDA.

Material and Methods: The research is a phenomenological case report. It covers the patient followed up in TRSM (Community Mental Health Center) for follow-up and rehabilitation between February and June 2022. Data were collected through a semi-structured interview form. The individual diagnosed with paranoid schizophrenia is followed up in the community mental health center. There are mixed type delusions. These are persecution, erotomanic delusions. Patient M. regularly attends the community mental health center. The patient was observed and interviewed, and a therapeutic communication was established and a nursing care plan was applied according

to NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Nursing care plans applied according to NANDA are deterioration in thought process, deterioration in sensory perception, deterioration in social interaction, fear, and nutrition more than body needs. After the nursing care process was carried out by supporting it with therapeutic communication, it was observed that there were positive developments in the patient's thought process, decreased skepticism, increase in social interaction, and improvement in healthy nutrition. Instead of highlighting the disease with therapeutic communication, the nurse should aim to increase health, socialization, develop self-concept, increase interpersonal communication and use it actively in the nursing process.

Keywords: paranoid schizophrenia, therapeutic communication, care process

Giriş

Şizofreni gerçeğinin algılanma biçimindeki önemli bozulmalar ve pozitif, negatif belirtilerle karakterize kalıcı kronik bir hastalıktır. pozitif belirtiler; kalıcı sanrı, halüsinasyon, dağınık düşünceler, ajitasyon olarak kabul edilirken negatif belirtiler; anhedoni durumu, insiyatif kullanamama, duygusal tepki verememe, sosyal etkileşim kuramama olarak nitelendirilir(WHO, 2022; Dülgerler, 2021). Pozitif semptomlar genellikle mevcut antipsikotik ilaçlarla etkili bir şekilde yönetilse de, negatif semptomlar için sınırlı tedavi seçenekleri mevcuttur ve şizofreninin epidemiyolojisi, etiyolojisi, biyolojisi ve psikofarmakolojisinin anlaşılmasındaki ilerlemelere rağmen, bunlar karşılanmamış bir tıbbi ihtiyaç olmaya devam etmektedir(Correl ve Scholler, 2020).

Şizofreni dünya çapında yaklaşık 24 milyon kişiyi veya 300 kişiden 1'ini (%0.32) etkiler. Bu oran yetişkinlerde 222 kişide 1'dir (%0,45) (WHO, 2022). Şizofreni başlama yaşı 15-45 yaş arasında değişkenlik göstermekte, hastaların %90' ı ise 15-25 yaş aralığında yer almaktadır. Cinsiyete göre eşit dağılım seyreden hastalık kadınlarda erkeklere göre geç başlangıçlı ve daha iyi klinik tablo ile seyredilmektedir(Arabacı ve Taş, 2020; WHO; 2022). Şizofreni sıklıkla kişisel, aile, sosyal, eğitimsel, mesleki ve yaşamın diğer önemli alanlarında önemli sıkıntı ve bozulma ile ilişkilidir.

Şizofreni hastalarının erken ölme olasılığı genel nüfusa göre 2 ila 3 kat daha fazladır. Bu genellikle kardiyovasküler, metabolik ve bulaşıcı hastalıklar gibi fiziksel hastalıklardan kaynaklanır (Laursen ve ark., 2014).

Şizofreni hastaları genellikle hem ruh sağlığı kurumlarında hem de topluluk ortamlarında insan hakları ihlalleri yaşarlar. Bu durumdaki kişilere karşı damgalanma yoğun ve yaygındır, sosyal dışlanmaya neden olur ve aile, arkadaşlar da dahil olmak üzere başkalarıyla ilişkilerini etkiler(Ran ve ark., 2021). Bu, genel sağlık hizmetlerine, eğitime, barınmaya ve istihdama erişimi sınırlayabilen ayrımcılığa maruz kalır(Buz ve ark., 2021)

İnsani yardım ve halk sağlığı acil durumlarında, aşırı stres ve korku, sosyal desteklerin bozulması, izolasyon ve sağlık hizmetlerinin kesintiye uğraması ve ilaç temini meydana gelebilir. Bu değişiklikler, mevcut semptomların alevlenmesi gibi şizofreni hastalarının yaşamları üzerinde bir etkiye sahip olabilir. Acil durumlarda, şizofreni hastaları, ihmal, terk, evsizlik, istismar ve dışlanma dahil olmak

üzere çeşitli insan hakları ihlallerine karşı diğerlerinden daha savunmasızdır(Giacco ve ark., 2022). TRSM hastalık semptomlarının azaltılması ve sosyal işlevselliğin kazanılmasını hedefler. Sağlıklı yaşam, çalışma ve eğitim yaşamı için en temel gereksinim olan hastalığın belirtilerine ve sosyal ilişkilerine odaklanılarak, bu alanlarda bağımsız ve kendiliğinden hareket edebilmenin önemi vurgulanmıştır. İlaç tedavisi, hastaneye yatış, psikososyal müdahaleler, beceri eğitimi ve terapi bu konuda önem arz etmektedir. Bireyin yaşam doyumu, umudu, güçlenmesi ve iyimserliği iyileşme sürecinde alınan destekle (örn. etkili tedavi, sahada kendinden emin tedavi, vaka yönetimi, gündüz hastanesi, toplum ruh sağlığı) birleştiğinde, iyileşme hedefleri uygulanabilir hale gelir (Kaymaz, 2020).

Terapötik iletişim kavramı, hemşirenin sözlü veya sözsüz iletişim yoluyla danışanı bilinçli olarak etkilemesi veya danışanın daha iyi anlaşılmasına yardımcı olması sürecini ifade eder. Terapötik iletişim, sözlü veya sözlü olmayan(empati, içtenlik, somutluk, teşvik edici, tarafsızlık) iki düzeyde bilgi alışverişini içerir. Mesajlar aynı anda gönderilir ve alınır. Sözlü iletişim, kelimelerin cümleler halinde düzenlenmesini, içeriğin yanı sıra bağlamı da içerir - zaman ve fiziksel, sosyal, duygusal ve kültürel çevreyi içerebilen konuşmanın gerçekleştiği alan olarak nitelendirilir. Sözsüz iletişim, beden dili, göz içeriği, yüz ifadesi, sesin tonu vb. sözlü içeriğe eşlik eden davranışları içerir. Sözsüz iletişim, danışanın ağırlıklı olarak bilinçaltı olmak üzere düşüncelerini, ihtiyaçlarını veya duygularını gösterir(Sherko ve ark., 2013).

Terapötik iletişim, hasta ve hemşire arasındaki kişilerarası iletişimi içerir. Bu iletişim hastaya yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Terapötik iletişimde gerekli beceriler hassastır ve genel kişilerarası etkileşimde gerekli olanlardan çok daha kapsamlıdır. Örneğin terapötik tekniklere hakim olmak hemşirenin hastayı daha iyi anlamasına yardımcı olur. Hemşire için sağlam kişilerarası etkileşim becerileri, etkili terapötik iletişim için büyük önem taşır ve gereklidir Etkili bir terapötik iletişimin sağlanabilmesi için hemşirenin mahremiyet ve mahremiyet kuralına uyması, hastanın mahremiyet hakkını koruması, hastanın kendisini özgürce ifade etmesine izin vermesi, geçmişini, yaşını, dinini, sosyoekonomik durumunu göz önünde bulundurarak hastaya saygı göstermesi gerekir (Karaca ve ark., 2019; Popa Velea, 2014).

Olgu Sunumu

54 yaşındaki hasta ilköğretim mezunu. Ortaokulda sınıfta kaldığı için okula devam etmemiş. Annesi epilepsi hastası ve 2012 yılında vefat etmiş. Babası ise travma sonrası kalçasını kırarak sekiz sene yatağa bağımlı kalmış, 2017 senesinde babasını kaybetmiş. Hasta M.V, 17 yaşında tecavüze uğrayarak mahkeme kararıyla bir evlilik yapmıştır. Evliliğinden iki kız çocuğu vardır. Büyük kızına bakım veremediği için ablasının yanına bıraktığını ifade etti. 24 yaşında ikinci evliliğini yapan hasta 2 ay sonra boşanmış. Eski kocasının halen onu takip ettiğini dile getirdi. 30 yaşında işe girmiş ve iş temposundan dolayı ilaçlarını düzenli kullanmamış, hastaneye gitmemiştir. İlaçlarını kullanmadığı için semptomları artmış. Gece evden kaçarak sokakları gezmeye başlamıştır. İşitsel varsanılları ve perseküsyon sanrıları mevcutmuş. Takip edildiğini ve abisinin onu döveceğine inandığını söyledi. Terminale giderek oradaki insanlara « Kızımın boynu kopacak, ameliyat olacak onun yanına gidiyorum» söylemlerinde

bulunmuş. Gece dışarıda otururken polis ekipleri gelmiş ve eve götürmeleri için yardımcı olmak istemiş. Polislerden birini nişanlısı zannetmiş. Polisler doktora götürdükten sonra başka bir ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde yatışı gerçekleşmiş. 14 gün hastane yatışından sonra taburcu olmuş.

FİZİKSEL VE RUHSAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ

Beden kitle endeksi 35.16. idi. Hastanın sosyal yaşantısını etkileyen enürezis mevcut. Herhangi bir egzersiz programı yoktu. Öz bakım gücü değerlendirildiğinde, her gün düş aldığını söyledi. "Saçlarımı taramadan, ruj sürmeden çıktığımda kendimi kötü hissediyorum." ifadelerini kullandı. Abartılı makyaj, giyim ve aksesuarlar vardı. Dişlerinde leke ve diş kaybı bulunmakta bu durumdan rahatsız olduğunu iletmekteydi. Bilinç açık, oryantasyon var(zaman, yer, kişi). Perseküsyon ve erotamanik sanrıları vardı. İçgörüsü yoktu. Hasta her hafta görüşmeler yoluyla değerlendirildi.

HASTA TAKİP VE İLETİŞİM SÜRECİ

I.Hafta Görüşme

İlk görüşmede hasta toplum ruh sağlığı etkinliklerine aktif olarak katılmamakta ve düzenli olarak gelmemekte. Bireysel olarak dolaşıyor, şüpheli bakışlarla etrafına bakıyordu. Hastayla tanışılarak görüşme yeri ve zamanı planlandı. Hastayla görüşülen yerin terapötik bir ortam olmasına dikkat edildi. Görüşme sırasında ilk başta kendini açmak istemeyen hastayı asgari düzeyde teşvik edildi. Teşvikler sonucunda hasta iletişim kurmaya başladı. Hastayla yakından ilgilenilerek bir birey olarak ona saygı duyduğumu, söylediklerini önemseydiğimi belli ederek iletişim kuvvetlendirildi. İlk hafta fiziksel ve ruhsal durum değerlendirilmesi yapıldı. Hasta etkinliklere katılma konusunda ve iletişim kurma konusunda halen isteksizdi. Ama TRSM'ye gelme konusunda teşvik edildi ve hasta daha fazla katılım sağlayacağını dile getirdi. NANDA'ya göre hemşirelik tanıları belirlendi ve planlandı.

II. Hafta Görüşme

İkinci hafta hastayla görüşme için belirli zaman ve yer belirlendi. Hasta etkinliklere aktif olarak katılmasa da TRSM'ye gelme günlerinde artış oldu. Hastaya açık uçlu sorular sorularak konuşmaya katılımı artırıldı. Anlatmakta zorlandığı konular için sessizlik kullanıldı ve hasta kendini hazır hissettiğinde iletişime geçti. İlk haftaya göre iletişime daha açık ve istekliydi. Eski kocası tarafından takip edildiğini söyledi. Komşularının ve abisinin onu kıskandığını söyledi. Çok ünlü bir albayın onu sevdiğini dile getirdi. Arada mesaj attığını söyledi. Konuşmalara odaklanmada zorlanıyordu. Enürezis olduğu için kendini sürekli tetikte hissediyor insanların onunla dalga geçtiğini düşünüyordu. Aynı zamanda TRSM' de yapılan kolyelerden birinin boynunda olması arkadaşlarının onu izinsiz olarak almakla suçladığını söyledi. TRSM' de ki arkadaşlarının böyle bir suçlama yapmadığı sadece sanrısı olduğu öğrenildi. Etkinliklere katılmak ve TRSM' de daha uzun kalmak için hasta bezi kullanacağını söyledi. İdrar kaçırma için doktora yönlendirildi. NANDA' ya göre bakım süreci başlatıldı.

III. Hafta Görüşme

Hasta TRSM'deki etkinliklere daha aktif katıldığı gözlemlendi. İletişime daha açık ve atılgan davranışlar

sergiliyor. NANDA'ya göre yapılan bakım süreci değerlendirildi. Hemşirelik bakım süreci sonucunda korku ve endişeli yüz ifadesi değişti. Çevresine daha az endişeli bakıyordu. Baş etme becerileri üzerinde konuştuğumuz bu hafta da hastanın motivasyonunun yüksek olduğu benlik kavramının güçlendiği gözlemlendi. Geribildirim verildiğinde ve desteklendiğinde aktivitelere katılımlarının arttığı gözlemlendi. Sanrı ve varsanılarının hastalığının bir parçası olduğunu gerçek olmadığını ifade etti.

Hemşirelik Tanıları

- Düşünce sürecinde bozulma
- Duyusal algılamada bozulma
- Sosyal etkileşimde bozulma
- Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma
- Korku
- Beden gereksiniminden fazla beslenme

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Olgunun NANDA-I Hemşirelik Bakım Süreci

1. Tanılama: Hastanın görsel halüsinasyonlarının olması. Yılanlarla arkadaş olduğunu ifade etmesi. Yılanların başı olan şahmeranın onu koruduğuna inanması. Eski kocasının onu takip ettiğine inanması.

Hemşirelik Tanısı: Psikotik bozukluğa sekonder “*Duyusal Algısal Bozulma*”

Planlama

- Hasta çevreden gelen uyarıları doğru algılayabilecek.
- Hasta etkili başetme yöntemlerini öğrenecek.
- Hasta etkili başetme yöntemlerini uygulayabilecek.
- Hastanın çevresiyle iletişimi düzelecek.

Uygulama

- Hastayla varsanılar tartışılmadan varsanıların niteliği değerlendirildi
- Hasta gerçeğe getirilir düşüncelerinin hastalığı sebebiyle olduğu açıklandı.
- Varsanılarını tetikleyen faktörler belirlendi.
- Gereksiz çevresel uyaranlar azaltıldı.
- Hastaya gevşeme teknikleri öğretildi.
- Hastanın etkili başetme yöntemleri tanımlanır ve kullanması konusunda teşvik edildi.

Değerlendirme

- Hasta etkili ve etkisiz baş etme yöntemlerini açıkladı. Etkisiz baş etme yöntemi olan sigarayı azalttı.

- Hastanın görsel halüsinasyonları devam etmekteydi ancak bunların gerçek olmadığını hastalığının bir sebebi olduğunu ifade etti.

2. Tanılama: Hastanın perseküsyon ve erotramanik sanrılarının olması. Sürekli başkaları tarafından iftira atıldığını söylemesi.

Hemşirelik Tanısı: Psikotik rahatsızlığa sekonder “*Düşünce Süreçlerinde Bozulma*”

Planlama

- Hasta sanrılarının hastalığının bir semptomu olduğunu gerçek olmadığını ifade edecek.
- Etkili baş etme yöntemlerini tanımlayıp, uygulayacak.

Uygulama

- Kişiye yapılacak tüm işlemler öncesinde bilgi verildi.
- Birey alkol ve sigara kullanıyorsa sigarayı bırakması sağlandı.
- Bireyin düşünce sürecinde bozulmaya neden olan sorunun kaynağını belirlendi.
- Bireyin düşünce ve korkularını ifade etmesi desteklendi.
- Kişisel sorunların mümkün olduğu kadar empatiyle ele alınması sağlandı.
- Bireyin ailesi ve yakınları süreçle ilgili eğitilecek ve yapılması gerekenler anlatıldı.
- Birey ile günlük aktiviteler gerçekleştirdi.
- Bu süreçte akrabaları ve arkadaşlarıyla iletişimi sürdürdü.

Değerlendirme

- Hastanın sanrılarının ilk ne zaman başladığı bunu tetikleyen şeyin ne olduğu konusunda konuşuldu. İlk defa evlendikten sonra başlayan sanrılarının kızının yılanlar tarafından zarar göreceğine inanmasıyla başlamış. Hasta insanların “ delisin, seninle konuşulmaz gibi ifadelerde bulunması ve gördüklerinde rahatsız edici bakışları” tetikleyici olarak nitelendirdi.
- Hastanın sanrılarının devam etse de hastalığının bir getirisi olduğunu ve etkili baş etme yöntemlerini sıraladı. Etkisiz baş etme yöntemlerinden sigarayı azalttı.

3. Tanılama: Ailesinden sürekli şiddet gördüğünü, abisinin onu hiç sevmediğini ve saçını çektiğini, ablasının yanında büyüyen kızıyla iletişimde olmaması.

Hemşirelik Tanısı: Aile içi iletişimin etkili kurulamaması, şiddete bağlı “*Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma*”

Planlama

- Aile sürecinde uyum sağlanacak
- Aile içindeki iletişim kuvvetlendirilecek

Uygulama

- Ailenin bireye destek olması sağlandı.
- Ailede başka benzeri hastalık var mı araştırıldı.
- Bireyin aile içi süreçlerde olabildiğinde rol alması sağlandı.
- Aileyle görüşme sağlanır ve problemler dinlendi.
- Ailer üyelerinin karşılıklı güven bağı oluşması desteklendi.
- Aile üyelerinin birlikte yapabileceği aktiviteler programlandı.

Değerlendirme

- Abilasının yanında büyüyen kızıyla iletişime geçti. Olumlu dönütler aldı. Birinin teşvik etmesine ihtiyacı olduğunu kızıyla konuşmanın ona çok iyi geldiğini ifade etti.
- Aile içi iletişimde güven duygusu oluşmuş, hasta iletişime daha hevesli olduğu gözlemlenmiştir.

4. Tanılama: Enürezis sebebiyle TRSM'ye aktif katılmaması, arkadaşlarıyla iletişime geçmemesi, dışarı çıkmaktan çekinmesi.

Hemşirelik Tanısı: Psikotik bozukluğa ve enürezise sekonder “ Sosyal Etkileşimde Bozulma”

Planlama

- Hasta çevresindekilerle ve arkadaşlarıyla iletişim kurmaya çalışacak.
- Hasta kendine değer vermeye başlayacak
- Hasta kendini sevecek.
- Hasta iletişim becerilerini geliştirecek.

Uygulama

- Hastayla konuşarak sorunun kaynağını belirlendi.
- Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesine izin verildi.
- Hastaya baş etme teknikleri konuşuldu.
- Hastanın günlük sosyal aktivitelerini planlanır ve bunlara oryante olması sağlandı.
- Hasta için bir zaman planlanır ve onaylandığı hissettirildi.
- Hastayla- hemşire arasında güven oluşturulacak tutulamayacak sözler verilmedi.
- Tekli ilişkilerle başlayıp grup ilişkilerine yönlendirildi.

Değerlendirme

- Hasta TRSM'ye aktif olarak çağırıldı ve katılım gösterdi. TRSM'ye aktif katılımından sonra etkinliklere katılımı konusunda desteklendi. Etkinliklere de katılarak arkadaşlarıyla iletişimi arttı.
- Hastanın hemşire ve arkadaşlarıyla iletişimi arttı.

- Hasta kendisinin sevdiği özellikleri (Güzel ve bakımlı, temiz, yardımsever) tanımladı.
- Hasta grup aktivitelerinde aktif olmaya başladı.

5. Tanılama: Sürekli takip edilme hissinden dolayı korkması, yılanların onu rahatsız edeceğinden korkması, abisinin onu döveceğinden korkması.

Hemşirelik Tanısı: Psikotik rahatsızlığa sekonder “ korku”

Planlama

- Korku kaynağı tanınacak ve kontrol altına alınmaya çalışılacak.
- Belirti ve bulguları gözlemleyecek.
- Hastanın korkularının belirlenmesi.
- Hastada korku belirti ve bulgularının giderilmesi.

Uygulama

- Kişiyle yavaş ve sakin bir şekilde konuşuldu.
- Korkuları hakkında konuşuldu.(Halüsinasyonları ve sanrıları hakkında tetikleyici faktörlerin neler olduğu saptanır ve bu düşünceler durduruldu.)
- Bireyin bilgi eksikliği varsa giderilmesi için eğitim ve danışmanlık rolü uygulandı.
- Duygularını ifade etmesi konusunda kişi desteklendi.
- Kişinin hastane ortamına ya da bulunduğu ortama oryante olmasına yardımcı olundu.
- Kişiyle konuşurken basit ve direkt ifadeler kullanıldı.
- Hastanın korkusu kabul edilir, yaşadıklarının normal olduğu belirtilerek yanında olundu.
- Gevşeme teknikleri öğretilir ve uygulaması konusunda hasta cesaretlendirilirdi.
- Derin nefes alma egzersizleri yapması tavsiye edildi.
- Kişinin günlük programı uygulanır ve tutarlı bir şekilde düzenlendi.
- Ruhsal yönden hastanın olduğu ortam tehdit edici olmayacak şekilde düzenlendi.

Değerlendirme

- Hasta korkularını belirledi. Korktuğu anda spritüel yaklaşımın kendine iyi geldiğine karar verdi ve korktuğunda dua okuyarak rahatladı. Nefes egzersizleriyle kendini sakinleştirdi.

6. Tanılama: Beden kitle indeksinin 35.6 olması. Stresli hissettiğinde kendini yemekle tatmin etmesi, kullandığı ilaçların yan etkisi.

Hemşirelik Tanısı: Sağlığı etkisiz yönetmeye bağlı “*Beden Gereksiniminden Fazla Beslenme*”

Planlama

- Hasta diyetini uygulaması konusunda teşvik edilecek.
- Hastanın stresle başa çıkma konusunda etkili yöntemler belirlenecek.

- Hasta düzenli egzersiz yapacak.
- Normal kilo değerine ulaşacak.

Uygulama

- Hasta egzersiz konusunda teşvik edildi.
- TRSM’de ki etkinliklere daha aktif katılması sağlandı.
- Hastanın sevdiği besinlerin diyet listesine eklenmesi ve sevmediği besinlerin çıkarılması sağlandı.
- Yemekten önce ve sonra iyi ağız hijyeni sağlandı, bilgi verildi(fırçalama, gargara). Çürükler ve sararmalardan kendide rahatsız olduğunu söyledi, hasta ağız ve diş polikliniğine yönlendirildi. Parası olmadığı için yaptırmayacağını söyleyen hastaya sağlık sigortasının karşılayacağını ve ücretsiz bir şekilde tedavi olabileceği açıklandı.
- Bireyleri başkalarıyla yemek yemeye teşvik edildi (restoranlarda, grup alanlarında veya TRSM toplantılarında yemek yeme).
- Stresli olduğu zamanları tanımlaması ve bu zamanlarda baş etme yöntemi olarak yemeği tercih etmemesi, gevşeme egzersizleri ve yürüyüş önerildi.

Değerlendirme

- Hasta TRSM’ye daha aktif katılım sağladı. Yeme konusunda daha dikkatli davranıyor, stresli durumlarda yürüyüş ve gevşeme egzersizi yapmaya başladı.

Tartışma

Şizofreni, halüsinasyonlar, sanrılar ve bilişsel eksikliklerle karakterize ciddi bir psikiyatrik bozukluktur (Kowalczyk ve ark., 2020). Lavin ve arkadaşlarının yaptığı sistematik bir derlemede güvensiz bağlanmanın, olumsuz inançları (kendine ve başkalarına) teşvik ederek ve olumsuz duygulanım, kişilerarası duyarlılığı ve/veya sosyal geri çekilmeyi artırarak psikoz bağlamında paranoyayı etkileme olasılığı da kabul edildiği sonucuna varmıştır(Lavin ve ark., 2020).

Terapötik hemşire-hasta ilişkisi açısından önemlidir. Hemşireler, hastalar ve aileler arasındaki olumlu ilişkiler, yapıcı ve güvene dayalı bir iletişimdir. Hemşire, hastanın korku, rahatsızlık ve stresle başa çıkmalarına, sağlıklarını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek için yardım etmektedir. Bu ilişkide hemşire etkili iletişim becerilerini kullanır, yakın ilgi ve koşulsuz kabul eden hemşire, hastanın duygu ve düşünceleri anlayışla karşılar, empati kurar ve sorunları çözmelerine yardımcı olur(Karaca ve ark.,2019).

Şizofreni hastalarında ortaya çıkan olumsuz düşüncelerin çarpıtılması, zihinsel stresi tetikleyerek kaygı, depresyon ve hatta intihar etme dürtüsü ile sonuçlanabilir. Bu, her ne pahasına olursa olsun kaçınılması gereken bir sonuçtur. Hemşirelik hizmetleri, öncelikle halüsinasyonlar ve anksiyete ile hastalara, genellikle psikofarmasötik tedavi ve terapötik hemşirelik modaliteleri (grup aktivite terapisi, eğlence terapisi, çevre terapisi, bireysel terapi ve mesleki terapi) ile sağlanır. Bireysel terapi, hemşireler tarafından danışanlara, hemşire-danışan yüz yüze, belirli bir süre boyunca,

ulaşılacak istenen hedefler doğrultusunda bireysel olarak gerçekleştirilen bir terapi şeklidir (Siregar, 2021). Uygulama, halüsinasyonları kontrol etme amacı taşıyan hastalarla hemşireler tarafından gerçekleştirilen terapötik iletişim kullanılarak gerçekleştirilir. Bu terapötik iletişim tekniği ile hemşireler ve danışanlar arasında terapötik bir ilişki kurmak, danışan sorunlarını belirlemek, danışanların karşılaştıkları sorunlara ilişkin algılarını incelemek yardımcı olur. Terapötik iletişim tekniği, halüsinasyonları olan ruhsal bozukluk hastaları da dahil olmak üzere, özellikle ruhsal bozukluğu olan hastaların iyileşme sürecindeki olumlu yanıt veren tekniklerden biridir (Siregar, 2021; Harris ve Panozzo, 2019).

Hasta ile terapötik iletişim kurularak iyileşme süresine katkıda bulunduğu daha çok sosyalleştiği ve aktif bir yaşam sürdüğü gözlemlenmiştir. Literatüre bakıldığında da terapötik iletişimin hasta ve hemşire arasında olması gereken ve hemşirelik öğrencilerine bununla ilgili daha çok eğitim verilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur (Webster, 2013; Gökçe ve ark., 2021; Kavgaoglu ve Elkin, 2019).

Sonuç Ve Öneriler

Terapötik iletişim becerileri, hemşire-hasta arasındaki tedavi edici süreci başlatan, geliştiren ve sonlandıran bir araçtır. Şizofreni tanılı hastayla terapötik iletişim kurulması hastanın kendini güvende hissetmesi, hemşiresinin ona değer verip saygı duyduğunu ve böylelikle hemşirelik sürecine daha aktif olarak katılım sağladığını göstermiştir. Hastayla empati kurularak yapılan iletişimde hasta anlaşıldığını hissederek duygularını açma konusunda daha rahat hissetmiş, gelişme göstermiş ve aktivitelere kendiliğinden katılımlarda bulunmaya ve kendi hakkında paylaşımda bulunarak işbirliği yapmaya başlamıştır.

İlerde yapılacak olan araştırmalarda NANDA hemşirelik tanıları doğrultusunda diğer hemşirelik kuramları da eklettik olarak kullanılıp hemşirelik sürecinin daha aktif bir şekilde değerlendirilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Arabacı, L.B. (2020). Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı. (s. 263-286). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevi.
2. Buz, S., Keser, E. N. N., Mayda, F. A., & Akoğlu, G. (2021). Şizofreni Tanısı Konulan Bireylerin İstihdamı. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*, 13(1)
3. Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatric disease and treatment*.
4. Çam, O., Engin E. (2021). Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri
5. Giacco, D., Kirkbride, J. B., Ermakova, A. O., Webber, M., Xanthopoulou, P., & Priebe, S. (2022). Neighbourhood characteristics and social isolation of people with psychosis: a multi-site cross-sectional study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 57(9), 1907-1915.

6. Gökçe, E., Atıcı, M., & Arslan, S. (2021). Hemşireler ile hastalar arasındaki iletişim sorunları ve beklentiler: Nitel bir araştırma*. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 8(2), 171-180.
7. Harris, B. A., & Panozzo, G. (2019). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. Archives of Psychiatric Nursing, 33(1), 104-111.
8. Karaca, A., AÇIKGÖZ, F., & Demirezen, D. (2019). Hemşirelik öğrencileri için terapötik iletişim becerileri ölçeğinin geliştirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(2), 72-79
9. Kavgaoglu, D., & Elkin, N. (2019). Hemşirelik bölümü kişilerarası ilişkiler ve terapötik iletişim dersi öğretim programının değerlendirilmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (7), 670-696.
10. Kaymaz, T. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezine en az 2 yıl kayıtlı olan şizofreni hastalarının nesnel iyileşme ölçütlerine göre değerlendirilmesi (Master'sthesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
11. Kowalczyk, M., Kucia, K., Owczarek, A., Suchanek-Raif, R., Merk, W., Fila-Danilow, A., ... & Kowalski, J. (2020). Association of HSPA1B polymorphisms with paranoid schizophrenia in a Polish population. *NeuroMolecular Medicine*, 22(1), 159-169.
12. Laursen, T. M., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*, 10(1), 425-448.
13. Lavin, R., Bucci, S., Varese, F., & Berry, K. (2020). The relationship between insecure attachment and paranoia in psychosis: A systematic literature review. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 39-65.
14. Popa-Velea, O., & Purcărea, V. L. (2014). Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care. *Journal of medicine and life*, 7(Spec Iss 4), 39..
15. Ran, M. S., Hall, B. J., Su, T. T., Prawira, B., Breth-Petersen, M., Li, X. H., & Zhang, T. M. (2021). Stigma of mental illness and cultural factors in Pacific Rim region: a systematic review. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-16
16. Sherko, E., Sotiri, E., & Lika, E. (2013). Therapeutic communication. *Jahr: Europski časopis za bioetiku*, 4(1), 457-466.
17. Siregar, I., Rahmadiyah, F., & Siregar, A. F. Q. (2021). Therapeutic Communication Strategies in Nursing Process of Angry, Anxious, and Fearful Schizophrenic Patients. *British Journal of Nursing Studies*, 1(1), 13-19.
18. Webster, D. (2013). Promoting therapeutic communication and patient-centered care using standardized patients. *Journal of Nursing Education*, 52(11), 645-648.

TOTAL DİZ PROTEZİ UYGULANAN 60 YAŞ ÜSTÜ KADIN HASTALARIN ORTA DÖNEM DİZ SKORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Nizamettin Güzel¹

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Samsun, Türkiye
nizamettin.guzel@saglik.gov.tr

Araştırmanın amacı her iki dize de gonartroz tanısı konulmuş ve tek tarafa total diz protezi uygulanmış kadın hastaların opere ve opere olmayan dizlerinin orta dönem diz skorlarının karşılaştırılmasını amaçlamaktadır.

Araştırmaya her iki dizde gonartroz tanısı konulmuş, tek taraf total diz protezi uygulanmış 20 kadın hasta dahil edilmiştir. Hastaların diz skorlarını belirlemede hem opere hem de opere olmayan dizler için Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) ve OXFORD diz skorlarından yararlanılmıştır. Araştırmanın istatistiksel analizinde SPSS 22.0 paket program kullanılmıştır. Diz skorlarının karşılaştırılmasında paired sample t testten yararlanılmış, veriler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak sunulmuştur. Sonuç $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı verilerdeki ortalamaları $65,45 \pm 3,5$ yaş, $153,00 \pm 6,69$ cm boy, $90,72 \pm 13,48$ kilo ve $38,92 \pm 6,52$ kg/m² VKI olarak hesaplanmıştır. Ortalama takip süreleri 17,27 aydır. Hastaların 12'sinin sağ dizine, 8 tanesinin ise sol dizine total diz protezi uygulanmıştır. Orta dönem diz skorları opere ve opere olmayan taraflar için değerlendirildiğinde ise hem KOOS hem de OXFORD diz skorlarında opere taraflar lehine istatistiksel olarak anlamlılıklar tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Sonuç olarak her iki tarafına da gonartroz teşhisi konulmuş ve tek taraflı total diz protezi uygulanmış 60 yaş üstü kadın hastaların orta dönem diz skorları değerlendirildiğinde, total diz protezi uygulanan tarafların gonartroz tanısı ile bekleyen taraflara oranla diz skorlarında anlamlı iyileşme bulgularına rastlanmıştır. Bu durum son evrelerde gonartroz teşhisi konulmuş kadın hastalara uygulanacak olan total diz protezi uygulamalarının diz bölgesinde oluşan fonksiyonel kayıpları ortadan kaldırmak, aynı zamanda da ağrı düzeylerini azaltmak adına önemli olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. İleride yapılacak araştırmalarda total diz protezi uygulanmış hastaların diz skorlarına ek olarak yaşam kaliteleri ve fonksiyonel becerilerini incelenmesi ortaya çıkan bulguları daha net bir şekilde destekleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Gonartroz, Total diz protezi, Kadın hasta, Diz skoru

TRABZON İLİ ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ALKOL KULLANIMI, ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Cansu Ağralı Gündoğmuş¹, Sevil Turhan¹, Abdul Kadir Albayraktar¹, Yusuf Emre Bostan¹, Murat Topbaş¹, Nazım Ercüment Beyhun¹, Aykut Karahan², Samiye Çilem Bilginer², Nihan Kalkandeler³, Gizem Nur Şakar³

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

³Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Bölümü, Trabzon, Türkiye

cns.agrali@gmail.com

Giriş

Alkol kullanımı birçok hastalık, engellilik ve mortalite için önemli bir risk faktörüdür ve 200'den fazla sağlık sorunu ile ilişkilendirilmiştir. Alkol kullanımı ayrıca alkol bağımlılığına sebep olabilmektedir (1) (2). Amerika psikiyatri derneğinin yayımladığı DSM-5 tanı ölçütleri başvuru kitabında yer alan alkol kullanım bozukluğu (AKB) tanımı, ICD-11'de yer alan alkol bağımlılığı tanısı ile büyük ölçüde örtüşmektedir. AKB (bağımlılık) yoksunluk, tolerans ve aşırma içerebilen bir dizi davranışsal ve fiziksel semptomla tanımlanır (3)mainly among young people. Excessive alcohol consumption is the spectrum of consumption patterns that may have or have had health consequences, and includes the concepts of risky alcohol use, harmful alcohol use and alcohol dependence according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV(4) (5) (6).

DSÖ bölgelerine göre 2018 yılı genel popülasyonda alkol kullanım prevalansı %2,9 – 59,9 arasında; AKB prevalansı ise %0,8 - %8,8 arasında değişmektedir. Yıllar içerisinde dünyada mevcut alkol kullanım sıklığı giderek azalıyor olsa da (7)per the theory of planned behavior (TPB) alkole atfedilebilir hastalık yükü giderek artmaktadır ve bu yükün üçte birini 15-29 yaşları arasındaki kişiler oluşturmaktadır (8). Genç yetişkin yaş grubu alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu yönünden en riskli dönem olarak kabul edilmektedir (9). Bu dönem bilişsel, sosyal ve duygusal değişimlerin yaşandığı ve beyin gelişiminin devam ettiği bir dönemdir (2) (10).Üniversite döneminde evden ve aileden ayrılma, yeni bir çevreye uyum sağlama ve iş bulmayla ilgili belirsizlikler anksiyete sebebi olabilmektedir (11). Bu nedenle alkollü içkiler stres ve psikolojik sorunlarla başa çıkma yöntemi olarak kullanılabilir (12)are more likely than older adults to drive-or agree to be driven-recklessly or while intoxicated, to use illicit or dangerous substances and to engage in both minor and more serious antisocial behaviour. Numerous factors during adolescence may lead to or favour initiation of drug use, such as sensation-seeking, gregariousness and social conformity. These aspects, however, cannot be dissociated from the increased sex drive and quest for an integrated self. In the separation-individuation process, relationships with peers play many different roles: a field for experimentation, emotional support, a place for "projection" and "identification", and the possibility of finding a partner. Unsurprisingly, therefore, drug use generally takes place in a group setting. Despite evidence of heightened real-world

risk-taking, laboratory studies have yet to yield consistent evidence that adolescents, when on their own, are more inclined towards risky behaviour than their elders. Moreover, their comprehension and reasoning abilities in risky decision-making situations are roughly equivalent to those of adults. Structural and functional neuroimaging studies have shown that neural circuitry undergoes major reorganization during adolescence, particularly in those regions of the brain relating to executive functions, the self and social cognition, and that the \"emotional brain\" may play a role in that reorganization. Age-related decreases in gray matter volume mainly reflect a reduction in the number of synapses and the complexity of axonal ramifications. By 18-20 years old, most of the subcortical white matter and association pathways have reached a plateau. Risk-taking behavior and novelty-seeking may provide, with an appropriate feed back, a mechanism to optimize brain development in adolescence. © 2010 Elsevier Ltd., (12. Dünyada 15 ile 19 yaş arasındaki kişilerin %26,5'i, 20 ile 24 yaş arasındaki kişilerin %40,7'si alkollü içki kullanmaktadır (7)per the theory of planned behavior (TPB. Literatürde alkol kullanım prevalansları 2019 yılı Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ise 15-24 yaş arası alkol kullanım prevalansı %11,4'tür (13). Türkiye'de 2003-2019 yılları arasında üniversite öğrencilerinin alkol kullanım durumlarını araştıran çeşitli çalışmalarda prevalanslar %25,5-%65,3 arasında belirlenmiştir (14) (15)(16)(17)alcohol, substance experience and use disorders and gender, faculty, class, living environment, substance use of families among university students. Method: The research was cross-sectional area study and sample were selected stratified sampling method was designated according to faculty and class level. Application was carried out in classroom. Demographic data form, Fagerström Nicotine Test for Dependence and Alcohol Use Disorders Identification Test were used. Frequency tests, Pearson chi-square, Mann Whitney U and Kruskal Wallis and Spearman correlation tests were used in statistical evaluation. Results: 1522 students were attended the survey. Cigarette, alcohol, substance experience and tobacco, alcohol disorders among men found higher than in women. Cannabis (12.5% (18) (19) (20)(21). Türkiye'de 2013 ve 2019 yılında üniversite öğrencilerine yönelik yapılan araştırmada alkol kullanım bozukluğu prevalansı ise sırasıyla %4,9 ve %13,5 bulunmuştur (17)alcohol, substance experience and use disorders and gender, faculty, class, living environment, substance use of families among university students. Method: The research was cross-sectional area study and sample were selected stratified sampling method was designated according to faculty and class level. Application was carried out in classroom. Demographic data form, Fagerström Nicotine Test for Dependence and Alcohol Use Disorders Identification Test were used. Frequency tests, Pearson chi-square, Mann Whitney U and Kruskal Wallis and Spearman correlation tests were used in statistical evaluation. Results: 1522 students were attended the survey. Cigarette, alcohol, substance experience and tobacco, alcohol disorders among men found higher than in women. Cannabis (12.5% (20).

Türkiye, alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu prevalansının en yüksek olduğu DSÖ bölgesi olan Avrupa bölgesinde yer almakla beraber en düşük prevalansa sahip Doğu Akdeniz bölgesiyle bağlantı bölgesidir. Ek olarak veriler Türkiye'de alkollü içki kullanımının diğer OECD ülkelerinden daha düşük seviyede (22) olduğunu ortaya koysa da genç nüfus oranının diğer ülkelere göre yüksek (23) olması, alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu prevalansının artma eğiliminde olması

nedeniyle prevalans araştırmaları önemini korumaktadır.

Türkiye’de farklı üniversitelerde yapılan araştırmalarda prevalansların ve etkileyen faktörlerin değiştiği görülmektedir. Bu nedenle üniversite öğrencilerinde yapılan her araştırma o bölge için uygun hizmetleri ve önleme programlarını planlamak için gereklidir. Özellikle Covid-19 pandemisi tüm dünyada olduğu gibi Ülkemizde ve Trabzon’da da üniversite öğrencilerini önemli ölçüde etkilemiştir. Okulların geçici süre kapatılması ve geçici sürenin uzatılarak çevrimiçi eğitime dönülmesi ile başlayan değişikliklerin (öğrenim koşulları, çevrimiçi öğrenim için gerekli teknolojik donanımına sahip olma/olamama, yurtların kapatılması, aile yanına geri dönme veya dönememe, çalışan öğrencilerin işten ayrılmak zorunda kalması, ...) getirdiği çoklu yönlü belirsizlikler, öğrencilerde önemli davranış değişikliğine yol açmış olabilir. Stres, ekonomik değişiklikler, okul ve sınıf ortamından uzak kalma, yurttan ayrılarak arkadaşlarla ev tutma gibi değişen yaşam koşulları mevcut alkol kullanımı ve AKB prevalansını beklenenden farklı düzeyde değiştirmiş olabilir. Amacımız Türkiye’nin kuzeydoğusunda yer alan, iki kamu bir vakıf üniversitesini içeren ve geniş bir öğrenci popülasyonuna sahip olan Trabzon ili üniversite öğrencilerinde alkol kullanım prevalansı, alkol kullanım bozukluğu prevalansı ve etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

Gereç yöntem

2.1. Araştırmanın evreni ve veri toplama yöntemi

Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Trabzon ili sınırları içerisindeki üç farklı üniversitede eğitim gören; Karadeniz Teknik Üniversitesi’nde (KTÜ) 19820 öğrenci, Trabzon Üniversitesi’nde (TRÜ) 8983 öğrenci, Avrasya Üniversitesi’nde (AVÜ) 4398 öğrenci olmak üzere toplam 33.201 lisans, ön lisans öğrencisi oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı Trabzon Türkiye’nin kuzeydoğusunda yer alan nüfusu 816.684, genç nüfus oranı %14,4 olan bir ildir (23). KTÜ 1955 yılında kurulan kamu üniversitedir, ana yerleşkesi merkezde olmak üzere on yerleşkesi mevcuttur. Üniversitede 12 fakülte, 1 yüksekokul, 8 meslek yüksekokulu bulunmaktadır. TRÜ 2018 yılında KTÜ bünyesinden ayrılarak kurulan bir kamu üniversitesidir, ana yerleşkesi merkezde olmak üzere 5 yerleşkesi mevcuttur. Üniversitede 8 fakülte, 2 yüksek okul, 6 meslek yüksek okulu ve devlet konservatuvarı bölümü bulunmaktadır. AVÜ, 2010 yılında kurulan vakıf üniversitesi olup, merkezde iki yerleşkesi bulunmaktadır. Üniversitede 4 fakülte, 3 meslek yüksekokulu bulunmaktadır.

Araştırmada örneklem büyüklüğü Open Epi yazılımı kullanılarak hesaplandı. Örneklem büyüklüğü KTÜ için beklenen prevalans %50, sapma %1,75 ve %95 güven aralığı ile gerekli olan minimum örneklem boyutu 2708 kişi hesaplandı. Anket formlarında olası hatalar nedeniyle örneklem %25 artırılarak 3500 kişiye ulaşılması hedeflendi. KTÜ öğrenci sayıları ile orantılı olarak TRÜ’de 1800, AVÜ’de 700 kişiye ulaşılması planlandı. Evren temsiliyetini sağlamak için örneklem fakülte ve programlara, akademik eğitim yıllarına göre ağırlıklandırıldı. Anketler sınıf ortamında, yalnızca sorumlu araştırmacı gözetiminde uygulandı. Uygulama öncesi katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak, gönüllülük esasına göre çalışmaya davet edildi. Katılmak istemeyenler sınıf ortamından ayrıldı.

2.2. Veri toplama formu

Araştırmacı tarafından tasarlanan veri toplama formu sosyodemografik ve kişisel özellikleri, alkol kullanım durumunu, alkol kullanım bozuklukları tanıma testini (AUDIT), alkol kullanım özelliklerini sorgulayan bölümleri içermektedir. Veri toplama formu KTÜ’de 20 Aralık 2021-10 Ocak 2022, TRÜ’de 16-27 Mayıs 2022 ve AVÜ’de 23 Mayıs-30 Haziran 2022 tarihleri arasında uygulanmıştır. Üniversitede fakültelerdeki bölümlerde ulaşılan öğrenci sayıları ekte sunulmuştur.

Alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğunun değerlendirilmesi

Alkol kullandığını belirten öğrenciler mevcut alkol kullanıcısı olarak kabul edilmiştir. Alkol kullanım bozuklukları tanımlama testinden (AUDIT) alınan yüksek puanlar sorunlu alkol kullanımını göstermekte olup, 8’den yüksek puanlar alkol kullanım bozukluğu kabul edilmiştir. 10 maddelik AKB tanımlama testi (AUDIT) 1989 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş (24), AKB taraması için altın standart ölçüm aracı olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Saatçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (25). Cronbach alfa değeri 0,65 ve 0,59 bulunmuştur. Ölçeğin ilk üç sorusu tehlikeli alkol kullanımını; 4,5,6. sorular bağımlılık belirtilerini; son dört soru zararlı alkol kullanımını göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 40 puandır. Önerilen kesme değeri 8’dir. AUDIT ölçeği günümüzde yaygın olarak kullanılmakta olan geçerli, güvenilir bir ölçektir ve DSM-5 tanı kriterlerine göre tanımlanan alkol kullanım bozukluğunu doğru tahmin etmektedir (26)(27)(28). AUDIT anketi için cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyine göre ölçüm değişmezliği kanıtlanmıştır (29).

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini alkol kullanım durumu ve alkol kullanım bozukluğu durumu oluşturmaktadır. Sosyodemografik özellikleri, alkol kullanım özellikleri ve üniversite öğrenimine ilişkin faktörler bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.3. İstatistiksel analiz

Araştırma verileri SPSS 23 programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak verildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Çok değişkenli analizler için Binary Lojistik Regresyon testi ile değerlendirildi. İkili karşılaştırmalarda anlamlı saptanan değişkenler ve yaygın bilinen risk faktörleri ile model 1, bu modele üniversite öğrenimine ilişkin özellikler eklenerek model 2 oluşturuldu. Çoklu bağlantı nedeniyle sınıf değişkeni kategorize edildi. AKB risk faktörlerinin çok değişkenli analizinde ise üniversite değişkeni model uyumunu sağlamak amacıyla çıkarılmıştır. Model uyumu Hosmer-Lemeshow Testi ile değerlendirildi. Açıklayıcılığı değerlendirmede Nagelkerke R² değeri kullanıldı. Sonuçlar AOR ve %95 güven aralıkları ile sunuldu. İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0,05 olarak kabul edildi.

2.4. Etik kurul ve izinler

KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (28.06.2022 tarihli 2021/372 sayılı onay

yazısı) ve üniversitelerin rektörlüklerinden (03.11.2021 tarihli ve 22352 sayılı yazısı, 16.05.2022 tarihli ve 2200018666 sayılı yazısı, 12348 sayılı yazısı) izinler alınmıştır. Araştırma verileri KTÜ’de 20 Aralık 2021-10 Ocak 2022 arası, TRÜ’de 16-27 Mayıs 2022 ve AVÜ’de 23 Mayıs-30 Haziran 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma Karadeniz Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (onay tarih ve yazısı : 24.05.2022-3491).

Bulgular

KTÜ’de 4022, TRÜ’de 1755, AVÜ’de ise 715 kişiye ulaşılmış, uygunsuz anketler (sonuç değişkenine ilişkin soruları boş bırakmak, tutarsız cevaplar) çıkartılarak KTÜ’de 3.902, TRÜ’de 1.641, AVÜ’de ise 670 kişi analize dahil edilmiştir.

Analize dahil edilen 6213 öğrencinin alkol kullanım prevalansı %24,1 (%95 GA 23,0-25,2); alkol kullanım bozukluğu prevalansı %4,9 (%95 GA 4,3-5,4) bulunmuştur. Üniversitelere göre alkol kullanım prevalansları ise KTÜ’de %26,4 (%95 GA 25,4-27,8), TRÜ’de %17,6; (%95 GA 15,8-19,5), AVÜ’de %26,4 (%95 GA 23,2-29,9) saptanmıştır. Üniversitelere göre alkol kullanım bozukluğu prevalansları KTÜ %4,9 (%95 GA 4,3-5,6), TRÜ %4,0 (%95 GA 3,2-5,1), AVÜ %6,6 (%95 GA 4,9-8,6)’dır. (**Tablo 1**). Alkol kullananlar arasında (n=1496) AKB prevalansı ise %20,2 (%95 GA 18,2-22,3)’dir.

Öğrencilerin yaş ortalaması $21,0 \pm 2,6$ idi. Öğrencilerin %58,1’i (n=3611) kadındı. Öğrencilerin %32,9’u (n=2047) birinci, %33,1’i (n=2058) ikinci, %15,4’ü (n=956) üçüncü, 18,5’i (n=1152) dördüncü sınıf ve üstünde eğitim görmekteydi.

Öğrencilerin alkol kullanımı ve alkol kullanım bozuklukları prevalansı ile ilişkili faktörler **Tablo 2.**’de sunulmuştur. Alkol kullanım prevalansı ile yaş, sınıf düzeyi, aile gelir düzeyi, anne ve baba eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır (tamamında $p < 0,001$). Bu değişkenlerin düzeyi arttıkça alkol kullanım prevalansı artmaktadır. Kadınlarda, özel lise mezunlarında, gelir getiren bir işte çalışanlarda, kronik hastalığı olduğunu beyan edenlerde, annesi alkol kullananlarda, babası alkol kullananlarda, yakın arkadaşı alkol kullananlarda da alkol kullanım prevalansının daha yüksek olduğu bulunmuştur (tamamında $p < 0,001$). Öğrenci evinde kalanlarda alkol kullanım prevalansı ailesiyle ve yurttaki kalanlardan daha yüksekti ($p < 0,001$). Fen fakültelerinde eğitim görenlerde alkol kullanım prevalansı sosyal, sağlık ve meslek grubundan daha yüksekti ($p < 0,001$). Üniversitelere göre alkol kullanım prevalansı TRÜ’de en düşüktü ($p < 0,001$). Fakülte eğitim süresiyle alkol kullanım prevalansı arasında istatistiksel ilişki yoktu.

Alkol kullanım bozukluğu prevalansı ile ilişkili faktörler incelendiğinde yaş, aile gelir düzeyi, anne eğitim düzeyi arasında istatistiksel fark vardı (p sırasıyla $< 0,003$; $< 0,001$; $< 0,001$). Kadınlarda, özel lise mezunlarında, gelir getiren bir işte çalışanlarda, kronik hastalığı olduğunu beyan edenlerde, annesi alkol kullananlarda, babası alkol kullananlarda, yakın arkadaşı alkol kullananlarda alkol kullanım bozukluğu prevalansının daha yüksek olduğu bulundu (p sırasıyla $< 0,001$; $< 0,001$; $< 0,001$; $< 0,008$; $< 0,001$; $< 0,001$; $< 0,001$). Üniversitelere göre alkol kullanım bozukluğu prevalansı AVÜ’de en yüksekti; KTÜ %4,9 (n=192) TRÜ %4,0 (n= 66) AVÜ %6,6 (n=44) ($p < 0,034$). Sınıf düzeyleri ve baba

eğitim durumu arasında alkol kullanım prevalansı arasında ilişki bulunmamıştır.

Alkol kullanan öğrencilerin (n=1496) en sık alkol kullandıkları üç ortam %67,8 (n=1014) ile eğlence mekanı, %62,2 (n=930) ile arkadaş evi %39,9 (n=597) ile yaşadığı konut olarak beyan edilmiştir. Alkol kullanan öğrencilerin AKB olma ve AKB olmama durumuna göre alkol kullanım nedenleri **Tablo 3'** de gösterilmiştir.

Çok değişkenli analiz sonuçlarına göre alkol kullanım risk faktörleri **Tablo 4'** sunulmuştur. 21 yaşından büyüklerde [AOR 1,50 (1,17-1,92)] 20 yaşından küçüklere göre risk yüksekti. Annesi yüksek öğretim [AOR 1,71 (1,32-2,21)], ortaöğretim eğitim düzeyine sahip olanlarda [AOR 1,46 (1,21-1,77)] risk ilköğretim ve altı eğitim seviyesinde olanlara göre yüksekti. Baba eğitim düzeyi anlamlı risk faktörü değildi. Cinsiyet [AOR 1,50 (1,17-1,92)], özel lise [1,31 (1,05-1,64)], öğrenci evi/ yurtta kalmak [AOR 1,56(1,32-1,86)], anne ve/ veya baba alkol kullanımı [AOR 5,45 (4,41-6,75)], yakın arkadaşın alkol kullanımı [AOR 7,08(6,03-8,30)] risk faktörü bulundu. Üniversite eğitimine ilişkin özelliklerden fakülte eğitim süresi [AOR 1,30(1,05-1,61)] risk faktörü iken, üniversite, sınıf düzeyi, fakülte türü anlamlı risk faktörü değildi.

AKB için yapılan çok değişkenli analizlere göre yüksek yaş grubunda olmak, cinsiyet [AOR 2,49 (1,88-3,31)], özel lise [AOR 1,61 (1,14-2,27)], öğrenci evi/ yurtta kalmak [AOR 1,42(1,03-1,96)], anne ve/ veya baba alkol kullanımı [AOR 2,14 (1,56-2,93)], yakın arkadaşın alkol kullanımı [AOR 4,61(3,47-6,10)], fakülte eğitim süresi [AOR 1,81 (1,29-2,55)], risk faktörü bulundu. Anne baba eğitim düzeyi ve üniversite eğitimine ilişkin özelliklerden sınıf, fakülte türü risk faktörü değildi (**Tablo 5**).

Tablo 1. Öğrencilerin alkol kullanım ve alkol kullanım bozuklukları prevalansları

	Alkol kullanım prevalansı			AKB prevalansı		
	n	%*	%95 GA	n	%*	%95 GA
KTÜ (n=3.902)	1030	26,4	25,0-27,8	192	4,9	4,3-5,6
TRÜ (n=1.641)	289	17,6	15,8-19,5	66	4,0	3,2-5,1
AVÜ (n=670)	177	26,4	23,2-29,9	44	6,6	4,9-8,6
Genel (n=6.213)	1.496	24,1	23,0-25,2	302	4,9	4,3-5,4
*Sütun yüzdesi verilmiştir.						

Tablo 2. Öğrencilerin Sosyodemografik ve Kişisel Özelliklerine Göre Alkol Kullanım ve AKB Prevalanslarının karşılaştırılması (N=6.213)

	Alkol Kullanımı			AKB		
	n	%*	p	n	%*	p
Cinsiyet (n=6.213)						
Kadın	648	17,9	<0,001	89	2,5	<0,001
Erkek	848	32,6		213	8,2	
Yaş (yıl) (n=6.213)						
20 yaş altı	288	20,7	<0,001	46	3,3	0,003
20-21 yaş	664	23,1		142	4,9	
22 yaş ve üstü	544	28,0		114	5,9	
Mezun olunan lise (n=6.153)						
Kamu	1230	22,4	<0,001	239	4,4	<0,001
Özel	251	38,0		59	8,9	
Sınıf (n=6.213)						
1.sınıf	449	21,9	<0,001	88	4,3	0,310
2.sınıf	463	22,5		111	5,4	
3.sınıf	260	27,2		42	4,4	
4. sınıf ve üstü	324	28,1		61	5,3	
Fakülte eğitim süresi (n=6.213)						
2 yıl	335	23,6	0,625	95	6,7	<0,001
4 yıl ve üstü	1161	24,2		207	4,3	
Fakülte türü (n=6.213)						
Sosyal bilimler	438	20,0	<0,001	81	3,7	<0,001
Fen bilimleri	534	30,3		97	5,5	
Sağlık bilimleri	189	22,6		29	3,5	
Yüksek okullar	335	23,6		95	6,7	
Üniversite						
KTÜ	1030	26,4	<0,001	192	4,9	0,034
TRÜ	289	17,6		66	4,0	
AVÜ	177	26,4		44	6,6	
İkamet yeri (n=6.200)						
Aile evi	356	17,7	<0,001	69	3,4	<0,001
Öğrenci evi	511	45,1		119	10,5	
Yurt	626	20,5		112	3,7	
Kronik Hastalık (n=5.632)						
Var	287	30,0	<0,001	63	6,6	0,008
Yok	1066	22,8		205	4,4	
Kendisinin Çalışma Durumu (n=5.579)						
Çalışıyor	135	38,6	<0,001	31	8,9	<0,001
Çalışmıyor	1224	23,4		229	4,4	

Ailenin aylık toplam geliri (TL) (n=4.980)						
5000 TL ve altı	491	19,5	<0,001	89	3,5	<0,001
5000 TL üstü	711	28,9		155	6,3	
Anne Eğitim Durumu (n=6.193)						
İlköğretim ve altı	778	19,5	<0,001	154	3,9	<0,001
Ortaöğretim ve üstü	711	32,2		148	6,7	
Baba Eğitim Durumu (n=6.142)						
İlköğretim ve altı	602	20,6	<0,001	126	4,3	0,051
Ortaöğretim ve üstü	881	27,3		174	5,4	
Annenin alkol kullanım durumu (n= 5.607)						
Kullanıyor	135	81,3	<0,001	27	16,3	<0,001
Kullanmıyor	1244	22,9		240	4,4	
Babanın alkol kullanım durumu (n=5.562)						
Kullanıyor	393	66,3	<0,001	82	13,8	<0,001
Kullanmıyor	976	19,6		186	3,7	
Alkol kullanan yakın arkadaş varlığı ⁺ (n=5.616)						
Kullanıyor	706	62,5	<0,001	161	14,2	<0,001
Kullanmıyor	655	14,6		105	2,3	
*Satır yüzdesi verilmiştir.						

Tablo 3. AKB olma ve AKB olmama durumuna göre alkol kullanım nedenleri

	Toplam		AKB olan		AKB olmayan		p
	n	%*	n	%*	n	%*	
Eğlenmek için	1075	71,9	225	74,5	850	71,2	0,253
Psikolojik sorunlarım olduğu için	174	11,6	85	28,1	89	7,5	<0,001
Kullananlara özendiğim için	9	0,6	3	1,0	6	0,5	0,324
Ortamlara uyum sağlamak için	249	16,6	62	20,5	187	15,7	0,042
Tadını sevdiğim için	463	30,9	119	39,4	344	28,8	<0,001
Maddi sorunlarım olduğu için	39	2,6	17	5,6	22	1,8	<0,001
Aileden gelen bir alışkanlık olması	41	2,7	16	5,3	25	2,1	0,002
Hoş bir duygu verdiği için	557	37,2	147	48,7	410	34,3	<0,001
Özel bir nedeni yok	383	25,6	54	17,9	329	27,6	<0,001
*Sütun yüzdesi verilmiştir.							

Tablo 4. Alkol kullanımı ile ilişkili faktörlerin regresyon analizi

Bağımsız değişkenler		Model 1 (n=5459)	Model 2 (n=5459)
		AOR(%95 GA)	AOR(%95 GA)
Yaş	20-21	1,13(0,93-1,37)	1,12(0,91-1,37)
(ref: <20)	>21	1,52(1,24-1,86)	1,49(1,17-1,92)

Cinsiyet (ref: Kadın)	Erkek	1,81 (1,56-2,10)	1,74 (1,50-2,02)
Mezun olunan lise (ref: devlet)	Özel	1,36 (1,08-1,69)	1,31 (1,05-1,64)
İkamet yeri (ref: Aile evi)	Öğrenci evi/ Yurt	1,54 (1,31-1,82)	1,56 (1,32-1,85)
Anne eğitim	Ortaöğretim	1,46 (1,21-1,77)	1,46 (1,21-1,77)
(ref: İlköğretim ve altı)	Yükseköğretim	1,67 (1,29-2,16)	1,71 (1,32-2,21)
Baba eğitim	Ortaöğretim	0,99(0,83-1,19)	0,99(0,83-1,20)
(ref: İlköğretim ve altı)	Yükseköğretim	1,08(0,86-1,35)	1,12 (0,89-1,40)
Anne ve/ veya alkol kullanımı (ref: kullanmıyor)	En az biri kullanıyor	5,46 (4,42-6,75)	5,45 (4,41-6,75)
Yakın arkadaş alkol kullanımı* (ref: kullanmıyor)	En az biri kullanıyor	7,12 (6,07-8,35)	7,08 (6,03-8,31)
Üniversite (ref: KTÜ)	TRÜ		0,73(0,60-0,88)
	AVÜ		1,01(0,77- 1,32)
Fakülte eğitim süresi (ref: 4 yıl ve üzeri)	2 yıl		1,30 (1,05-1,61)
Sınıf (ref: 1. ve 2. sınıf)	3. sınıf ve üstü		1,10 (0,91-1,34)
Fakülte türü (ref: sağlık ilişkili)			0,84(0,69-1,04)
Model p değeri		<0,001	<0,001
Model 1: Nagelkerke R Square: 0,339 Hosmer and Lemeshow Test: 0,087			
Model 2: Nagelkerke R Square: 0,342 Hosmer and Lemeshow Test: 0,033			

Tablo 5. Alkol kullanım bozukluğu ile ilişkili faktörlerin regresyon analizi

Bağımsız değişkenler		Model 1 (n=5459)	Model 2 (n=5459)
		AOR (%95 GA)	AOR (%95 GA)
Yaş (ref: <20)	20-21	1,45 (0,99-2,11)	1,49 (1,01-2,20)
	>21	1,75 (1,18-2,59)	2,00 (1,27-3,14)
Cinsiyet (ref: Kadın)	Erkek	2,53 (1,91-3,35)	2,49 (1,88-3,31)
Mezun olunan lise (ref: devlet)	Özel	1,64 (1,16-2,31)	1,61 (1,14-2,27)
İkamet yeri (ref: Aile evi)	Öğrenci evi/ Yurt	1,30 (0,96-1,78)	1,42 (1,03-1,96)
Anne eğitimi	Ortaöğretim	1,23 (0,87-1,73)	1,24(0,88-1,74)

(ref: İlköğretim ve altı)	Yükseköğretim	1,46(0,93-2,26)	1,52(0,97-2,36)
Baba eğitimi	Ortaöğretim	0,89(0,64-1,24)	0,91(0,65-1,28)
(ref: İlköğretim ve altı)	Yükseköğretim	0,78(0,52-1,18)	0,86(0,57-1,31)
Anne ve/ veya alkol kullanımı (ref: kullanmıyor)	En az biri kullanıyor	2,15(1,57-2,94)	2,14(1,56-2,93)
Yakın arkadaş alkol kullanımı* (ref: kullanmıyor)	En az biri kullanıyor	4,59(3,47-6,07)	4,61(3,47-6,10)
Fakülte eğitim süresi (ref: 4 yıl ve üzeri)	2 yıl		1,81(1,29-2,55)
Sınıf (ref: 1. ve 2.sınıf)	3. sınıf ve üstü		0,90(0,74-1,10)
Fakülte türü (ref: sağlık ilişkili)			0,77(0,54-1,11)
Model p değeri		<0,001	<0,001
Model 1: Nagelkerke R Square: 0,174 Hosmer and Lemeshow Test: 0,089			
Model 2: Nagelkerke R Square: 0,182 Hosmer and Lemeshow Test: 0,049			

Sonuç

Trabzon ili üniversite öğrencilerinde alkol kullanım prevalansı %24,1 alkol kullanım bozukluğu prevalansı %4,9 bulunmuştur. Üniversite öğrencileri arasında 20 yaş üzeri üniversite öğrencileri, erkek cinsiyet, özel lise, aileden ayrı yaşamak, yükseköğretim ve ortaöğretim anne eğitimi, anne ve/ veya babanın alkol kullanıyor olması, yakın arkadaşın alkol kullanıyor olması, ön lisans programlarında okuyor olmak alkol kullanımı yönünden risk faktörü olarak saptanmıştır. Alkol kullanım bozukluğu risk faktörü olarak bulunan değişkenler ise erkek cinsiyet, aileden ayrı yaşamak, anne ve/ veya babanın alkol kullanıyor olması, yakın arkadaşın alkol kullanıyor olması, ön lisans programlarında okuyor olmasıdır.

Aileden ayrı kalma, anne ve/ veya babanın alkol kullanıyor olması, yakın arkadaşın alkol kullanıyor olması risk faktörleri arasında ön plana çıkmıştır. Bu sonuçlar bize bu üniversitelerde alkol kullanımı ile mücadele yapılması gerektiğini ortaya koymuştur. Bu mücadele kapsamında akran etkileşiminin ön plana alınıp üniversitelerde öğrenci kulüplerinin kurulmasına, var olan öğrenci kulüplerinin daha aktif çalışmasına ağırlık verilmelidir. Ayrıca üniversite öncesi dönemde ailenin ve aile desteğinin önemi göz ardı edilmemelidir. Psikiyatrist ve psikolog destekli, risk gruplarını tanıyan, aktivitelere yönlendirebilen merkezler oluşturulmalıdır. Yüksek risk gruplarını uygulanabilecek tedaviler hakkında bilgilendirecek ve bu tedavilerin verildiği merkezlere yönlendirebilecek birimler oluşturulmalıdır. Üniversitelerde rektörlük tabanlı, fakültelere ve yüksek okullara özel sağlık hizmetleri sunan merkezler kurulabilir, var olan merkezlerle de iş birliği yapılabilir.

Kaynaklar

1. Alcohol use EURO [Internet]. [cited 2022 Aug 29]. Available from: https://www.who.int/europe/health-topics/alcohol#tab=tab_1
2. Murphy E, O'Sullivan I, O'Donovan D, Hope A, Davoren MP. The association between parental attitudes and alcohol consumption and adolescent alcohol consumption in Southern Ireland: A cross-sectional study. BMC Public Health [Internet]. 2016 Aug 18 [cited 2022 Aug 31];16(1):1-8. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3504-0>
3. Paz-Zulueta M, Herrero-Montes M, Alonso-Blanco C, Pellico-López A, Ruiz-Azcona L, Sarabia-Cobo C, et al. Excessive alcohol consumption and binge drinking in college students. PeerJ [Internet]. 2022 May 6 [cited 2022 Aug 29];10:e13368. Available from: <https://peerj.com/articles/13368>
4. Sánchez-Puertas R, Ruisoto P, López-Núñez C, Vaca-Gallegos S. Gender Differences in Transdiagnostic Predictors of Problematic Alcohol Consumption in a Large Sample of College Students in Ecuador. Front Psychol [Internet]. 2022 Feb 24 [cited 2022 Aug 31];13:784896. Available from: <https://pmc/articles/PMC8907652/>
5. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. 2019 [cited 2022 Sep 12]; Available from: www.thelancet.com
6. APA. The diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). 2013.
7. Hammer JH, Parent MC, Spiker DA, World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Vol. 65, Global status report on alcohol. 2018. 74-85 p. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29355346
8. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet. 2009 Jun 27;373(9682):2223-33.
9. Brislin SJ, Clark DA, Heitzeg MM, Samek DR, Iacono WG, McGue M, et al. Co-development of alcohol use problems and antisocial peer affiliation from ages 11 to 34: selection, socialization and genetic and environmental influences. Addiction [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2022 Aug 29];116(8):1999-2007. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.15402>
10. Corney T, du Plessis K. Australian first-year university college residents' alcohol consumption and alcohol-related harms: <https://doi.org/10.1177/14550725221090037> [Internet]. 2022 Apr 13 [cited 2022 Aug 29];2022(4):406-17. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14550725221090037>
11. Musyoka CM, Mwayo A, Donovan DM, Mathai M. mHealth-based peer mentoring for prevention of alcohol and substance abuse among first year university students: protocol for quasi-experimental intervention. <https://doi.org/10.1080/1465989120201766131> [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 10];26(1):53-9. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14659891.2020.1766131>
12. Dayan J, Bernard A, Ollic B, Mailhes AS, Kermarrec S. Adolescent brain development, risk-taking and vulnerability to addiction. J Physiol Paris [Internet]. 2010;104(5-6):279-86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphysparis.2010.08.007>

13. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması Raporu. 2019; Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/14>. Serra G. Üniversite öğrencilerinde madde kullanma ve anne babaya bağlanma biçimleri. 2010;11:305–12.
15. ÖZÇIRPICI B, COŞKUN F, ÖZGÜR S. Gaziantep Üniversitesi Merkez Kampüsü'ndeki lisans öğrencilerinde alkol ve madde kullanma durumu. ORTADOĞU TIP DERGİSİ [Internet]. 2019 May 19 [cited 2022 Sep 6];11(2):143–7. Available from: <http://search/yayin/detay/401124>
16. Demirci M, Eker E. Üniversite Öğrencilerinin Madde Bağımlılığı Sıklığı Ve Madde Kullanım Özellikleri. 2017;48:63–84.
17. Atlam DH, Yüncü Z. Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanım Bozukluğu ve Ailesel Madde Kullanımı Arasındaki İlişki. Klin Psikiyatr Derg. 2017;20(3):161–70.
18. Ömer Halisdemir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi N, Makalesi A, Yılmaz G, İbiş S, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi D, Bilimleri Fakültesi S. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA, ALKOL VE UYUŞTURUCU MADDE KULLANMA DURUMLARI. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg [Internet]. 2020 Dec 30 [cited 2022 Aug 31];2(2):73–80. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/nohusosbil/issue/59391/734094>
19. ALAÇAM H, KORKMAZ A, EFE M, ŞENGÜL CB, ŞENGÜL C. Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde alkol ve sigara bağımlılığı taraması. Pamukkale Med J [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2021 Oct 10];(2):82–7. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/patd/392940>
20. Çam C, Kılınç A, Ahmet A, Önsüz MF, Metintaş S. Evaluation of hazardous alcohol consumption prevalence of university students in Turkey. Eur J Public Health [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 Oct 10];30(Supplement_5). Available from: https://academic.oup.com/eurpub/article/30/Supplement_5/ckaa165.687/5916111
21. Dayı A, Gulec G, Mutlu F. Prevalence of tobacco, alcohol and substance use among Eskişehir Osmangazi University students. Dusunen Adam. 2015;28(4):309–18.
22. Sağlık riskleri - Alkol tüketimi - OECD Verileri [Internet]. [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm>
23. TÜİK Kurumsal [Internet]. [cited 2022 Sep 5]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=45500>
24. SAUNDERS JB, AASLAND OG, BABOR TF, DE LA FUENTE JR, GRANT M. velopment of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with De Harmful Alcohol Consumption--II. Addiction [Internet]. 1993 [cited 2022 Aug 29];88(6):791–804. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8329970/>
25. Saatçioğlu Ö, Evren C, Çakmak D. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi | TOAD [Internet]. 2002. [cited 2022 Aug 29]. Available from: <https://toad.halileksi.net/olcek/alkol-kullanim-bozukluklari-tanima-testi>
26. Kranzler HR, Soyka M. Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder: A Review. JAMA [Internet]. 2018 Aug 8 [cited 2022 Aug 29];320(8):815. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111111/>
27. Foxcroft DR, Smith LA, Thomas H, Howcutt S. Accuracy of Alcohol Use Disorders Identification Test for Detecting Problem Drinking in 18–35 Year-Olds in England: Method Comparison Study. Alcohol Alcohol

- [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2022 Aug 29];50(2):244–50. Available from: <https://academic.oup.com/alcalc/article/50/2/244/131404>
28. Hagman BT. Performance of the AUDIT in Detecting DSM-5 Alcohol Use Disorders in College Students. <http://dx.doi.org/10.1080/10826084.2016.1188949> [Internet]. 2016 Sep 18 [cited 2022 Aug 29];51(11):1521–8. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10826084.2016.1188949>
 29. Skogen JC, Thørrisen MM, Olsen E, Hesse M, Aas RW. Evidence for essential unidimensionality of AUDIT and measurement invariance across gender, age and education. Results from the WIRUS study. *Drug Alcohol Depend.* 2019 Sep 1;202:87–92.
 30. Cömert IT, Narter M, Kalyoncu H, İktisadi Ü, Ve Sosyal İ, Fakültesi B, et al. AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ Sayı: 35 Mart-Nisan 2013 Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi STUDY OF SUBSTANCE ABUSE ON STUDENTS OF VOCATIONAL SCIENCES AND FACULTIES IN ISTANBUL AYDIN UNIVERSITY. [cited 2022 Sep 6]; Available from: <http://www.akademikbakis.org>
 31. Totan T, Kamu Politikası Olarak -Bağımlılıkla Mücadele B, Yalçınkaya Alkar Ö, Bardak F. Ege Üniversitesi öğrencileri arasında bağımlılık yapıcı madde kullanımının çok boyutlu ölçekleme yöntemiyle inc... Related papers.
 32. Diseases N, Akvardar Y. A Social Norms Approach to Substance Abuse Prevention in Youth “ The more I think you drink , the more I drink ” Gençlerde Madde Kullanımının Önlenmesinde Sosyal Norm Yaklaşımı. 2015;(September 2016).
 33. Akvardar Y, Demiral Y, Ergör G, Ergör A, Bilici M, Özer ÖA. Substance use in a sample of Turkish medical students. *Drug Alcohol Depend.* 2003;72(2):117–21.
 34. Verhoog S, Dopmeijer JM, De Jonge JM, Van Der Heijde CM, Vonk P, Bovens RHL, et al. The Use of the Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption as an Indicator of Hazardous Alcohol Use among University Students. *Eur Addict Res* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2022 Aug 29];26(1):1–9. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/503342>
 35. López V, Paladines B, Vaca S, Cacho R, Fernández-Montalvo J, Ruisoto P. Psychometric properties and factor structure of an Ecuadorian version of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in college students. *PLoS One* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2022 Aug 30];14(7):e0219618. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0219618>
 36. Gavurova B, Ivankova V, of MR-I journal, 2020 undefined. Relationships between perceived stress, depression and alcohol use disorders in university students during the COVID-19 pandemic: a socio-economic dimension. *mdpi.com* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Sep 6];17(23):1–25. Available from: <https://www.mdpi.com/905616>
 37. Villarosa-Hurlocker MC, Schutts JW, Madson MB, Jordan HR, Whitley RB, Mohn RC. Screening for alcohol use disorders in college student drinkers with the AUDIT and the USAUDIT: a receiver operating characteristic curve analysis. <https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1712410> [Internet]. 2020 Sep 2 [cited 2022 Sep 6];46(5):531–45. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00952990.2020.1712410>
 38. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* [Internet]. 2018 Sep 22 [cited 2022 Aug 29];392(10152):1015–35. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673618313102/fulltext>

39. Milic J, Glisic M, Voortman T, Borba LP, Asllanaj E, Rojas LZ, et al. Menopause, ageing, and alcohol use disorders in women. *Maturitas*. 2018 May 1;111:100–9.
40. Perrotte JK, Martin JL, Piña-Watson B. Traditional feminine gender roles, alcohol use, and protective behavioral strategies among Latina college students. <https://doi.org/10.1080/0744848120191705836> [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 6];69(6):644–52. Available from: <https://cogentoa.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07448481.2019.1705836>
41. Tıp Derg F, Med F, Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara K, ve Madde Kullanım Sıklığı Neşe ULUKOCA A, Gökğöz Ş, KARAKOÇ Kırklareli Üniversitesi A, et al. *Klinik Araştırma*. J. 2013;18(4):230–4.
42. Villegas-Pantoja M, Guzmán-Facundo F, Alonso-Castillo M, de la Rubia JM, López-García K. Parenting Behaviors and Their Relationship With Alcohol Involvement in Mexican Teenagers and Young Adults. <https://doi.org/10.1080/1067828X20181455612> [Internet]. 2018 Jul 4 [cited 2022 Sep 2];27(4):227–37. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1067828X.2018.1455612>
43. Erdal H, Gökhan DOĞAN H, Ağcadağ D, Üniversitesi G, Meslek Yüksekokulu T, Bölümü S. Üniversite Öğrencilerinin Alkol Kullanma Durumları Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Analizi (Gaziosmanpaşa Üniversitesi Örneği). *Int J Soc Econ Sci* [Internet]. 2013 [cited 2022 Sep 9];3(1):95–9. Available from: <https://ijses.org/index.php/ijses/article/view/85>
44. Romero-Rodríguez E, Amezcua-Prieto C, Morales-Suárez-Varela M, Pérez CA, Mateos-Campos R, Marcos-Delgado A, et al. Alcohol use and family-related factors among Spanish university students: the unHicos project. *BMC Public Heal* 2022 221 [Internet]. 2022 Aug 19 [cited 2022 Aug 29];22(1):1–10. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13900-8>
45. H H, YM S, TN S, NMM H, K LM, SM C, et al. Prevalence of alcohol consumption and its risk factors among university students: A cross-sectional study across six universities in Myanmar. *PLoS One* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2021 Oct 12];15(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32084226/>
46. Mikolajczyk RT, Sebens R, Warich J, Naydenova V, Dudziak U, Orosova O. Alcohol Drinking in University Students Matters for Their Self-Rated Health Status: A Cross-sectional Study in Three European Countries. *Front Public Heal* [Internet]. 2016 Sep 27 [cited 2021 Oct 12];4(SEP):210. Available from: <https://pmc/articles/PMC5037320/>
47. Karam E, Kypri K, Salamoun M. Alcohol use among college students: An international perspective. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2007 May [cited 2022 Aug 30];20(3):213–21. Available from: https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2007/05000/Alcohol_use_among_college_students__an.8.aspx
48. He J, Muntner P, Chen J, Roccella EJ, Streiffer RH, Whelton PK. Factors associated with hypertension control in the general population of the United States. *Arch Intern Med*. 2002;162(9):1051–8.
49. Yoshimoto H, Kawaida K, Goto R, Saito G, Ogai Y, Morita N, et al. Reasons for drinking among college students in Japan: a cross-sectional study. [jstage.jst.go.jp](https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/246/3/246_183/_article/-char/ja/) [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2022 Aug 31];246(3):183–9. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/246/3/246_183/_article/-char/ja/
50. WHO | Development of a WHO global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. WHO [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 28]; Available from: http://www.who.int/nmh/events/2013/consultation_201303015/en/
51. Francis JM, Weiss HA, Mshana G, Baisley K, Grosskurth H, Kapiga SH. The Epidemiology of Alcohol Use and Alcohol Use Disorders among Young People in Northern Tanzania. *PLoS One* [Internet]. 2015 Oct 7 [cited 2022 Aug 31];10(10):e0140041. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0140041>

TRABZON İLİ ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE MADDE KULLANIM PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Cansu Ağralı Gündoğmuş¹, Sevil Turhan¹, Yusuf Emre Bostan¹, Abdul Kadir Albayraktar¹, Nazım Ercüment Beyhun¹, Murat Topbaş¹, Aykut Karahan², Samiye Çilem Bilginer², Gizem Nur Şakar³, Nihan Kalkandeler³,

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

³Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Bölümü, Trabzon, Türkiye

cns.agrali@gmail.com

Giriş

Madde kullanımı bireyler, aileler ve topluluklar üzerinde sosyal, bedensel ve mental sağlık sorunlarına sebep olmaktadır (1) Madde kullanımı için genç yetişkin yaş grubu en riskli dönem olarak değerlendirilmektedir (2)(3). Bu dönem bilişsel, sosyal ve duygusal değişimlerin yaşandığı yeni bir dönemdir (4) Sağlıklı bir toplum oluşturulmasında genç neslin alışkanlıklarının önemi büyüktür. Üniversite döneminde; evden ve aileden ayrılma, yeni bir çevreye uyum sağlama ve iş bulmayla ilgili belirsizlikler anksiyete sebebi olabilmektedir (5)(6) (7) Bu nedenle madde kullanımı anksiyete ile başa çıkma yöntemi olarak kullanılabilir (8)(9)

Gençlik döneminde sigara veya alkol içmeye başlayan kişilerin yetişkinlikte madde kullanım olasılığının arttığı bildirilmiştir (10) Gençler madde kullanımını istediği zaman kontrol edebileceğini ve bağımlı olmayacağını düşünebilmektedir. Ancak kullanılan maddenin türüne, kullanan kişinin bedensel ve mental durumuna göre bağımlılık gerçekleşebilmektedir (11) (12). Dünya Uyuşturucu Raporu'na (13) göre dünyada 269 milyon kişi madde kullanmakta ve en büyük kullanıcı payını ise genç yetişkin yaş grubu(15-34 yaş) oluşturmaktadır. Avrupa'da 2020 yılında 18 milyon genç yetişkinin madde kullandığı tahmin edilmektedir (14). Türkiye'de 2018 yılı verilerine göre yaşam boyu madde kullanma prevalansı %3,1'dir, en yoğun yaş grubu 15-34 yaş grubudur ve ilk kullanım yaş ortalaması 19'dur (15). Ülkemizde epidemiyolojik çalışmalar genellikle öğrenciler başta olmak üzere belirli popülasyonlarla yapılmakta ve madde kullanımı diğer Avrupa ülkelerine göre daha düşük görülmektedir (14) (16)(17)

Türkiye'de üniversite öğrencilerine yönelik yapılan çalışmalarda madde kullanım prevalansı %1,6-12,5 (16)(17) (18) (19)(4) arasında değişmekte olup, madde kullanım prevalansları çalışma yılına, çalışma popülasyonuna ve çalışma tasarımına göre değişmektedir. Türkiye coğrafi konumu ve genç nüfusu sebebiyle maddeden doğrudan etkilenen ülkeler arasında olduğundan, madde kullanımı giderek daha önemli bir sorun haline gelmektedir (3). Ayrıca madde kullanımı birçok bulaşıcı olmayan hastalık (BOH) için değiştirilebilir önemli bir risk faktörüdür (20) Bu nedenle önleyici programlar kapsamında uyuşturucu madde kullanımının engellenmesine yönelik stratejiler, BOH'lerin Önlenmesi ve Kontrolüne ilişkin Küresel Eylem Planında (hedef 3.5) ve Sürdürülebilir Kalkınma

Hedeflerinde kapsamlı ele alınmıştır.

Üniversite öğrencileri arasında madde kullanımının önlenmesi, madde kullanımının kısa ve uzun dönemde neden olacağı olumsuz sonuçları önlemenin anahtarıdır. Üniversite öğrencilerinde yapılan her araştırma o bölge için uygun hizmetleri ve önleme programlarını planlamak için gereklidir. Türkiye’de farklı üniversitelerde yapılan araştırmalarda prevalansların ve etkileyen faktörlerin değiştiği görülmektedir. Özellikle Covid-19 pandemisi tüm dünyada olduğu gibi Ülkemizde ve Trabzon’da da üniversite öğrencilerini önemli ölçüde etkilemiştir. Okulların geçici süre kapatılması ve geçici sürenin uzatılarak çevrimiçi eğitime dönülmesi ile başlayan değişikliklerin (öğrenim koşulları, çevrimiçi öğrenim için gerekli teknolojik donanımına sahip olma/olamama, yurtların kapatılması, aile yanına geri dönme veya dönememe, çalışan öğrencilerin işten ayrılmak zorunda kalması, ...) getirdiği çoklu yönlü belirsizlikler, öğrencilerde önemli davranış değişikliğine yol açmış olabilir. Stres, ekonomik değişiklikler, okul ve sınıf ortamından uzak kalma, yurttan ayrılarak arkadaşlarla ev tutma gibi değişen yaşam koşulları madde kullanım prevalansını farklı düzeyde değiştirmiş olabilir. Amacımız Türkiye’nin kuzeydoğusunda yer alan, iki kamu bir vakıf üniversitesini içeren ve geniş bir öğrenci popülasyonuna sahip olan Trabzon ili üniversite öğrencilerinde madde kullanım prevalansı ve etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

Gereç yöntem

2.1. Araştırmanın evreni ve veri toplama yöntemi

Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Trabzon ili sınırları içerisindeki üç farklı üniversitede eğitim gören; Karadeniz Teknik Üniversitesi’nde (KTÜ) 19820 öğrenci, Trabzon Üniversitesi’nde (TRÜ) 8983 öğrenci, Avrasya Üniversitesi’nde (AVÜ) 4398 öğrenci olmak üzere toplam 33.201 lisans, ön lisans öğrencisi oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı Trabzon Türkiye’nin kuzeydoğusunda yer alan nüfusu 816.684, genç nüfus oranı %14,4 olan bir ildir (23). KTÜ 1955 yılında kurulan kamu üniversitedir; ana yerleşkesi merkezde olmak üzere on yerleşkesi mevcuttur. Üniversitede 12 fakülte, 1 yüksekokul, 8 meslek yüksekokulu bulunmaktadır. TRÜ 2018 yılında KTÜ bünyesinden ayrılarak kurulan bir kamu üniversitesidir; ana yerleşkesi merkezde olmak üzere 5 yerleşkesi mevcuttur. Üniversitede 8 fakülte, 2 yüksek okul, 6 meslek yüksek okulu ve devlet konservatuvarı bölümü bulunmaktadır. AVÜ, 2010 yılında kurulan vakıf üniversitesi olup, merkezde iki yerleşkesi bulunmaktadır. Üniversitede 4 fakülte, 3 meslek yüksekokulu bulunmaktadır.

Araştırmada örneklem büyüklüğü Open Epi yazılımı kullanılarak hesaplandı. Örneklem büyüklüğü KTÜ için beklenen prevalans %8, sapma %1 ve %95 güven aralığı ile gerekli olan minimum örneklem boyutu 2475 kişi hesaplandı. Anket formlarında olası hatalar nedeniyle örneklem %25 artırılarak 3500 kişiye ulaşılması hedeflendi. KTÜ öğrenci sayıları ile orantılı olarak TRÜ’de 1800, AVÜ’de 700 kişiye ulaşılması planlandı. Evren temsiliyetini sağlamak için örneklem fakülte ve programlara, akademik eğitim yıllarına göre ağırlıklandırıldı. Anketler sınıf ortamında, yalnızca sorumlu araştırmacı gözetiminde uygulandı. Uygulama öncesi katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak, gönüllülük esasına göre çalışmaya davet edildi. Katılmak istemeyenler sınıf ortamından ayrıldı.

2.2. Veri toplama formu

Araştırmacı tarafından tasarlanan veri toplama formu sosyodemografik ve kişisel özellikleri, madde kullanım durumunu, kullanılan madde türlerini, madde kullanım özelliklerini sorgulayan bölümleri içermektedir. Veri toplama formu KTÜ'de 20 Aralık 2021-10 Ocak 2022, TRÜ'de 16-27 Mayıs 2022 ve AVÜ'de 23 Mayıs-30 Haziran 2022 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Madde kullanımının değerlendirilmesi

Esrar, ekstazi, marihuana, tiner, bali, uhu, sakinleştirici hap, uyku hapi, metamfetamin, kokain, bonzai, captagon, eroin, relaktin (dummy drug) maddelerinden herhangi birini yaşam boyu ve son 12 ay içerisinde en az bir kere kullanan kişi ilaç dışı madde kullanıcısı olarak kabul edilmiştir. Hekim önerisi dışında (reçete yazılmadan veya hekim önerisinden daha uzun süre, daha fazla miktarda, daha farklı şekilde) sakinleştirici hap ve uyku hapi kullanımı ayrı olarak sorgulanmış olup yaşam boyu ve son 12 ay içerisinde en az bir kere kullanan kişi ilaç kullanıcısı (ilaç yanlış kullanımı ve/veya ilaç suistimali) kabul edilmiştir. İlaç ve/veya ilaç dışı madde kullandığını beyan eden öğrenciler madde kullanıcısı kabul edilmiştir.

Bağımlı ve bağımsız değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri yaşam boyu madde kullanma ve son 12 ay içerisinde madde kullanma durumudur. Araştırmanın bağımsız değişkenleri cinsiyet, yaş, mezun olunan lise, sınıf, fakülte eğitim süresi, fakülte türü, üniversite, ikamet yeri, kronik hastalık durumu, kendisinin çalışma durumu, ailenin aylık toplam geliri, anne eğitim durumu, baba eğitim durumudur. Anket formunda madde türleri ayrı ayrı sorgulanmış olup bulguların sunumunda kategorize edilmiştir. Madde türlerinin kategorizasyonunda Amerikan psikiyatri derneğinin yayınladığı DSM-5 tanı ölçüleri başvuru kitabı (24) ve DSÖ'nün geliştirmiş olduğu ölçekten yararlanılmıştır (25) alkol ve tütün kullanımı dahil edilmemiştir).

2.3. İstatistiksel analiz

Araştırma verileri SPSS 23 programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Çok değişkenli analizler için Binary Lojistik Regresyon testi ile değerlendirildi. İkili karşılaştırmalarda anlamlı saptanan değişkenler ve yaygın bilinen risk faktörleri ile üniversite öğrenimine ilişkin özellikler eklenerek model oluşturuldu. Aralarında korelasyon görülen faktörlerden biri modele eklendi ve kayıp veri miktarı çok olan değişkenler modele eklenmedi. Model uyumu Hosmer-Lemeshow Testi ile değerlendirildi. Açıklayıcılığı değerlendirmede Nagelkerke R² değeri kullanıldı. Sonuçlar AOR ve %95 güven aralıkları ile sunuldu. İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0,05 olarak kabul edildi.

2.4. Etik kurul ve izinler

KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (28.06.2022 tarihli 2021/372 sayılı onay

yazısı) ve üniversitelerin rektörlüklerinden (03.11.2021 tarihli ve 22352 sayılı yazısı, 16.05.2022 tarihli ve 2200018666 sayılı yazısı, 12348 sayılı yazısı) izinler alınmıştır. Araştırma Karadeniz Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (onay tarih ve yazısı: 24.05.2022-3491).

Bulgular

KTÜ'de 4022, TRÜ'de 1755, AVÜ'de ise 715 kişiye ulaşılmış, uygunsuz anketler (sonuç değişkenine ilişkin soruları boş bırakmak, tutarsız cevaplar, kukla değişkeni işaretleyenler) çıkartılarak KTÜ'de 3899, TRÜ'de 1640, AVÜ'de ise 669 kişi analize dahil edilmiştir.

Analize dahil edilen 6208 öğrencinin ilaç dışı madde kullanım prevalansı %4,6 (%95GA 3,8-4,9), son 12 ay ilaç dışı madde kullanımı %1,5 (%95GA 1,2-1,9) belirlenmiştir. Öğrencilerde yaşam boyu ilaç kullanım prevalansı %4,9 (%95GA 4,2-5,3), son 12 ay ilaç kullanım prevalansı %2,1 (%95GA 1,8-2,5)'dir. Yaşam boyu madde kullanım prevalansı %8,2 (%95GA 7,2-8,5), son 12 ay madde kullanım prevalansı %3,4 (%95GA 3,0-3,9) tespit edilmiştir (**Tablo 1**).

Öğrencilerin yaş ortalaması $21,0 \pm 2,6$ idi. Öğrencilerin %58,2'si (n=3611) kadındı. Öğrencilerin %32,9'u (n=2047) birinci, %33,1'i (n=2058) ikinci, %15,4'ü (n=956) üçüncü, %18,6'sı (n=1152) dördüncü sınıf ve üstünde eğitim görmekteydi.

Kullanılan maddelerin prevalansları **Tablo 2**'de sunulmuştur. Yaşam boyu en fazla kullanılan ilk üç madde; sakinleştirici -uyku ilacı (%4,90), uçucular (%2,45), kannabinoidler (%2,14)' dir. Son 12 ay en fazla kullanılan maddeler sakinleştirici-uyku hapı(%2,14), kannabinoidler (%0,77), uçucular (%0,58)'dir. Öğrencilerin madde kullanım özellikleri incelendiğinde en sık madde kullandıkları üç ortam %15,5(n=79) ile yaşadığım konut, %13,6 (n=69) ile arkadaş evi % 7,1(n=36) eğlence mekanı olarak beyan edilmiştir. Madde kullanım nedenleri incelendiğinde en fazla belirtilen ilk üç neden sırasıyla; eğlenmek (%14,3), psikolojik sorun olması (%9,8), hoş bir duygu verdiği için %9,6'dır.

Öğrencilerin yaşam boyu ve son 12 ay madde kullanım prevalansı ile ilişkili faktörler **Tablo 4**.'te sunulmuştur. Yaşam boyu madde kullanım prevalansı ile yaş, aile gelir düzeyi, anne ve baba eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır (sırasıyla $p<0,001$; $p:0,020$; $p<0,001$; $p:0,016$). Erkeklerde, özel lise mezunlarında, gelir getiren bir işte çalışanlarda, kronik hastalığı olduğunu beyan edenlerde, özel üniversitede eğitim görenlerde yaşam boyu madde kullanım prevalansı daha yüksek olduğu bulunmuştur. Öğrenci evinde kalanlarda yaşam boyu madde kullanım prevalansı ailesiyle veya yurttan kalanlardan daha yüksekti ($p<0,001$). Üniversitelere göre yaşam boyu madde kullanım prevalansı KTÜ'de en düşüktü ($p<0,001$). Fakülte eğitim süresi, fakülte türü, sınıf düzeyiyle yaşam boyu madde kullanım prevalansı arasında istatistiksel ilişki yoktu.

Öğrencilerin son 12 ay madde kullanım prevalansı özel lise mezunlarında, iki yıl eğitim süreli fakültede eğitim görenlerde, kronik hastalığı olduğunu beyan edenlerde, gelir getiren bir işte çalışanlarda, annesinin eğitim seviyesi yükseköğretim olanlarda daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$; $p:0,032$; $p<0,001$; $p:0,004$; $p<0,001$). Öğrenci evinde kalanlarda son 12 ay madde kullanım

prevalansı ailesiyle veya yurttan kalanlardan daha yüksekti ($p < 0,001$). Üniversitelere göre son 12 ay madde kullanım prevalansı TRÜ’de en düşüktü ($p:0,002$). Yüksek okulda eğitim görenlerde son 12 ay madde kullanım prevalansı sosyal bilimler, sağlık bilimleri ve fen bilimleri grubundan daha yüksekti ($p:0,010$).

Çok değişkenli analiz sonuçlarına göre madde kullanım risk faktörleri **Tablo 5**’te sunulmuştur. Erkeklerde yaşam boyu madde kullanım riski kadınlara göre 1,39(1,15-1,68) kat yüksekti. Annesi yüksek öğretim [AOR 1,51(1,10-2,07)], ortaöğretim eğitim düzeyine sahip olanlarda [AOR 1,38(1,09-1,75)] risk, ilköğretim ve altı eğitim seviyesinde olanlara göre yüksekti. Üniversite özelliklerine ilişkin özelliklerden fakülte türü, fakülte eğitim süresi, baba eğitim düzeyi anlamlı risk faktörü değildi. Yaşam boyu madde kullanımını değerlendiren modelde Hosmer-Lemeshow 0,567 Nagelkerke R^2 0,030 idi. Son 12 ay madde kullanımı için yapılan çok değişkenli analizlere göre öğrenci evinde kalmak [AOR 2,14(1,46-3,12)], annenin yükseköğretim eğitim düzeyinde olması [AOR 2,01(1,26-3,18)] risk faktörü belirlenmiştir(**Tablo 5**). Son 12 ay madde kullanımını değerlendiren modelde Hosmer-Lemeshow 0,470 Nagelkerke R^2 0,036 idi.

Tablo 1. Öğrencilerin madde kullanım prevalansları

	TOPLAM (n=6.208)		KTÜ (n=3.899)		TRÜ (n=1.640)		AVÜ (n=669)	
	n	%(%95GA)	n	%(%95GA)	n	%(%95GA)	n	%(%95GA)
Yaşam boyu ilaç dışı madde kullanımı	283	4,6 (3,8-4,9)	175	4,5 (3,8-5,1)	70	4,3 (3,0-4,9)	38	5,7(3,5-6,8)
Son 12 ay ilaç dışı madde kullanımı	95	1,5 (1,2-1,9)	61	1,6 (1,2-2,0)	19	1,2 (0,7-1,8)	15	2,2(1,3-3,6)
Yaşam boyu ilaç kullanımı	304	4,9 (4,2-5,3)	173	4,4 (3,8-5,1)	86	5,2 (3,8-5,9)	45	6,7(4,5-8,1)
Son 12 ay ilaç kullanımı	133	2,1 (1,8-2,5)	76	1,9 (1,6-2,4)	33	2,0 (1,4-2,8)	24	3,6(2,4-5,2)
Yaşam boyu ilaç / madde	509	8,2 (7,2-8,5)	302	7,7 (6,9-8,6)	132	8,0 (6,1-8,7)	75	11,2(8,0-12,6)
Son 12 ay ilaç / madde	211	3,4 (3,0-3,9)	127	3,3 (2,7-3,8)	46	2,8 (2,1-3,7)	38	5,7(4,1-7,6)

Tablo 2. Kullanılan maddelerin prevalansları (n=6.208)

	Yaşam boyu		Son 12 ay	
	n	%	n	%
Kannabinoidler (esrar-marihuana)	133	2,14	48	0,77
Amfetamin türevleri (ekstazi /metamfetamin/captagon)	34	0,55	10	0,16
Uçucular (yapıştırıcılar/boya çözücüler)	152	2,45	36	0,58
Kokain- krack (taş)	20	0,32	-	-
Sentetik kannabinoid (bonzai)	14	0,23	3	0,05
Opiyat (eroin)	6	0,10	1	0,02
Halüsinojenler (LSD-kulüp hapi)	3	0,05	-	-
Sakinleştirici – Uyku ilacı	304	4,90	133	2,14

Tablo 3. Öğrencilerin madde kullanım özellikleri

	Toplam (n=509)		KTÜ (n=302)		TRÜ (n=132)		AVÜ (n=75)	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Madde kullanılan ortamlar								
Yaşadığım konut	79	15,5	48	15,9	16	12,1	13	17,3
Arkadaş evi	69	13,6	40	13,2	17	12,9	12	16,0
Eğlence mekanlarında	36	7,1	21	7,0	8	6,1	7	9,3
Araba otoparkında	27	5,3	17	5,6	4	3,0	6	8,0
Kırsal açık alanlarda	26	5,1	12	4,0	9	6,8	5	6,7
Terkedilmiş yerlerde	23	4,5	18	6,0	3	2,3	2	2,7
Kentsel açık alanlarda	21	4,1	15	5,0	3	2,3	3	4,0
Otelde/ pansiyonda	13	2,6	7	2,3	3	2,3	3	4,0
Tanımadığım kişilerin evinde	12	2,4	8	2,6	2	1,5	2	2,7
Umumi tuvaletlerde	5	1,0	2	0,7	2	1,5	1	1,3
Madde kullanım nedenleri								
Eğlenmek için	73	14,3	44	14,6	14	10,6	15	20,0
Psikolojik sorunlarım olduğu için	50	9,8	25	8,3	13	9,8	12	16,0
Hoş bir duygu verdiği için	49	9,6	35	11,6	5	3,8	9	12,0
Özel bir nedeni yok	40	7,9	16	5,3	15	11,4	9	12,0
Merak duyduğum için	31	6,1	18	6	9	6,8	4	5,3
Ortamlara uyum sağlamak için	21	4,1	9	3,0	6	4,5	6	8,0
Aile içi sorunlarım olduğu için	14	2,8	9	3,0	1	0,8	4	5,3
Maddi sorunlarım olduğu için	9	1,8	5	1,7	2	1,5	2	2,7
Kullananlara özendiğim için	6	1,2	2	0,7	2	1,5	2	2,7
*Sütun yüzdesi verilmiştir.								
Not: Madde kullanımı, ilaç/ilacı dışı madde kullanımını tanımlamaktadır.								

Tablo 4. Öğrencilerin sosyodemografik ve kişisel özelliklerine madde kullanım prevalanslarının karşılaştırılması (N=6.208)

	Yaşam boyu			Son 12 Ay		
	n	%*	p	n	%*	p
Cinsiyet (n=6.208)						
Kadın	257	7,1	<0,001	116	3,2	0,339
Erkek	252	9,7		95	3,7	
Yaş (yıl) (n=6.208)						
20 yaş altı	90	6,5	0,001	46	3,3	0,930
20-21 yaş	227	7,9		85	3,0	
22 yaş ve üstü	192	9,9		80	4,1	
Mezun olunan lise (n=6.208)						
Kamu	427	7,8	0,001	173	3,2	0,001
Özel	76	11,5		38	5,7	
Sınıf (n=6.208)						
1.sınıf	144	7,0	0,126	30	1,5	0,213
2.sınıf	178	8,7		32	1,6	
3.sınıf	82	8,6		12	1,3	
4. sınıf ve üstü	105	9,1		21	1,8	
Fakülte eğitim süresi (n=6.208)						
2 yıl	133	9,4	0,064	61	4,3	0,032
4 yıl ve üstü	376	7,8		150	3,1	
Fakülte türü (n=6.208)						
Sosyal bilimler	157	7,2	0,114	54	2,5	0,010
Fen bilimleri	148	8,4		70	4,0	
Sağlık bilimleri	71	8,5		26	3,1	
Yüksek okullar	133	9,4		61	4,3	
Üniversite (n=6.208)						
KTÜ	302	7,7	0,010	127	3,3	0,002
TRÜ	132	8,0		46	2,8	
AVÜ	75	11,2		38	5,7	
İkamet yeri (n=6.188)						
Aile evi	146	7,3	<0,001	56	2,8	<0,001

Öğrenci evi	146	12,9		68	6,0	
Yurt	213	7,0		84	2,8	
Kronik Hastalık (n=5.628)						
Var	146	15,3	<0,001	71	7,4	<0,001
Yok	306	6,5		115	2,5	
Kendisinin Çalışma Durumu (n=5.574)						
Çalışıyor	42	12,0	0,006	21	6,0	0,004
Çalışmıyor	411	7,9		165	3,2	
Ailenin aylık toplam geliri (TL) (n=4.976)						
5000 TL ve altı	170	6,8	0,020	74	2,9	0,086
5000 TL üstü	258	10,5		94	3,8	
Anne Eğitim Durumu (n=6.188)						
İlköğretim ve altı	279	7,0	<0,001	109	2,7	<0,001
Ortaöğretim	144	9,8		60	4,1	
Yükseköğretim	86	11,6		42	5,7	
Baba Eğitim Durumu (n=6.137)						
İlköğretim ve altı	215	7,4	0,016	90	3,1	0,199
Ortaöğretim	158	8,4		65	3,5	
Yükseköğretim	134	10,0		56	4,2	
*Satır yüzdesi verilmiştir.						
Not: Madde kullanımı, ilaç/ilaç dışı madde kullanımını tanımlamaktadır.						

Tablo 5 . Madde kullanımı ile ilişkili faktörlerin regresyon analizi

		Yaşam Boyu (n=6.056)	Son 12 Ay (n=6.056)
		AOR(%95 GA)	AOR(%95 GA)
Cinsiyet (ref: kadın)	Erkek	1,39(1,15-1,68)	1,03(0,77-1,37)
Mezun olunan lise (ref: devlet)	Özel	1,28(0,98-1,69)	1,35(0,92-1,99)
İkamet yeri (ref: aile evi)	Öğrenci evi	1,81(1,40-2,32)	2,14(1,46-3,12)
	Yurt	1,07(0,85-1,35)	1,17(0,82-1,68)
Anne eğitim	Ortaöğretim	1,38(1,09-1,75)	1,41(0,99-2,05)
(ref: ilköğretim ve altı)	Yükseköğretim	1,51(1,10-2,07)	2,01(1,26-3,18)
Baba eğitim	Ortaöğretim	1,00(0,79-1,27)	0,92(0,64-1,32)
(ref: ilköğretim ve altı)	Yükseköğretim	1,14(0,86-1,51)	0,97(0,63-1,49)
Üniversite (ref: KTÜ)	TRÜ	1,12(0,89-1,41)	0,95(0,66-1,37)
	AVÜ	1,43(1,05-1,93)	1,58(1,03-2,44)
Fakülte eğitim süresi (ref: 4 yıl ve üzeri)	2 yıl	0,75(0,58-,097)	0,64(0,44-0,93)
Sınıf (ref: 1. sınıf)	2. sınıf	1,27(1,00-1,61)	1,30(0,91-1,86)
	3. sınıf	1,26(0,95-1,71)	1,17(0,73-1,88)
	4. sınıf	1,32(0,99-1,76)	1,44(0,95-2,21)
Fakülte türü (ref: sağlık ilişkili)		1,02(0,79-1,31)	0,73(0,50-1,08)
Model p değeri		<0,001	<0,001
Not: Madde kullanımı, ilaç/ilaç dışı madde kullanımını tanımlamaktadır.			

Sonuç

Trabzon ili üniversite öğrencilerinde yaşam boyu madde kullanım prevalansı %8,2 son 12 ay madde kullanım prevalansı %1,5 bulunmuştur. Yaşam boyu ve son 12 ay en fazla kullanılan maddeler sakinleştirici-uyku hapları, kannabinoidler, uçuculardır. Üniversite öğrencileri arasında yaşam boyu madde kullanımını etkileyen risk faktörleri cinsiyet, öğrenci evinde kalıyor olmak, anne eğitim düzeyinin yüksek olması idi. Son 12 ay içinde madde kullandığını beyan eden öğrencilerde ise öğrenci evinde kalıyor olmak, annenin yüksek öğretim seviyesine sahip olması risk faktörü belirlenmiştir. Üniversiteler arası madde kullanım sıklığı farklılık göstermiştir.

Kullanılan maddeler içerisinde sakinleştirici ve uyku hapi prevalansının yüksek olması ilaç yanlış kullanımı ile mücadele etmek gerektiğini göstermektedir. Bu konuya ilişkin danışma ve rehberlik gereksinimlerini karşılayan bir hizmet birimi (medikososyal gibi birimler) kurulabilir. Öğrencilerde madde kullanımına sebep olan psikolojik sorunların çözümüne yönelik psikiyatrist ve psikolog destekli, risk gruplarını tanıyan, aktivitelere yönlendirebilen merkezler oluşturulabilir. Yüksek risk gruplarını uygulanabilecek tedaviler hakkında bilgilendirecek ve bu tedavilerin verildiği merkezlere yönlendirebilecek birimler oluşturulmalıdır.

Kaynaklar

1. Das JK, Salam RA, Arshad A, Finkelstein Y, Bhutta ZA. Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. J Adolesc Heal. 2016;59(2):S61-75.
2. world drug report 2021 [Internet]. [cited 2021 Oct 10]. Available from: https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_1.pdf
3. EGM. Türkiye Uyuşturucu Raporu: Eğilimler ve Gelişmeler. TC İçişleri Bakanl Emniyet Genel Müdürlüğü Nark Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. 2020;6.
4. Atlam DH, Yüncü Z. Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanım Bozukluğu ve Ailesel Madde Kullanımı Arasındaki İlişki. Klin Psikiyatr Derg. 2017;20(3):161-70.
5. Demirci M, Eker E. Üniversite Öğrencilerinin Madde Bağımlılığı Sıklığı Ve Madde Kullanım Özellikleri. 2017;48:63-84.
6. Musyoka CM, Mwayo A, Donovan DM, Mathai M. mHealth-based peer mentoring for prevention of alcohol and substance abuse among first year university students: protocol for quasi-experimental intervention. <https://doi.org/10.1080/1465989120201766131> [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 10];26(1):53-9. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14659891.2020.1766131>
7. Skidmore CR, Kaufman EA, Crowell SE. Substance Use Among College Students. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2021 Oct 10];25(4):735-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2016.06.004>
8. Candan C, Çalı S. Çocukluk çağında hipertansiyona yaklaşım Derleme. Türk Pediatr Arşivi. 2005;40(1):15-22.
9. Dayan J, Bernard A, Ollic B, Mailhes AS, Kermarrec S. Adolescent brain development, risk-taking and

- vulnerability to addiction. J Physiol Paris [Internet]. 2010;104(5-6):279-86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphysparis.2010.08.007>
10. Mangerud WL, Bjerkeset O, Holmen TL, Lydersen S, Indredavik MS. Smoking, alcohol consumption, and drug use among adolescents with psychiatric disorders compared with a population based sample. J Adolesc. 2014 Oct 1;37(7):1189-99.
 11. Süngü H. Üniversite Öğrencilerinin Zararlı Madde Kullanımına İlişkin Tutumları. Mustafa Kemal Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg [Internet]. 2014;11(26):167-94. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/182928>
 12. Ögel K. Madde kullanım bozukluklarının yaygınlığı (epidemioloji). 2010;1-38. Available from: <http://ogelk.net/Dosyadepo/epidemioloji.pdf>
 13. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND LABOR. World Drug Report 2020 (Set of 6 Booklets). 2021.
 14. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi. Avrupa uyuşturucu raporu: Temel Sorunlar [Internet]. 2020. 44 p. Available from: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13238/TD0420439TRN.pdf>
 15. EGM. 2019 Türkiye uyuşturucu raporu. 2019.
 16. Akvardar Y, Demiral Y, Ergör G, Ergör A, Bilici M, Özer ÖA. Substance use in a sample of Turkish medical students. Drug Alcohol Depend. 2003;72(2):117-21.
 17. Ayvasik HB, Sümer HC. Individual differences as predictors of illicit drug use among Turkish college students. J Psychol Interdiscip Appl. 2010;144(6):489-505.
 18. Serra G. Üniversite öğrencilerinde madde kullanma ve anne babaya bağlanma biçimleri. 2010;11:305-12.
 19. Turhan E. Orij inal Çalışma Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı , şiddet ve bazı psikolojik özellikler Substance use , violence among university students and their some psychological characteristics. Türkiye Halk Sağlığı Derg. 2011;9(June):33-44.
 20. BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN ÖNLENMESİNE VE KONTROLÜNE İLİŞKİN KÜRESEL EYLEM PLANI 2013-2020 [Internet]. Available from: www.who.int
 21. TC. Cumhurbaşkanlığı strateji ve bütçe başkanlığı. Sürdürülebilir kalkınma amaçları değerlendirme raporu [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 12]. Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Degerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf
 22. T.C.Kalkınma Bakanlığı. On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) Sağlıklı Yaşam ve Bağımlılıkla Mücadele Çalışma Grubu Bağımlılıkla Mücadele Alt Çalışma Grubu Raporu. 2019;22-35.
 23. TÜİK Kurumsal [Internet]. [cited 2022 Sep 5]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=45500>
 24. APA. The diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). 2013.
 25. Altın D, Coşkunol H. Sigara , Alkol ve Madde Kullanımı Tarama Testinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. Addicta Turkish J Addict. 2019;6(4):67-86.

TUMOR CONTROL AND FUNCTIONAL OUTCOME IN PATIENTS WITH SUPRASELLAR AND OLFACTORY MENINGIOMAS TREATED BY RADIOTHERAPY WITH OR WITHOUT SURGERY: A SINGLE INSTITUTIONAL RETROSPECTIVE SERIES

Fatih Özcan¹

¹University of Health Sciences, Gulhane Medical Faculty, Department of Radiation Oncology, Ankara, Turkey
fatihozcan_dr@hotmail.com

PRESENTATION PLAN INTRODUCTION AND PURPOSE

Meningiomas comprise approximately 35% of all primary intracranial neoplasms, rendering them the single most frequently reported primary intracranial tumor (1,2). They are usually benign, slow growing neoplasms that are thought to arise from meninges, which are the outer three layer of tissue between the skull and brain.

Most meningiomas are benign (WHO grade I) and progress slowly, but despite this, can produce considerable morbidity from local growth, edema, or progression to higher-grade histology, resulting in more rapid growth. By current WHO standards, 20% to 30% of meningiomas are atypical (WHO grade II) and can be difficult to manage long-term and 1% to 3% are anaplastic (WHO grade III) meningiomas, which are aggressive, malignant tumors (3,4). Sometimes doctors will discover a meningiomas incidentally on a magnetic resonance imaging (MRI) scan.

What are the symptoms of meningiomas?

Depending on the meningioma's size and location, common symptoms may include:

Headaches

Seizures

Blurred vision

Weakness in your arms or legs

Numbness

Other, less common symptoms include:

Loss of balance

Hearing loss

Memory loss

Meningiomas are called as convexity meningioma, falx and parasagittal meningioma, intraventricular meningioma, skull base meningioma, sphenoid wing meningioma, posterior fossa / petrous meningioma, suprasellar meningioma (SSM) and olfactory groove meningioma (OGM), according to the region they originate in the brain (Figure1)(7).

Anosmia is a notable complaint in patients with meningiomas that arise from various sites along the midline anterior cranial fossa, such as the crista galli, cribriform plate, olfactory groove, and planum sphenoidale (8). These midline tumors, collectively known as olfactory groove meningiomas, comprise 10 % of all intracranial meningiomas (9) and are often clinically dormant until reaching larger volumes.

Suprasellar meningioma arises from the base of the skull near the pituitary gland and the optic nerve. They usually are asymptomatic until they damage the anterior visual system (10), at which time they produce visual loss in one or both eyes. In addition, they may encase major blood vessels, thus compromising the potential for total removal (11).

Olfactory groove meningioma forms along the nerves that run between the brain and the nose and account for around 10 percent of meningiomas. This type of tumor can cause a loss of smell, and can grow large enough to cause problems with vision.

In this study, we present our single center experience by evaluating suprasellar and olfactory meningiomas treated by radiotherapy with or without in terms of tumor control and functional outcomes.

Types of Meningiomas

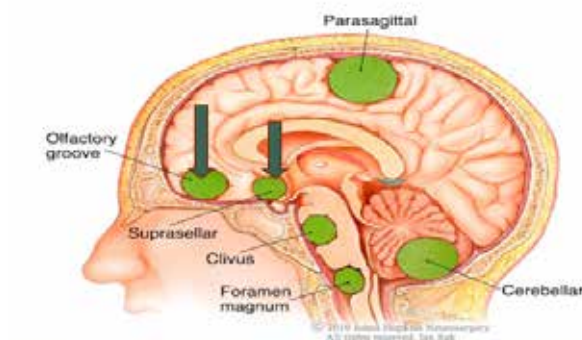


Figure 1. Types of Intracranial meningiomas

Materials and Methods

Radiotherapy techniques

All patients were immobilized with a thermoplastic head mask. After acquisition of the planning CT images at the CT-simulator (GE Lightspeed or Toshiba Aquilion LB) with a slice-thickness of 1.25 mm, images were sent to the contouring workstation (SimMD or Monaco version 5.10.02) via DICOM

(Digital Imaging and Communications in Medicine) network. The planning CT was fused with MRI which was acquired 1 day before treatment. Unlike from HFSRT, where only GTV is treated, a planning treatment volume was typically generated for CFRT with a margin of 0.3 to 0.5 cm beyond GTV to account for set-up errors. After the delineation process was completed, the structure sets including treatment volumes and OARs were transferred to the either radiosurgery treatment planning system (ERGO++ planning system, Elekta or Tomotherapy, Hi-ART TPS).

Patients who were irradiated using both CFRT and HFSRT regimes were treated 6 MV photons. Image-guided volumetric modulated arc therapy (VMAT) was delivered using either linear accelerator (LINAC) or TOMOTHERAPY (The TomoTherapy HD, Accuray, Sunnyvale, CA, USA) with 6-MV photons. Dose was prescribed to the 80–90 % isodose line encompassing the PTV. To allow comparison of different RT courses and combinations, biologically equivalent doses in 2 Gy fractions (EQD2) for normal tissue and tumor were predicted for each course of HFSRT or CFRT using the linear-quadratic model: $EQD2: Nd \times (d + \alpha/\beta) / (2 + \alpha/\beta)$, where N is the number of fractions, d is the dose per fraction, $\alpha/\beta=3$ normal brain tissues, and $\alpha/\beta=3,28$ for meningiomas (12).

Clinical follow-up

Comprehensive neurological examination including visual field examination and neuroimaging with MRI was routinely performed for every patient before treatment and for follow-up visits at 3-month intervals for the first year, at 6 month intervals for the second year, and annually thereafter.

Radiological response was defined downsizing of the lesion on MRI or reduction of contrast enhancement. Growths of 2 mm or more in lesion size were defined as progression.



Figure 2. Treatment planning images of a patient with OGM in Monaco version 5.10.02 TPS. The prescribed PTV dose was 25 Gy in 5 fractions in this patient.

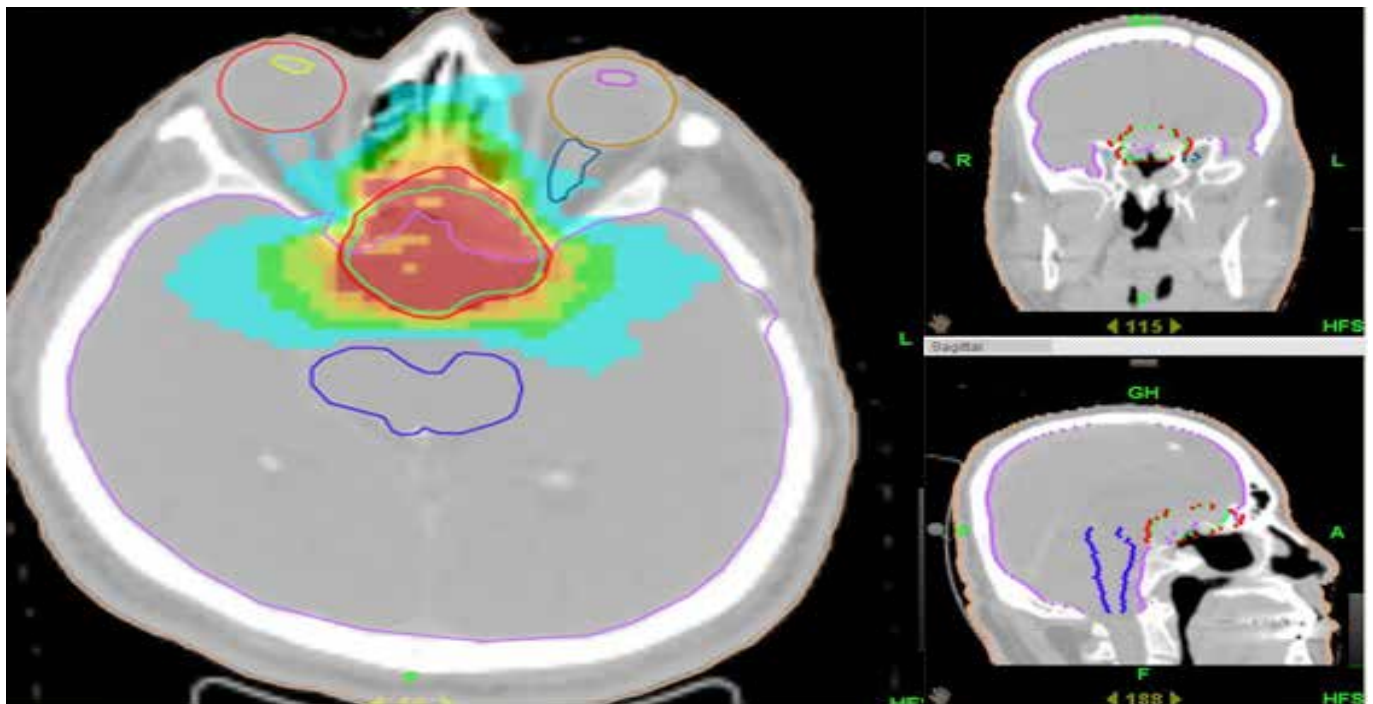


Figure 3. Treatment planning images of a patient with SSM in Tomotherapy Hi-ART version 5.1.1.6. The prescribed PTV dose was 54 Gy in 30 fractions in this patient.

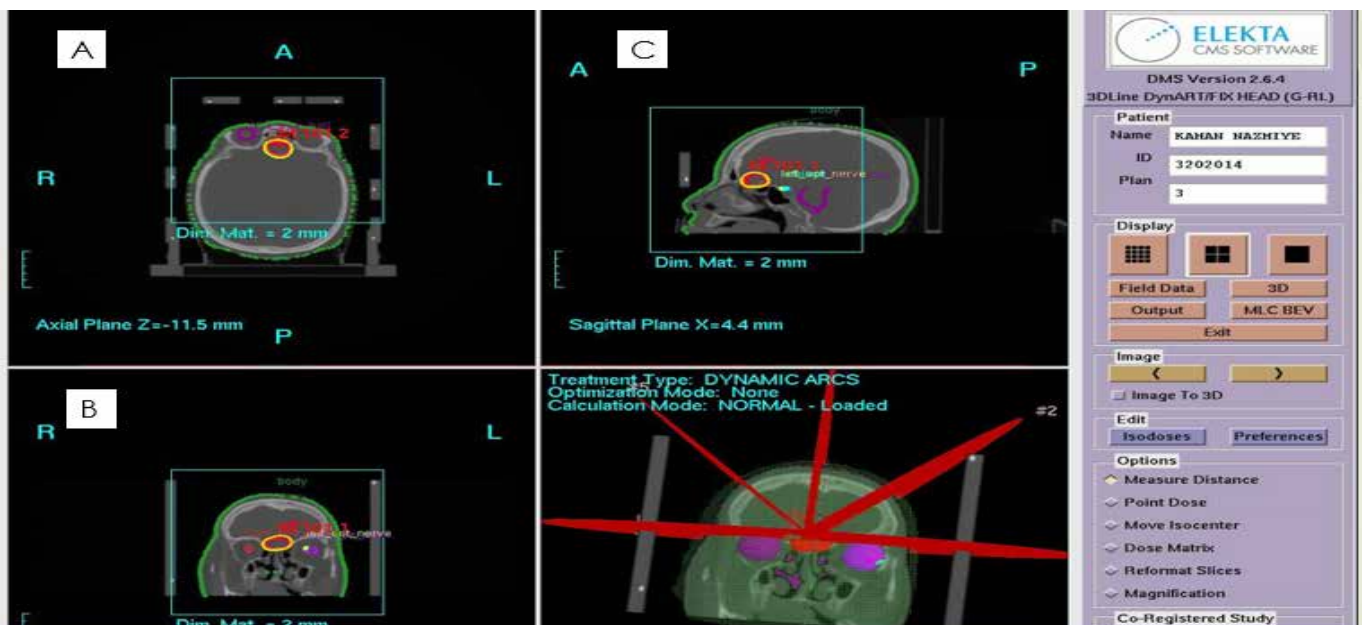
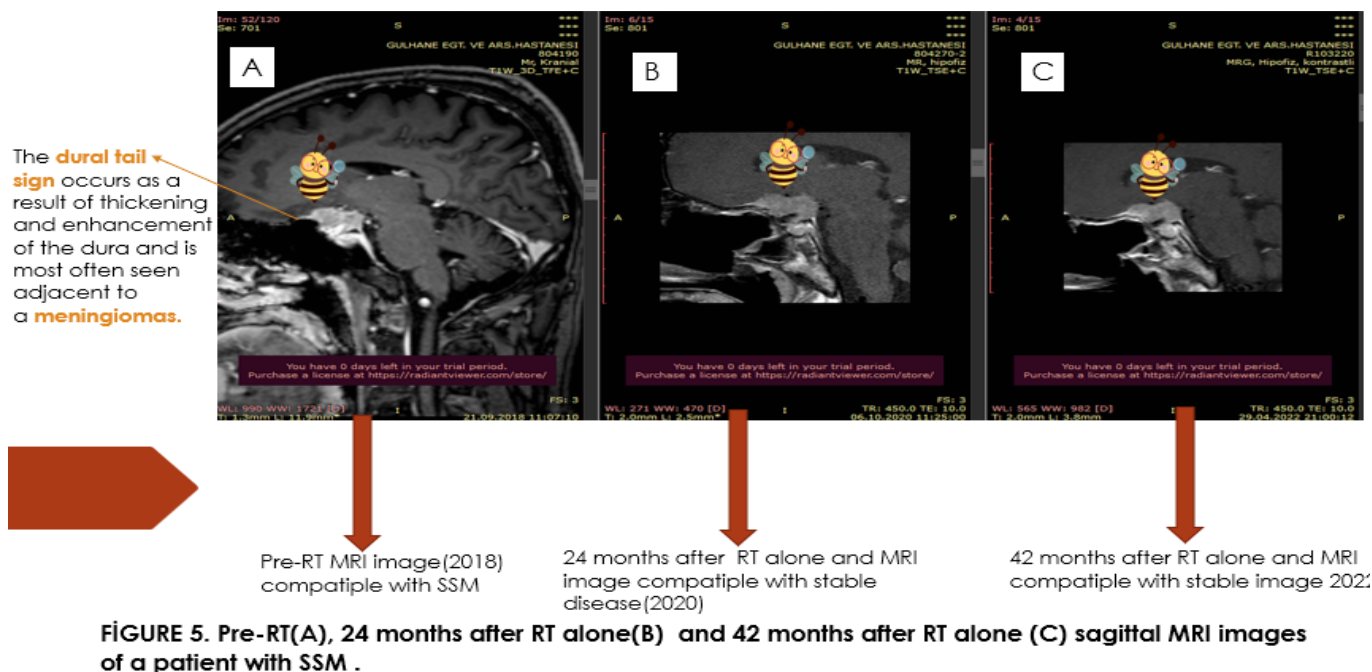
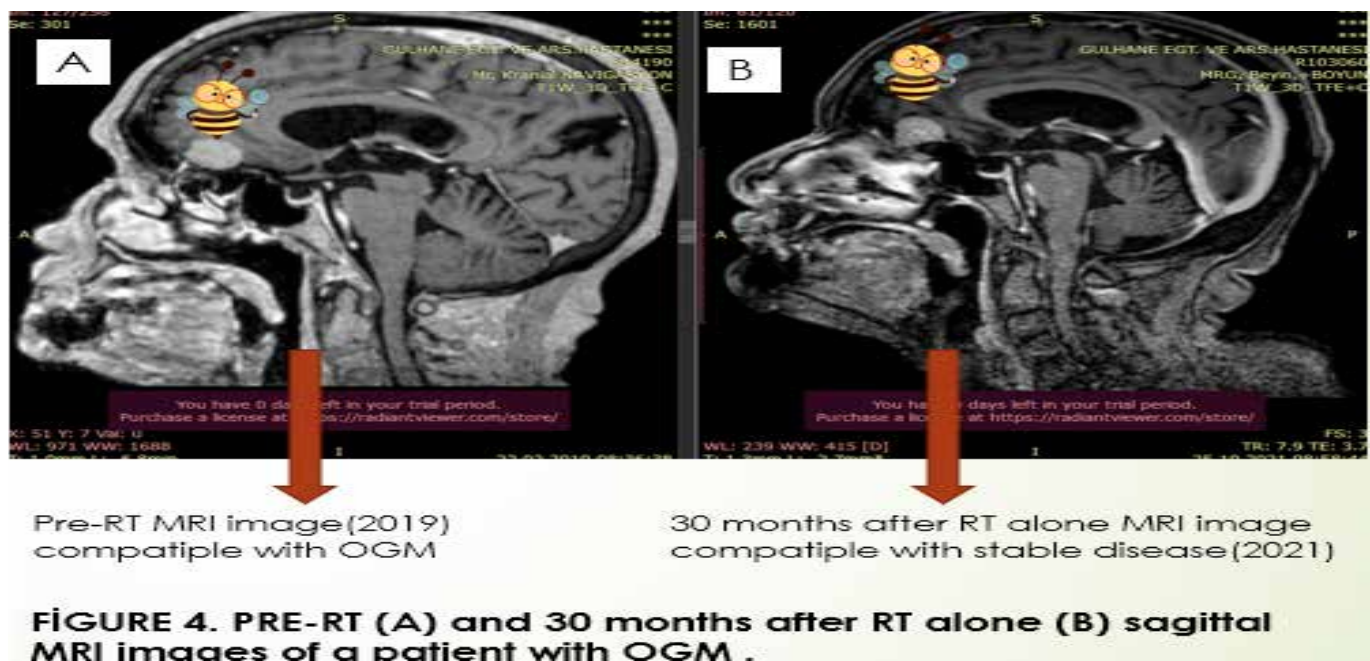


Figure 4. Axial (a), coronal (b), and sagittal (c) treatment planning images of a patient with OGM in ERGO planning system



Statistical analysis

SPSS 25.0 package program was used for statistical analysis of the data. The χ^2 test was performed to assess the potential significance of each patient's age, sex, time of Radiotherapy, RT dose, treated tumour volume, and whether RT was for a primary, and/or recurrent tumor. Descriptive statistics were produced for all variables (frequency and percentage for categorical and ordinal variables, mean and standard deviation for continuous variables). PFS (Progression free survival) was defined as from the date of RT until tumor progression or death from any cause and PFS rates were made by using the Kaplan-Meier actuarial method .

Statistical significance level was taken as 0.05 in all tests.

Results

All patients included in the study were alive at the time of analysis, with a median follow-up period of 36 months (range 6–63 months). Median patient age was 63.1 years old (range 52–74 years old). In terms of localization, 4 (40%) patients had OGM and 6 (60 %) patients had SSM. Surgical treatment was performed in 5 (50%) of the patients. Ten patients (8 grade I/unknown, 2 grade III/III) were reirradiated with HFSRT (60%) or CFRT (40%). Median tumor volume at the time of irradiation was 40.2cm³ (range, 24.2-58.3).

Only patients (10 %) experienced clinical deterioration during the follow-up period. No complications attributable to RT occurred in the entire population of patients. RT was stopped temporarily in one patient because of poor tolerance, but fortunately after 2 weeks, the remaining treatment was successfully completed. Just four patients complained of transient tinnitus, nausea, headaches, or general weakness, most of which resolved after the conclusion of RT. All patients needed short-term (<3 weeks) medication with corticosteroids in order to mitigate treatment-related brain edema.

Only one patient developed a new CN deficit attributable surgery. This patient had a Grade III meningiomas and recurrence was observed in this patient 24 month after RT completed, and it was the only relapsed case in our series.

LC and PFS rates were 100 and 90 % at 1 and 3 years, respectively.

None of the 9 patients with normal nerve function at baseline did not deteriorate in CN (cranial nerve) functions at the end of RT and at follow-up. CN palsy accompanied by symptoms such as visual field distortion, blurred vision and permanent anosmia was observed in only one patient with CN palsy after surgery for a giant tumor involving optic chiasm.

Patient and treatment characteristics are shown in Table 1.

Tumor control and Functional outcomes are shown in both Table 2 and Table 3.

Table 1. Patient and treatment characteristics

		n(%)	Median (Min.-Max.)	Mean ± SD
Sex	Female	6 (60%)		
	Male	4 (40%)		
Age			63.1 (52-74)	60.0 ± 8.7
WHO grade	Grade I	5 (50%)		
	Grade II	1 (10%)		
	Grade III	1 (10%)		
	Unknow	3 (30%)		
Tumor localization	Olfactory groove	4 (40%)		
	Supracellar	6 (60%)		
Treated tumour volume (cm ³)			40.2 (24.2-58.3)	38.4 ± 12.4
Diagnosis	By imaging	5 (50%)		
	Histopathologically	5 (50%)		
Time of Radiotherapy	Primary (RT alone)	5 (50%)		
	Adjuvant setting for residual (after surgery)	4 (40%)		
	Recurrent tumour	1 (10%)		
RT dose	5* 5 Gy (HFSRT)	4 (40%)		
	5* 4 Gy (HFSRT)	2 (20%)		
	30* 1.8 Gy (CFRT)	4 (40%)		
RT technique	HFSRT	6 (60%)		
	CFRT	4 (40%)		
Delay between surgery and adjuvant RT (week)			3.2 (2-5)	3.0 ± 1.8

n:number; SD: Standard deviation; RT:radiotherapy; HFSRT:hypofractionated stereotactic radiotherapy; CFRT:conventional fractionated radiation therapy.

Table 2. Tumor control and Functional outcomes

		n(%)	Median (Min.-Max.)	Mean ± SD
Follow-up (mo)			36.0 (6-63)	36.7 ± 5.4
Local tumor control	1 year	10 (100%)		
	3 year	9 (90%)		
Radiological Outcomes	Progression	0 (0 %)		
	Stabilization	7 (70%)		
	Shrinkage	3 (30 %)		
Cranial Nerve Function	CN I (Olfactory nerve)	Initial Deficits	2 (20%)	
		Pre-RT Function (Normal)	8 (80%)	
		Post-RT and follow up Function (New Deficit)	0(0%)	
	CN II (Optik nerve)	Initial Deficits	4 (40%)	
		Pre-RT Function (Normal)	6 (60%)	
		Post-RT and follow up Function (New Deficit)	0(0%)	
	CN III,IV,V,IV	Initial Deficits	1 (10%)	
		Pre-RT Function (Normal)	9 (90%)	
		Post-RT and follow up Function (New Deficit)	0(0%)	

n:number; SD: Standard deviation; RT:radiotherapy; CN:cranial nerve.

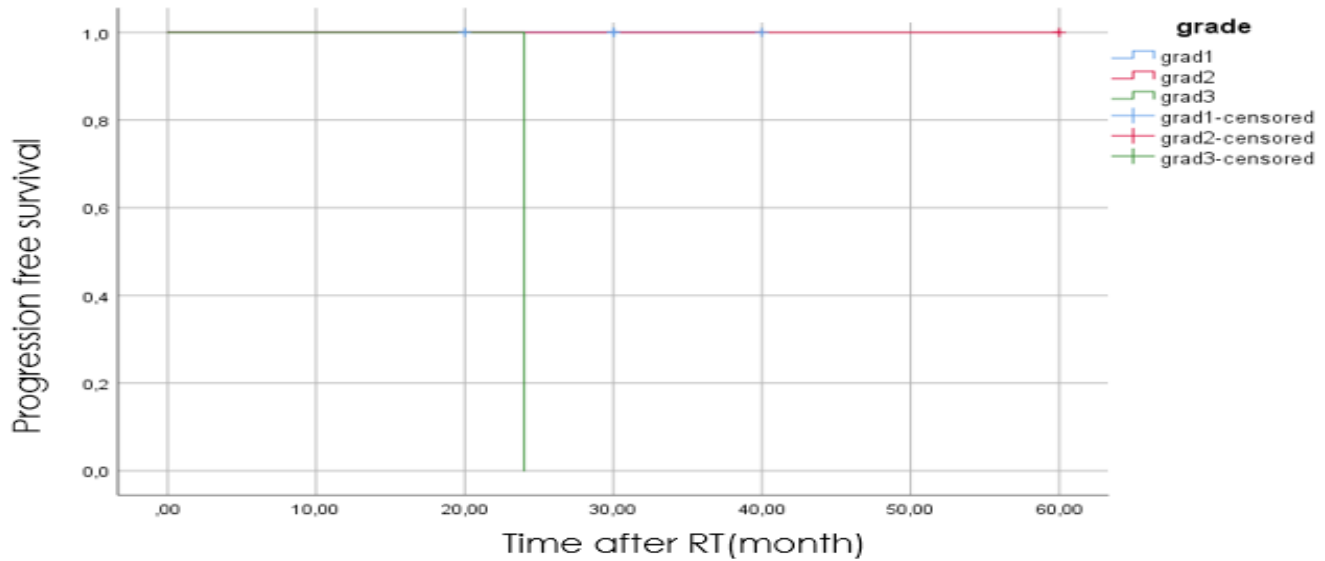


Figure 6. PFS rate

Discussions

Surgery is a mainstay in the management of meningioma. It provides tissue for histologic typing and grading; in the majority of series the extent of resection correlates with rates of tumor recurrence (13). However, due to the proximity to critical neurovascular structures OGMs and SSMs gross total extraction of these tumors is sometimes not possible or these critical neurovascular structures may be damaged after surgery. In such cases, undesirable morbidities and sequelae may occur. sometimes the patient refuses surgery or is not a candidate for surgery due to comorbid conditions.

RT is typically administered adjuvantly for subtotally resected tumors, recurrent tumors, or grade 2/3 histologies. It is also used as definitive treatment for those who could not undergo surgery (14). A multitude of retrospective series have reported that radiotherapy improves local control after subtotal resection. A multitude of retrospective series have reported that radiotherapy improves local control after subtotal resection and better PFS outcomes from 70 series with long-term results following gross total resection alone, subtotal resection alone, subtotal resection with EBRT(External beam radiotherapy), primary radiotherapy, and SRS(radiosurgery) (15).

Most commonl indications for hypofractionation include tumors with greater proximity to the optic apparatus, as well as reirradiation (16). Several study have been reported for FSRT showing comparable local control to SRS and conventionally fractionated EBRT (17) The most commonly reported fractionation scheme for treatment of benign meningioma has been 25 Gy in five fractions(18).

In this series, we used various radiotherapy techniques and dose schedules, we observed no radiation toxicity and treatment-related morbidity in the acute period. And we specifically examined suprasellar and olfactory grove menagiomias and found our results compatible with the literature in terms of both functional and oncological results.

There is some limitations of our study including its retrospective nature, small sample size. Especially given that recurrences occur in the first 5 years, in benign menagiomas, our follow-up period may be relatively short and warrented longer follow-up time. However, in this study, we studied quite specifically by evaluating only OGMs and SSPs. On the other hand, when it is considered that patient follow-up is challenging situations during the COVID-19 outbreak, the reports of our study may be more valuable.

Conclusions

Olfactor and suprasellar region menagiomas are associated with critical structures related to both visual perception and smell sensations. Sometimes post-surgical morbidities may occur or the patient may refuse surgery. After comprehensive evaluation of the patient's and tumor's condition by oncologists, these menangiomas can be treated effectively, safely and comfortably, with or without surgery, using various radiotherapy techniques and doses with promising clinical outcomes and an acceptable toxicity profile.

Thanks for your patience and listening to me

References

1. Ostrom QT, Gittleman H, Liao P, et al. CBTRUS statistical report: primary brain and central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2007-2011. *Neuro Oncol.* 2014;16(suppl 4):iv1-iv63.
2. Kuratsu J, Kochi M, Ushio Y. Incidence and clinical features of asymptomatic meningiomas. *J Neurosurg.* 2000;92(5):766-770.
3. Backer-Grondahl T, Moen BH, Torp SH. The histopathological spectrum of human meningiomas. *Int J Clin Exp Pathol.* 2012;5(3):231-242.
4. Pearson BE, Markert JM, Fisher WS, et al. Hitting a moving target: evolution of a treatment paradigm for atypical meningiomas amid changing diagnostic criteria. *Neurosurg Focus.* 2008;24(5):E3
5. Claus EB, Bondy ML, Schildkraut JM, et al. Epidemiology of intracranial meningioma. *Neurosurgery.* 2005;57(6):1088-1095, discussion 1088-1095.
6. Asthagiri AR, Parry DM, Butman JA, et al. Neurofibromatosis type 2. *Lancet.* 2009;373(9679):1974-86
7. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/meningioma>.
8. Turazzi S, Cristofori L, Gambin R, Bricolo A (1999) The pterional approach for the microsurgical removal of olfactory Groove meningiomas. *Neurosurgery* 45:821-825
9. Bakay L, Cares HL (1972) Olfactory meningiomas. Report on a series of twenty-five cases. *Acta Neurochir (Wien)* 26:1-12
10. Rosenberg L, Miller NR: Visual results after microsurgical removal of meningiomas involving the anterior visual system. *Arch Ophthalmol* 1984;102:1019-23.
11. Mirimanoff RO, Dosoretz DE, Linggood RM, et al. Meningioma: analysis of recurrence and progression following neurosurgical resection. *J Neurosurg* 1985;62:18-24.

12. Shrieve DC, Hazard L, Boucher K, et al. Dose fractionation in stereotactic radiotherapy for parasellar meningiomas: radiobiological considerations of efficacy and optic nerve tolerance. J Neurosurg 2004;101(Suppl. 3):390-395.
13. Barbaro NM, Gutin PH, Wilson CB, et al. Radiation therapy in the treatment of partially resected meningiomas. Neurosurgery. 1987;20(4):525-528
14. Rogers L, Barani I, Chamberlain M, et al. Meningiomas: Knowledge base, treatment outcomes, and uncertainties. A RANO review. J Neurosurg 2015;122:4-23
15. Rogers L. Radiation Therapy for Intracranial Meningiomas. 2010.
McTyre E, Helis CA, Farris M, et al. Emerging indications for fractionated gamma knife radiosurgery. Neurosurgery. 2017;80(2):210-216.
16. Unger KR, Lominska CE, Chanyasulkit J, et al. Risk factors for posttreatment edema in patients treated with stereotactic radiosurgery for meningiomas. Neurosurgery. 2012;70(3):639-645.
17. Han J, Girvigian MR, Chen JC, et al. A comparative study of stereotactic radiosurgery, hypofractionated, and fractionated stereotactic radiotherapy in the treatment of skull base meningioma. Am J Clin Oncol. 2013;37(3):255-260

TÜBERKÜLOZ HASTALARINDA VIDEO GÖZETİMLİ TEDAVİ VE DOĞRUDAN GÖZETİMLİ TEDAVİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ, SAMSUN İLİ, RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Derya Öztomurcuk¹, Şule Özdemir², Muhammet Ali Oruç³, Yıldız Pekşen⁴

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, Tüberküloz İl Koordinatörlüğü, Samsun, Türkiye

²Samsun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

³Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

⁴Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Emekli Öğretim Üyesi, Samsun, Türkiye

sule.ozdemir@samsun.edu.tr

Doğrudan Gözetimli Tedavi(DGT) Stratejisi 1991 yılında DSÖ tarafından tüberküloz (TB) için standart tedavi olarak kabul edilmiştir. Ülkemizde tedavi, 2000 yılından itibaren her tüberküloz hastasında 'DGT' yöntemi ile yapılmaktadır. DGT; tüberküloz (TB) hastasının tüm tedavisi boyunca ilaçlarının her dozunu bir görevli ya da sorumlu kişinin gözetiminde içmesi ve bunun kaydedilmesi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde iş gücü ve zamandan kazanılmasını sağlayacak alternatif DGT yöntemi olarak digital teknolojiler önerilmektedir. Video Gözetimli Tedavi(VGT) olarak adlandırılan uygulama ise; hasta ilacını içerken bir sağlık çalışanına görüntülü bağlanmakta veya ilaç içerken kaydedilip, video olarak gönderilmektedir. Çalışmamızda; ilimizde 2018-2020 yılları arasında DGT ve VGT uygulanan hastaların sosyodemografik değişkenleri ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Samsun ilinde 2018-2020 yıllarında dispanserlerde kayıtlı TB hastaları retrospektif olarak değerlendirildi(n=571). TB olmadığı saptanan(n=25), nakil olarak başka ile giden(n=5) ve hiç tedavi almadan ex olanlar(n=19) çalışma dışı bırakıldı. En az 4 ay DGT veya VGT tedavisi almış hastalar çalışmaya dahil edildi(n=522). Hastaların yaşı, cinsiyeti, uyruğu, tutulum yeri, tedavi sonucu, vb verileri Tüberküloz Ulusal Sürveyans Ağından(TUTSA), DGT uygulama yöntemi gibi verileri de TB İl Koordinatörlüğünün aylık olarak dispanserlerden topladığı excel kayıtlardan elde edildi. İstatistiksel analizde SPSS 20.0 paket programı kullanıldı. Veriler ortalama±standart sapma, sayı(%) olarak ifade edildi. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-Kare testi, sayısal değişkenlerin analizinde Mann Whitney-U testi kullanıldı ve p<0,05 kabul edildi. Araştırma için Samsun Üniversitesi KAEK etik onayı alındı.

Hastaların ortalama yaşı 50,28±20,4(0,0-99,0) yıl, %60,5'i erkek, %92'si Türkiye Cumhuriyeti(TC) doğumlu, %92,7'si yeni tanılı ve %66,3'ü akciğer tutulumlu idi. VGT ve DGT alan hastalar karşılaştırıldığında; VGT alan TB hastalarının yaş ortalaması DGT alan hastaların yaş ortalamasından anlamlı olarak düşük(p<0,001), akciğer tutulumu ise daha fazla idi(p=0,034). 2020 yılında VGT alan hastaların(n=72(%48,6)) sıklığının diğer yıllara kıyasla fazla olduğu bulundu(p<0,001). Cinsiyet, olgu tanımı, doğduğu ülke, tedavi başarısı bakımından anlamlı farklılık yoktu(p>0,05).

Tedavi sonuçları incelendiğinde kayıtlı hastalardan 485'inin(% 92,9) tedavisi başarılı olup, bunların 230'u(%48,9) kür, 255'i(% 44,1) tedavi tamamlama olarak sonuçlandı. Tedavi başarısına ait lojistik regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; yaştaki 1 birim artışın 1.056 (%95GA 1,033-1,081) kat($p<0,001$), TC dışı doğumlu olmanın 3,711(%95GA 1,988-13,934) kat tedavinin başarılı olmamasını arttırdığı($p<0,044$) saptandı.

VGT yöntemi hastalarda uyumu arttırdığı, maliyeti ve stigmatizasyonu azalttığı düşünülerek DGT'ye alternatif bir yaklaşım olarak kullanılmaya başlanmıştır. Çalışmamızda; VGT uygulanan hastalar ile DGT uygulamaları arasında tedavi sonuçları bakımından anlamlı fark saptanmazken VGT uygulanan hastaların tedavi başarısının daha yüksek olduğu ve hastalarda uyumun arttığını düşündürmektedir. Ancak veriler sadece ilimizdeki hastaları değerlendirdiğinden VGT etkinliğinin araştırılmasında gelecekte çok merkezli, ileriye dönük kohort çalışmaları faydalı olacaktır.

TÜRKİYE ULUSAL BASININDA COVID-19 HABERLERİNİN RİSK İLETİŞİMİ AÇISINDAN ANALİZİ

Semih Hakkı Öz¹, Deniz Sezgin Emüler¹

¹Ankara Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü, Ankara, Türkiye
semihtv@hotmail.com

Salgın hastalıklar tarihsel olarak varlığını farklı dönemlerde hatırlatan ve bireyden topluma dünyayı etkileyen bir güce sahiptir. Kitlesele yok oluşlara neden olan salgınlar, hayatın normal akışının bozulması, pek çok sektörde faaliyetlerin durması, üretimin yavaşlaması, bireylerin hem maddi hem de manevi zarara uğraması gibi birçok olumsuz sonuca sahiptir (Yıldız, 2014; Yılmaz, 2007; Nikiforuk, 2000).

Covid-19 11 Mart 2020 tarihinde pandemi ilan edilmesiyle (WHO; AA, 2020) tüm dünyanın tek gündemi haline gelmiş, geleneksel ve sosyal medyada gündemdeki tek konu olmuş, tüm ülkelerde yaşamı tehdit eden bir durum olarak görülmüştür. Kısa zamanda dünya genelinde belirsizliğe ve paniğe neden olmuş, ülkeler hızla acil önlemler almak, kısıtlamalar uygulamak zorunda kalmıştır. Sokağa çıkma kısıtlamaları nedeniyle vakitlerinin çoğunu evde geçirmek durumunda kalan bireyler medyaya daha uzun saatler maruz kalmıştır (Geçer; Method Research Company ve Üsküdar Üniversitesi, 2020).

Tüm gündemin salgın olması medyadaki sunumları nicel olarak hızla artırmıştır. Buna karşın medya içerikleri ve kullanılan dil hızla bozulmuş ve kaosa sebep olmuştur. Belirsizlik ve kaygının ön planda olması medyada bilgi kirliliğine, söylentiye, başka bir ifade ile infodemiye yol açmıştır.

Risk ve kriz dönemlerinde yaşanan gerilimi azaltmak, süreci yönetmek açısından risk iletişimi ve kriz iletişimi büyük öneme sahiptir (Turancı, 2017, 2010; Tinker ve Vaughan, 2009; Çınarlı, 2005). Risk iletişimi bireyin sağlığa, güvenliğe ve çevreye ilişkin riskler hakkında bağımsız karar alabilmeleri için ihtiyaç duydukları bilginin aktarımı amacını taşıyan bir iletişim biçimidir (Morgan vd. 2002). Kriz iletişiminin alanı ise iletişim planını tehlike gerçekleşikten sonra uygulamaktır. Risk ve kriz dönemlerinde iletişimin aralıksız sürdürülmesi gerekliliği, hangi stratejilerin kullanıldığı, nasıl hitap edildiği, doğru bilgi akışının sağlanması ve doğru, güvenilir medya içeriklerinin sunumu sürecin yönetilmesinde büyük öneme sahiptir.

Bu çalışmada Türkiye’de Covid-19 pandemisinin ilk haftasında yazılı basında yer alan salgınla ilgili haberlerin risk iletişimi bağlamında nasıl sunulduğunu ortaya koymak amaçlanmıştır.

Çalışmada 11-18 Mart 2020 tarihleri arasında Türkiye’de ulusal yazılı basında Sabah, Yeni Şafak ve Sözcü gazetelerinde Covid-19 pandemisi ile ilgili çıkan haberler niceliksel içerik analizi yöntemi ile incelenmiştir. Analiz amacıyla tirajı en yüksek olan Sabah, iktidara yakın görüşte Yeni Şafak ve muhalif bir görüşe sahip olan Sözcü gazeteleri seçilmiştir. Çalışmanın evreni yazılı basında yer

alan Covid-19 haberleri, örnekleme ise Sabah, Sözcü ve Yeni Şafak gazetelerinde 11-18 Mart 2020 tarihlerinde yer alan Covid-19 haberleridir. Çalışmada gazetelerde sayfa ve bölüm ayrımı yapılmamış; Türkiye ile ilgili tüm koronavirüs haberleri çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırmanın bir haftalık dönemi kapsamı, üç gazeteyi ele alması ve sadece Türkiye'yi ele alması çalışmanın sınırlılıklarıdır. Çalışmanın bulguları Türkiye'de risk iletişimi ve medyanın yaklaşımı konusunda genelleme yapma imkânını vermemektedir.

Haberler, gazetelerin basılı versiyonlarından elde edilmiştir. Toplanan tüm haberler incelenmiş, içerik analizi için on altı kategoriden oluşan yönerge hazırlanmış, yönergeye göre kodlanmıştır. Bulgular *IBM SPSS Statistics 26* programıyla analiz edilmiştir.

Betimleyici özellikteki bulgular sunulmuştur.

Biçimsel Özellikler

11-18 Mart 2020 tarihleri arasında 3 gazetede toplam 328 pandemi haberi yer almıştır. Gazetelerdeki dağılımı; Sabah %39,6, Sözcü %32,3 ve Yeni Şafak %28'dir. Gazetelerin merkez veya muhalif fark etmeksizin haber sayıları birbirlerine yakındır. İlk hafta olması nedeniyle tüm ülke gündeminin Covid-19 pandemisi olması beklenen bir durumdur. Pandemi haberlerinin gazetelerin ilk sayfalarında yer alması da konunun önemini ortaya koymaktadır. Pandemi haberlerinin en çok yer aldığı sayfa grubu 11-15. sayfalar olurken bu sayfalar genellikle gazetelerin orta sayfası ve güncel konulara değinen kısımdır.

Pandemi haberleri en çok gündem bölümünde yer almıştır. Bir küresel sağlık sorunu olan Covid-19'un gündem bölümünden sonra en çok incelendiği bölüm *ekonomi ve finans*tır. Kısa ve uzun vadede pandeminin ekonomik etkilerinin tartışılması, sağlık kadar derin izler bırakacak ekonomik sorunların gündemde olması önemlidir. Pandemiler her ne kadar sağlık sorunu olsalar da toplumlarda ekonomi gibi pek çok alanda farklı sonuçlara neden olmaktadır.

Araştırmada gazetelerdeki haberlerin %99,7'sinde başlık bulunmakta, sadece %0,3'ünde haber başlığınayerverilmemektedir. Haberlerin %40,2'sinde spotvarken, %59,5'inde spot bulunmamaktadır.

Haberlerde görsel materyal olarak %60,1'inde fotoğraf, %1,8 karikatür, çizgi, çizim ve %0,9 diyagram, şema, harita, fotoğraf ve grafik, fotoğraf ve karikatür kullanılmaktadır. %37,2 sinde ise herhangi bir görsel materyale yer verilmemiştir.

Haberlerde ana görsel olarak %87,4 oranında *kişi, insana* yer verilmiştir.

Riskin Temsili

Risk iletişimi açısından haber dilinin kesin olması çok önemlidir. Haberlerin %91,7'si kesin bir dil kullanırken %8,3'ü muğlak dille yazılmıştır. Bu konuda incelenen üç gazete arasında oransal olarak en çok muğlak dil kullanan gazete Sözcü olurken; en çok kesin dil kullanan gazete Yeni Şafak'tır. Muğlak bir dil, pandemi sürecinin bilinmezliği ve belirsizliğinden kaynaklanmaktadır. Muğlak dil kullanımı

bireyde güvensizliğe yol açabilir ve pandemi sürecinde toplumsal olarak hareket etme davranışını engelleyebilir.

Pandemi ilanının hemen ardından haberlerin %28,7'sinde özellikle başarılı bir yönetim uygulandığı vurgulanmaktadır. İlk hafta haberlerinde salgın yönetimi ile ilgili başarısızlık, kontrolsüzlük veya yönetilememe vb. ifadeleri bulunmamaktadır. Bu durum otoriteye güvenin önemli bir göstergesidir. Devlet tarafından yapılan çalışmaların başarılı olarak nitelendirilmesi bireylerin de kişisel önlemlerini alması konusunda motive edici bir güç kaynağı olarak görülebilir ve bu sayede toplum olarak doğru davranışı gösterme konusunda önemli bir ilerleme kaydedilmiş olur. Ancak bu söyleme sahip haberlerin uzun süreli devam etmesi tersi bir etkiye yol açarak bireylerde umursamazlığa neden olabilir ve bu durum başarısız bir süreç yönetimine sebep olur.

Haberlerin %44,5'inde bireylerin virüs ile ilgili riskler konusunda bilgilendirildiği görülürken %55,5'inde risk bilgisi içeriği görülmemektedir. Burada her ne kadar virüsle ilgili risk bilgilendirilmesi daha düşük bir oranda olsa da 11-18 Mart tarihlerinin henüz pandeminin ilk günleri olduğunun unutulmaması gerekmektedir. İlk günlerde tıp dünyası virüsü, yol açtığı sorunları tam olarak tanımlayamamış, tek bir kaynaktan söyleyememiş ve birçok farklı görüşe yer vermiştir.

Haberlerin %76,6'sında toplum Covid-19 ile ilgili alınan tedbirler konusunda bilgilendirilmektedir. Haberlerin yalnızca %21,3'lük kısmında tedbirlere yer verilmemiştir. Bu da risk iletişimi açısından bireylerin ve toplumun daha fazla güvende hissetmesine ve kişisel tedbirlere uymasına destek olmaktadır.

Haberler %98,5 oranında anlaşılır dilde ifade edilmiştir. Risk iletişimi açısından haberlerin anlaşılır bir dilde verilmesi son derece önemli bir konudur. Mesaj ne kadar iyi olursa olsun hedef kitle tarafından anlaşılmadığı takdirde amacına ulaşamamaktadır. Tüm gazetelerin benzer oranlara sahip olması da dikkate değer başka bir olumlu veridir.

Risk dönemlerinde toplumda oluşan paniğin minimum seviyeye indirilmesi risk iletişiminin en önemli amaçlarındanıdır. Topluma olumlu mesajlar vererek, bireylerde motivasyonu artırmaya çalışmak da bu amaç için kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır. Mesajların yalnızca %36,3'ü olumlu nitelik taşımakta ve bu da risk iletişimi açısından olumsuz bir tablo ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca bu zamandan günümüze kadar gelinen süreçte de olumlu mesajların giderek azaldığını söylemek mümkündür.

Pandemi dönemlerinde bireylerin bilgi ihtiyacını gidermek başarılı bir süreç yönetimi için son derece önemli bir konudur. Bireylerin bu dönemde normal bir döneme kıyasla daha fazla bilgi arayışına girdiği bilinmektedir. Dolayısıyla sağlık otoritelerinden gelecek tavsiyeler toplumun doğru hareket etmesinde büyük rol oynamaktadır. Bu açıdan veriler incelendiğinde haberlerin %56,7'lik kısmında tavsiye içerikli mesajlar olduğu görülmektedir. Bu oran virüsle ilgili yeterli düzeyde bilgiye sahip olunmadığı bir dönem olması nedeniyle olumlu yorumlanabilir olsa da başarılı bir risk iletişimi için yeterli seviyede değildir. Ayrıca günümüze kadar geçen süreçte bu tavsiyelerin sayısı giderek

artmış ve içeriği belirsizleşmiştir. Bu da bireylerin verilen tavsiyelere uyma davranışı göstermesinde olumsuz etkilere yol açmıştır.

Risk iletişimi açısından haberlerde infodeminin varlığı en az virüsün kendisi kadar tehlikeli olarak görülmektedir. Dolayısıyla ilk hafta haberlerin yalnızca %3,7'sinde görülen infodemi, bu konuda olumlu bir tablo oluşturmaktadır. Ancak ilk haftadan itibaren paylaşımlar artmış, toplum bu bilgi kirliliği içinde hangi bilgiye inanacağını bilemez hale gelmiş, kurallar ihlal edilmiş, doğru bilgi-yanlış bilgi konusu içinden çıkılmaz bir hal almıştır.

Çalışmada elde edilen verilere göre inceleme dahilindeki gazeteler biçimsel açıdan benzerlik göstererek “haber sayıları”, “günlük haber dağılımı”, “haberlerin yer aldığı bölümler” gibi başlıklar altında birbirinden ayrılmamıştır.

İlk haftaya genel olarak bakıldığında olumlu ve olumsuz sonuçların birlikte yer aldığı görülmektedir. Ancak ilk haftadan itibaren aradan geçen üç yıllık süreçte olumlu-olumsuz birlikteliği, yerini giderek olumsuz sonuçlara bırakmıştır. İlk haftada infodemi yok denecek kadar azken ilerleyen süreçte infodeminin giderek arttığı bilinmektedir. Yine de haberlerin anlaşılır bir dille verilmesi ve toplumun alınan tedbirler konusunda bilgilendiriliyor olması olumlu unsurlar olarak görülmektedir. Bu sayede bireylerdeki panik seviyesi minimize olacak, toplumun uzmanlara olan güveni artacak ve bu da pandemiyle mücadelede toplumsal düzeyde olumlu bir durum yaratacaktır.

Süreç içindeki olumsuz sonuçları da göz ardı etmemek gereklidir. Toplum ilk günden itibaren virüs ile ilgili riskler konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemiştir. İlk günler ve haftalarda Covid-19'un yeni bir virüs olması sebebiyle tıp dünyasındaki veri eksikliği de göz önünde bulundurularak risk bilgilerinin yeterli düzeyde verilememesi beklenen bir sorundur. Ancak aradan geçen süreçte her ne kadar virüse ilişkin bilgi artsa da bu kez de doğru ve yanlış bilgilerin filtresiz olarak sunulması durumu yine olumsuzla çevirmiştir. Bu da bireylerin virüsü tanımasını ve kişisel önlemlerini almasını zorlaştırmaktadır.

Bireylerin salgınla ilgili bilgileri medyadan alması ve daha sonra bu bilgilerin yorumlanmasında yine medyadan yararlanması, medyanın içerik üretirken kullandığı dilin bireyler üzerindeki etkisinin ve toplumsal rolünün ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Risk iletişimi çalışması teorik olarak iyi planlanmış olsa da pratikte medyanın içeriği nasıl aktardığı çalışmanın başarısı için en önemli konudur. Aktarılan mesajların dili, içeriği ve anlaşılabilirlik seviyesi kadar kaynağı da nitelik ve etki açısından önemli bir konudur.

Covid-19 pandemisinin günlük yaşam pratiklerini ve gündemi tamamen değiştirmesiyle medyanın risk iletişimindeki rolü ve önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır. Medya bu tür dönemlerde kamuoyu ve kamu otoriteleri arasında yalnızca mesaj değil aynı zamanda büyük bir sorumluluk taşımaktadır. Medya salgın dönemlerinde bu sorumluluğu taşıırken; yalnızca resmi kaynakları belirtmeli ve seçici olmalı, acele etmemeli önce uzmanlarla ve güvenilir iletişim kaynaklarıyla iletişime geçmeli, sağlık haberciliği konusunda yeterli bilgisi olmayan çalışanlarını ek bilgilerle desteklemeli, iddiaları

yalnızca kanıtlarla destekli ise yayınlamalı, teknik ve tıbbi açıklamaları toplum tarafından daha kolay anlaşılması için basit şekilde ifade etmeli, sosyal bilinci teşvik etmeli, mesajları şeffaf, açık ve güvenilir olmalı, dayanışmayı teşvik eden motive edici bir dil kullanmalı ancak aşırı iyimserlikten kaçınmalı ve nefret söylemine yer vermemelidir (Sezgin vd. 2020). Böylece daha iyi ve etkili bir risk iletişimi yapılmış olacaktır.

Kaynaklar

1. Anadolu Ajansı, (2020). DSÖ Yeni Tip Koronavirüsün Adını Covid-19 olarak değiştirdi, (<https://www.aa.com.tr/tr/dunya/dso-yeni-tip-koronavirusun-adini-covid-19-olarak-degistirdi/1731137#>), Erişim Tarihi: 05.06.2020
2. Çınarlı, İ. (2005). "Risk İletişimi Açısından SARS (Şiddetli Akut Solunum Sendromu) Salgını", *Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi*, Haziran, 2, (55-69).
3. Geçer, E. (2020). Geleneksel Medya Gücünü Koruyor. *TRT Akademi*, Kovid-19 Özel Sayısı, 5(10), 217-224.
4. Method Research Company, Üsküdar Üniversitesi (2020). *Koronavirüslü Günlerde Hayat Araştırması*, Nisan.
5. Morgan, M.G., Fischhoff, B., Bostrom, A. and Atman, C.J., (2002). *Risk Communication: A Mental Models Approach*. Cambridge University Press.
6. Nikiforuk, A. (2000). *Mahşerin Dördüncü Atlısı Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi*. İletişim Yayıncılık.
7. Öz, S.H. (2021). *Pandemi Sürecinde Risk İletişimi: Türkiye Ulusal Basınında Koronavirüs Haberlerinin Analizi*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi.
8. Sezgin, D., Karaaslan, Y., Ersoy, İ. (2020). The Pandemic Infodemic: The Role of Risk Communication and Media in a Pandemic. *Gazi Medical Journal*, (31), 325-327.
9. Tinker, T. ve Vaughan E. (2009). "Effective Health Risk Communication About Pandemic Influenza for Vulnerable Populations". *American Journal of Public Health*, Supplement 2, 99(2), 324-332.
10. Turancı, E. (2010). "Risk İletişiminde Kitle İletişim Araçlarının Kullanımı ve "Risk" İçerikli Mesajların Oluşturulması Sürecine Yönelik Bir Değerlendirme". *Akdeniz İletişim Dergisi*, Aralık, 14, 87-104.
11. Turancı, E. (2017). *Risk İletişimi Stratejileri Açısından Bilgi ve Bilgi Okuryazarlığı: Sağlık Haberlerine ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi.
12. Yıldız, F. (2014). *19. Yüzyılda Anadolu'da Salgın Hastalıklar (Veba, Kolera, Çiçek, Sıtma) ve Salgın Hastalıklarla Mücadele Yöntemleri*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi.
13. Yılmaz, E. (2007). 1847-1848 Kolera Salgını ve Osmanlı Coğrafyasındaki Etkileri. *Avrasya İncelemeleri Dergisi*, 6(1), 23-55.
14. WHO. (2020). Novel Coronavirus Situation Reports (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>) Erişim Tarihi: 09.06.2020.

TÜRKİYE'DE ASTIM PREVALANSINA YÖNELİK YAPILAN ÇALIŞMALARIN BİBLİYOMETRİK İNCELEMESİ

Tuğba Songül Tat^{1,2}

¹Medical Point Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Bölümü, Gaziantep, Türkiye

²Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep

tugbasongultat@gmail.com

Bu çalışma ile Türkiye’de astım prevalansı ile ilgili yapılmış çalışmaların bibliyometrik açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Türkiye’de astım prevalansı ile ilgili yapılmış olan çalışmalara, 30 Eylül 2022 tarihinde Google Akademik veri tabanı taranarak ulaşıldı.

Bu çalışmada, toplam 28 çalışmanın analizi yapıldı. Bu çalışmaların %60.7 (n=17)’si çocuk popülasyonunda, %39.3 (n=11)’ü erişkin popülasyonda yapılmıştı. Çalışmaların % 85.7’ si tek merkezli, %10.7 si iki merkezli, %3.6 sı üç merkezli iken, % 96.4 üniversite hastanesinden yapılmıştı. Çalışmaların yazar sayıları en az 2, en fazla 10 idi. Çalışmalar 18 farklı ile dağılmış iken, en fazla çalışma Ankara ilindeydi. En eski 1994 yılında, en yeni 2020 yılında yapılan çalışma saptandı. Çalışmalarda atıf almayan çalışma bulunurken, en fazla 127 atıf alan çalışma mevcuttu, çalışmaların atıf sayısı ortalaması $\pm$ SD, 47.8 ± 41.1 idi. Çalışmalara en az dahil edilen kişi sayısı 236, en fazla dahil edilen kişi sayısı 12270 idi. Sonuçlarda çocuklarda astım prevalansı min-maks: %1.9-%17.4 iken, erişkinde min-maks %1.2-%10.8 olduğu saptandı.

Astım, önemli mortalite ve morbitideye sahip, maliyeti oldukça yüksek, hayat kalitesini azaltan kronik bir hastalıktır. Ayrıca çevresel faktörlerden de çok etkilenmektedir. Prevalans çalışmaları sağlık hizmetlerinin planlanması açısından çok önemli çalışmalardır. Bu bibliyometrik çalışmamız ile çok merkezli çok az sayıda çalışma olduğunu tespit ettik. Son beş yıla ait çalışma sayısı da çok az idi. Covid-19 pandemisi sonrası özellikle bu alanda çalışma eksikliği olduğu görüldü.

Bu çalışma ile ülkemizde çok merkezli, astım prevalansını yaş gruplarına ve çevresel özelliklere göre değerlendiren çalışmaların eksikliği olduğu ortaya çıkmıştır. Bu tip çalışmaları yapılması sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve planlamasının daha etkin yapılması için gerekmektedir.

TÜRKİYE'DE HASTA BİREYLERİN KÖK HÜCRE TEDAVİLERİNE YÖNELİK YAKLAŞIMI (Bu araştırma Tübitak tarafından 1004 projeleri kapsamında desteklenmektedir.)

Çiler Dursun¹

¹Ankara Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Ankara, Türkiye
cilerdursun@gmail.com

Rejeneratif ve Restoratif Tıp, hasarlı veya hastalıklı hücreleri, organları veya dokuları yeniden oluşturmak, onarmak veya değiştirmek için yöntemler geliştiren, güncel klinik stratejiyi değiştirmeyi amaçlayan ve bünyesinde kök hücre biyolojisi, immünoloji, malzeme bilimi, mühendislik ve tıp bilimlerini barındıran disiplinler arası bir alan olup, kök hücre dâhil olmak üzere hücresel tedavi ürünleri, doku mühendisliği ürünleri, biyo malzeme teknolojileri ve biyoteknolojik ürünler gibi alt/odak teknolojilerini bir arada içermektedir. Bu çalışmalar son yıllarda dünyadaki sağlık bilimleri alanındaki en önemli gelişmelerden olup hücre biyolojisi, moleküler biyoloji ve genetik alanlarında gerçekleştirilmektedir. Türkiye de, tıp alanında yüksek teknolojiye sahip ürünlerin ortaya çıkması için, küresel aktörler karşısında güçlenebilmek için bu alandaki ar-ge çalışmalarına hız vermektedir. Bu amaçla Tübitak 1004 programı kapsamında oluşturulan “Re-Tıp” İleri teknoloji Platformu ile; kişiye özel tedavi uygulamalarının önünü açan hücresel tedavi ürünleri, doku mühendisliği ürünleri ve tanı kitlerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir.

Tıptaki yenilikçi gelişmeler her yerde, insanların yaşam koşullarının iyileştirilmesi için izlenmesi gereken “eni-yi” yolların belirlenmesinde ortaklaşılan, bütüncül ve uzun vadeli bir ufkun geliştirilmesine ihtiyaç duymaktadır. Böyle bir ufuk, sadece teknolojilerin geliştirilmesi ile değil; ondan yararlanmasında öngörülen toplumsal kesimlerin de bu teknolojik ürünlerle bağlantısının doğru biçimde kurulmasını gerektirmektedir. Nihai olarak insanların sağlığında ve yaşam koşullarında karşılığını bulacak tıp ve sağlık alanındaki rejeneratif ve restoratif tıp buluşları, toplumun da bu buluşları benimseme düzeylerinin devamlı olarak gözetilmesini gerektirmektedir.

Tübitak 1004 Yüksek Teknoloji Platformları Çağrısı kapsamında desteklenen Rejeneratif ve Restoratif Tıp Araştırmaları ve Uygulamaları başlıklı ve Ankara Üniversitesi’nin öncülüğünde 2021-2025 arasında yürütülen projede, geliştirilen birbirinden farklı tıp ürünleri, tanı kitleri ve tedavi protokollerinin toplum nezdindeki toplumsal, sosyo- kültürel, ruh sağlığı, iktisadi, hukuki ve etik etkilerinin de saptanması amaçlanmaktadır.

Toplumsal etki analizi, bir ölçme tekniği olmasının yanı sıra, belki de ondan daha fazla, toplumsal sürdürülebilirlik ve sürdürülebilir kalkınmanın sosyal boyutuyla ilgili bir kalkınma yaklaşımına dayalıdır. Değişimlerin analizini yaparak gerçekleşen ya da gerçekleşme sürecindeki dönüşümlerin niteliğini görmek; bu değişimlerin topluluklar üzerindeki etkilerini yakalamak ve karar verme süreçlerine toplumsal değişimi kontrol edebilecek girdileri sunmak, sürdürülebilir kalkınmanın

toplumsal boyutuyla ilgilidir. Böylelikle toplumsal kaynaklar, ülke kaynakları, gerçekleşmesi öngörülen ya da öngörülme- yen değişimlerin yaratacağı sorunların çözümü için, toplumun varlığını anomi tehlikesine kapılmaksızın sürdürebilmesi amacıyla yine toplum lehine kullanılabilir. Bu projede gerçekleştirilecek sosyo kültürel, iktisadi, ruh sağlığı, etik, hukuki ve siyasa etki analizi de, yenilikçi sekiz farklı tıp uygulamasının ve ürününün toplumdaki karşılığının olumlu bir değişim ve benimseme olarak gerçekleşebilmesi için karar vericilere analitik bir girdi sağlayacaktır.

Yöntem

Etki analizlerinin bu genel amacı doğrultusunda Türkiye'nin farklı bölgelerini temsil eden dört üniversite hastanesinde ve özel hastanelerde, hastalar, hasta yakınları, sağlık ve tıp çalışanlarının yanı sıra sağlıklı bireylerle de anket ve mülakata dayalı karma yöntemlerle çalışılarak, etki analizi yapılmaktadır.

Bu bildiriye konu olan çalışmamız, Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Eylül-2022'de gerçekleştirilen saha çalışmasından elde edilen ilk bulguları içermektedir. Saha çalışmasının belirli aralıklarla halen devam etmesinden dolayı, gerek diğer bölgelerdeki üniversite hastaneleriyle ve gerekse özel hastanelerle karşılaştırmalı kısmı bundan sonraki dönemde ortaya çıkacak ve analiz edilecektir.

Saha çalışmasının hastalara anket uygulaması kısmı için, şu ana kadar farklı tıp anabilim dallarından 140 yataklı hasta ile yüzyüze görüşmeler yapılmıştır. Toplumsal etki çalışmasının yataklı hastalar ile yapılması, sağlık açısından daha kırılgan olan bu katılımcı grubun, daha özenli ele alınarak etik olarak doğru bir çalışma yapılabilmesini mümkün kılmıştır. Hastalara uygulanan 44 soruluk anket için A.Ü. Etik Kurul onayı alınmış ve pilot çalışması da A.Ü. İbni Sina hastanesi üroloji servisi yataklı hasta biriminde yapılmıştır.

Analiz

Araştırmanın birbiriyle ilişkilendirilebilecek farklı parametreleri bulunmakla birlikte, bu bildiride doğrudan yenilikçi tıbbi ve kök hücre tedavilerine yönelik hastaların yaklaşımlarını ortaya koyan başlıklar sergilenmektedir.

Hastaların demografik özellikleri

		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	kadın	61	43,6
	erkek	79	56,4
	Total	140	100,0

Hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında %56,4 erkek ve %43,6 kadın hastanın yanıt verdiği görülmektedir.

		Frekans	Yüzde
Yaş	18-28 yaş aralığı	16	11,4
	29-39 yaş aralığı	23	16,4
	40-50 yaş aralığı	27	19,3
	51-61 yaş aralığı	32	22,9
	62 ve yaş ve üzeri	42	30,0
	Total	140	100,0

Yine bu hastaların %30 gibi 1/3'lük bir kısmı 62 yaş ve üzeri olup yataklı hasta servisinde ağırlıklı olarak yaşlı hastalar tedavi görmektedir.

		Frekans	Yüzde
Eğitim durumu	okur yazar	8	5,7
	okur yazar değil	20	14,3
	ilkokul bitirmemiş okur yazar	38	27,1
	ilkokul mezunu	35	25,0
	ortaokul mezunu	18	12,9
	lise mezunu	16	11,4
	üniversite lisans mezunu	4	2,9
	lisansüstü mezunu	1	,7
	Total	140	100,0

Sözkonusu hastaların ağırlıklı kısmı okur yazar veya ilkokul mezunu olup, üniversite ve lise eğitimi hasta yüzde %15'i ancak bulmaktadır.

		Frekans	Yüzde
Çalışıyor mu	çalışıyor	35	25,0
	çalışmıyor	86	61,4
	emekli	19	13,6
	Total	140	100,0

Hastaların %61'i çalışmamaktadır; bu kategoriye emekliler ve ev hanımları da dahil edilmiştir.

		Frekans	Yüzde
Sosyal güvence var mı	evet kişisel sosyal güvencem var	85	60,7
	evet aile fertlerimin üzerinden sosyal güvencem var	30	21,4
	hayır yok	22	15,7
	diğer	3	2,1
	Total	140	100,0

Hastalarının %60 ının SGK başta olmak üzere kişisel sosyal güvencesi vardır

Sağlık Durumu ve Tutumu

		Frekans	Yüzde
Kronik hastalığı var mı	evet	77	55,0
	hayır	63	45,0
	Total	140	100,0

Hastaların %55'inin kronik bir hastalığı bulunmaktadır. %55'i ise akut sorunlar nedeniyle hastanede tedavi görmektedirler.

		Frekans	Yüzde
Sağlığınız ile ilgili genel tutumunuz nedir	sağlık sorunda hemen doktora ve hastaneye gider	38	27,1
	sağlık sorunu olmasa da düzenli kontrollerini yaptırır	5	3,6
	sağlık sorunu ciddi ve sürekli olduğunda doktora ve hastaneye gider	71	50,7
	sağlık sorunu yaşasa da doktora ve hastaneye gitmeyi geciktirir	26	18,6
	Total	140	100,0

Hastaların toplamda yaklaşık %69'luk bir kısmı, sağlık sorunları ciddileştiğinde ve geciktirerek doktora ve hastaneye gitmektedir. Dolayısıyla kişisel sağlığını ihmal edebilmektedir.

		Frekans	Yüzde
Tıp ve sağlıktaki gelişmeleri ne yoğunlukta takip edersiniz	her konuyu çok yakından ve devamlı takip ediyor	21	15,0
	İlgisini çeken konuları bazen takip ediyor	48	34,3
	bu konuları pek takip etmiyor, karşısına çıkınca bakıyor	36	25,7
	bu konuları hiç takip etmiyor ilgilenmiyor	35	25,0
	Total	140	100,0

Hastaların %34 lük ağırlığı tıp ve sağlıktaki ilgisini çeken konuları takip etmektedir. Yarıya yakını ise tıp ve sağlıktaki gelişmeleri yakından ve düzenli takip etmemektedir.

		Frekans	Yüzde
Sağlık sorununuz olunca doktorunuzu nasıl seçersiniz	çevremdeki güvenilir insanlara danışırım	61	43,6
	tanıdığım tıp ve sağlık uzmanlarına danışırım	29	20,7
	internetten araştırıp belirlerim	9	6,4
	en yakınımıdaki tıp merkezinden bulurum	39	27,9
	diğer	2	1,4
	Total	140	100,0

Bu hastaların %43,6 gibi ağırlıklı kısmı, sağlık sorunu olduğunda çevresindeki güvenilir insanlardan danışarak doktorunu ve hastanesini seçmektedir.

		Frekans	Yüzde
Tıbbi gereklilikler olunca hangisini yaparsınız	kan bağıışı	44	31,4
	doku bağıışı	2	1,4
	organ bağıışı	5	3,6
	her tür bağıışı yapar	73	52,1
	hiçbir bağıış yapmaz	13	9,3
	diğer	3	2,1
	Total	140	100,0

Yine bu hastaların %9,3 dışındaki kısmı, gerektiğinde kan, doku, organ bağıışı ya da hepsini de yapabilecek bir tutuma sahiptir.

Yenilikçi ve Kök Hücre Tedavilerine Yaklaşım

Hastaların yaş gruplarına göre Türkiye ve dünyadaki tıp ve sağlıktaki yeniliklere yaklaşımına bakıldığında özellikle 62 yaş ve üzerindekiilerin, destekleyici ve kesinlikle destekleyici bir tutum içinde oldukları görülmektedir. Yine 51-61 yaş aralığındaki orta yaş üzeri hastalarda da destekleyici ve kesinlikle destekleyici tutum, ağırlık taşımaktadır. Genel olarak 140 yataklı hastanın içinde sadece 39 hasta 18-39 yaş aralığında olduğu için, onların oranı grafikte düşük görünmekle birlikte, esasında bu yaş aralığının yarıdan çoğu da destekleyici ve kesinlikle destekleyici bir tutum içerisinde; daha az bir bölümü yarar ve zararlarını bilmek koşuluyla destekleyeceğini belirtmiştir.

Yenilikçi ilaç ve tedavilere yaklaşım açısından erkekler ve kadınlar, uzmanlara ve doktorlara danışarak karar verme eğilimindedirler. Erkek hastaların önemli bir kısmı daha önceden yararlananlara danışıp benimsemeyi tercih etmektedirler. Hiç araştırmadan yenilikçi olan ilaç ve tedavileri benimsemeye en yatkın olanlar ise kadın hasta grubudur.

Eğitim durumu ile yenilikçi ilaçlara ve tedavilere yaklaşımların arasındaki ilişkiye bakıldığında, okur yazar olmayan ya da okur yazar ve ilköğretim mezunu ve/veya okur yazar ve ilköğretim mezunu olmayan az eğitimli hasta grubunun ağırlıkla uzmanlara ve doktorlara danışarak karar vereceğini ortaya koymaktadır. Sayıları az olmakla birlikte üniversite lisans ve lisansüstü mezunlarında ise, daha önceden bu ilaç ve tedavilerden yararlanmış deneyimli kişilere danışarak karara varma eğilimi güçlüdür.

Hastaların cinsiyeti ile kök hücre tedavilerine yönelik yaklaşımları arasındaki bağlantıya bakıldığında, kesinlikle uygulatırım ve uygulatırım oranı, erkeklerde kadınlara göre oldukça belirgin biçimde yüksektir. Aynı şekilde kararsızların oranı da erkek hastalarda daha fazladır. Ancak bu tabloyu, erkek hasta sayısının bu örnekte görece kadınlardan fazla oluşunu göz önünde bulundurarak değerlendirmek gerekmektedir.

Yine yaş gruplarına göre kök hücre tedavilerine olumlu bakmayı ele aldığımızda, 51 yaş ve üzerinin kesinlikle uygulatma ve uygulatma eğilimlerinin güçlü olduğu görülmektedir. Uygulatmama ve asla uygulatmama tutumunun, bütün yaş kategorilerinde oldukça düşük olduğunu grafik açıkça ifade etmektedir.

Hastaların yakın aile üyelerinin (anne baba eş kardeş evlat) kök hücre tedavisi olup olmaması açısından yaklaşımlarına bakıldığında, bütün yaş gruplarında tedavilerin uygulanması yönünde olumlu eğilimlerin ağırlık kazandığı gözlenmektedir.

Hastaların kök hücre tedavilerinin geliştirilmelerinin hangi aşamalarında uygulatabileceklerine dair eğilimleri ise, bütün yaş gruplarındaki hastaların başlangıç aşamalarından çok, kök hücre tedavisini yaygınlaştığı ve yeniliklerin iyice benimsendiği aşamalarda uygulama eğiliminde olacaklarını ortaya koymaktadır. Burada 29-29 yaş aralığındaki hastaların yeniliğin başlangıç aşamalarında uygulanmasını hiç tercih etmeyecekleri, oldukça dikkat çekicidir.

Önemli bir soru da yenilikçi kök hücre tedavilerini neden uygulatmak isteyecekleri konusundadır. Hastaların ağırlıklı çoğunluğu, “insanlara kesinlikle yarar sağlayacağını düşündüğü” için bu tedavilere meyletmektedir. Sözkonusu yeniliklerin başka yeniliklere de yol açacağını düşünmeleri ve amacına uygun kullanılacağından emin olmaları da, kök hücre tedavilerine yönelik yaklaşımlarının diğer ana nedenleri arasındadır.

Sonuç

Bu bildiride Rejeneratif ve Restoratif Tıp Teknolojileri olarak da adlandırılan tıbbi gelişmeler içinde önemli bir başlık olan kök hücre tedavilerine yönelik olarak Türkiye’nin doğu ve güneydoğu bölgelerinde ikamet eden yataklı hastaların yaklaşımları, çok temel birkaç odağa bakılarak ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Daha sonra ayrıntılandırılacak olan bu eğilimlerden en belirgin olanları, eğitim düzeyi görece daha düşük, orta yaş üzerindeki hastaların, her türlü yenilikçi tedavi ve ilaçlara olduğu kadar, kök hücre tedavilerine de olumlu bir bakış açılarının bulunduğudır. Gerek kişisel olarak kendilerinin, gerekse yakın aile üyelerinin yenilikçi tıp uygulamalarından ve kök hücre tedavilerinden yararlanmaları konusunda isteklidirler. Öyle ki yine 51 yaş ve üzeri hastalarda bu isteklilik, kök hücre tedavilerinin başlangıç aşamalarını da içermektedir; ancak ağırlıklı olarak yeni tedavinin yaygın ve benimsenmiş bir tedavi haline geldiği aşamalarda uygulanmasına açıktırlar. Orta yaş kabul ettiğimiz 29-49 yaş aralığındaki hastalarda da genel eğilimler yaşlı hastalarla benzer olmakla birlikte, kök hücre tedavilerinin daha deneysel yapılabildiği başlangıç aşamalarında uygulanmasına uzak bir tutum içindedirler. Kök hücre tedavilerine dair açıklık bakımından cinsiyetler arasında çok büyük bir fark bulunmamakta, kadın ve erkek hastaların bu tür uygulamalara zihinsel ve tutum olarak da yakınlığı gözlenmektedir. Grafiklerde erkek ve kadın hasta arasındaki görece farklar, örneklemin yaklaşık %56’lık kısmının erkek hastalardan, %44’lük kısmının ise kadın hastalardan teşekkül etmiş olduğu dikkate alınarak ihtiyatlı değerlendirilmelidir.

Bu genel tablo, Türkiye’de görece sosyo ekonomik statüsü yüksek olmayan hasta bireylerde, genel olarak yenilikçi tıp uygulamalarına, özelinde ise kök hücre tedavilerine ve teknolojilerine yönelik olumlu, açık ve benimseyici bir yaklaşımın daha yaygın durumda olduğunu göstermektedir. Gelecekte kök hücre tedavilerine yönelik toplumsal desteğin geliştirilmesi bakımından, 2022 yılında ortaya konulan bu temel bulgular, ümit verici boyuttadır.

TÜRKİYEDEKİ BÖLGE RUH SAĞLIĞI HASTANELERİNDE ÇALIŞAN PSİKİYATRİ HEMŞİRELERİNİN MERHAMET DÜZEYLERİ

Leyla Aybüke Uzuner¹, Satı Dil²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Çankırı Devlet Hastanesi, Hemşire, Çankırı, Türkiye

²Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çankırı, Türkiye

aybukeleyla.19@outlook.com

Bölge Ruh Sağlığı Hastaneleri (BRSH)'nde çalışan psikiyatri hemşireleri, uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hastalarla sürekli iletişim, etkileşim halindedir ve onların biyopsikososyal gereksinimlerinin karşılanmasından sorumludur. Bakım sürecinde hastaların karşılaştığı zor durumlara ilişkin onları önemsemeyi ve anlamayı gerektiren içsel bir inanç, esneklik ve şevkat gösterme davranışları "merhamet" olarak tanımlanmaktadır. Bu bakımdan uzun süreli ve yoğun hasta bakımı yürüten psikiyatri hemşireleri, etkili başetme mekanizmaları kullanmadıkça merhamet yorgunluğu riski ile karşı karşıyadırlar.

Amaç: Bu çalışmada BRSH' nde çalışan psikiyatri hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yürütülen araştırmanın evren ve örneklemini, Türkiye' deki BRSH içinden araştırmanın uygulamasına izin veren dört kurumda çalışan 119 hemşire oluşturmıştır. Araştırma, ölçek sahibinden, üniversitenin etik komisyonundan ve araştırmanın yürütüldüğü hastanelerden izin alınarak yapılmıştır. Araştırmanın verileri, "Kişisel Bilgi Formu" ve "Merhamet Ölçeği (MÖ)" ile toplanmıştır. Veri toplama araçları, yazılı ve sözlü onam alınarak ve yüz yüze görüşerek doldurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı testler (ortalama, standart sapma, medyan, yüzde dağılımları) ile normal dağılıma uygun parametrik testler (t- testi, ANOVA, Pearson Korelasyon ve Regresyon) kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %79'u kadın, %21' erkek olup yaş ortalaması 38,53±8,28'dir. Katılımcıların eğitim durumları, %8,4'ü lise, %10,9'u meslek yüksekokulu, %5,0'i ön lisans, %68,1'i lisans ve %7,6'sı lisansüstüdür. Hemşirelerin %27,7'si on yıl ve altında, %72,3'ü on yıl üzerinde toplam çalışma deneyimine sahiptir. Hemşirelerin MÖ toplam puan ortalamasında 44,78±10,92, alt boyutlarda ise; sevecenlik 7,26±2,93, umursamazlık 7,23±2,15, paylaşımların bilincinde olma 8,01±2,81, bağlantısızlık 7,46±2,23 bilinçli farkındalık 7,50±2,64 ve ilişki kesmede ise 7,32±2,45 puan aldıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan psikiyatri hemşirelerinin merhamet düzeyleri olumlu yöndedir. Ayrıca bekar, alt gelir düzeyine sahip, sosyal aktivitelere katılmayan, üç yıl ve altında çalışma süresine sahip hemşirelerin merhamet ölçeği puanlarının diğerlerine göre istatistiksel olarak farklı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Bununla birlikte yaş ilerledikçe merhamet yorgunluğunun arttığı bulunmuştur (p<0,05). BRSH'de

çalışan psikiyatri hemşirelerinin empatik becerilerini geliştiren ve merhamet yorgunluğunu azaltan etkili müdahalelerle desteklenmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Akdeniz S, Deniz ME. Merhamet ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. The Journal of Happiness & Well-Being, 2016, 4: 50-61.
2. Alan, H. (2018). Merhamet Yorgunluğu ve Yönetici Hemşirenin Rolü. Journal of Health and Nursing Management, 5(2), 141-146.
3. Conrad, D. and Kellar-Guenther Y., (2006), Compassion Fatigue, Burnout and Compassion Satisfaction among Colorado Child Protection Workers, Child Abuse&Neglect, 30: 1071–1080.
4. Çınar F, Aslan FE. Ameliyathane hemşirelerinin merhamet düzeylerinin ölçülmesi: türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Kocaeli Med J, 2018, 7: 222-229.
5. Ekstrom, L.W., Liars, Medicine, and Compassion. (2012). Journal of Medicine and Philosophy, 37, 159-180.

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KUMAR OYNAMA VE PROBLEMLİ KUMAR SIKLIĞI VE KUMAR HAKKINDAKİ TUTUMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TRABZON, TÜRKİYE

Abdul Kadir Albayraktar¹, Nazım Ercüment Beyhun¹, Cansu Ağralı Gündoğmuş¹, Yusuf Emre Bostan¹, Murat Topbaş¹, Sevil Turhan¹, Aykut Karahan², Samiye Çilem Bilginer², Nihan Kalkandeler³, Gizem Nur Şakar³

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

³Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Bölümü, Trabzon, Türkiye

dralbayraktar@gmail.com

Giriş

Kumar, sonucu tahmin edilemeyen veya büyük oranda şansa bağlı olan bir olay ya da oyunun sonucuna göre daha değerli bir şey elde etme umuduyla değerli başka bir şeyi riske atmak olarak tanımlanabilir (1)(2) Kumar oynama yaygın görülen sağlığı, serveti ve diğer insanlarla ilişkileri olumsuz etkileyen bir halk sağlığı sorunudur (3)(4).

Üniversite öğrencilerinde son bir yıl içindeki kumar oynama sıklığı %42 ile %84 arasında değişmektedir (5)(7). Türkiye’de üniversite öğrencilerinde kumar ile ilgili çalışmaların sayısı azdır. Bir çalışmada öğrencilerin %41,4’ü hayatı boyunca en az bir kez, %21,5’i son bir ay içerisinde kumar oynamıştır (8). Başka bir çalışmada son bir yılda kumar oynama sıklığı %45,8 iken hayat boyu kumar oynama sıklığı %51,3 bulunmuştur (9).

Kumar oynamak bağımlılığa neden olabilir. Kumar bağımlılığı DSM-V’te “kumar oynama bozukluğu” şeklinde tanımlanmıştır. Kumar oynama bozukluğu temel olarak kişisel, ailevi veya mesleki sorunlara neden olacak kadar tekrarlayan kumar oynama davranışdır (10). Kumar oynama bozukluğu olanlarda mental sağlık problemlerine sık rastlanır, genel sağlık durumları daha kötüdür (11)(12) (13). Problemlili kumar ise kumar oynama bozukluğu tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan ancak bireylerde sosyal, kişisel ve kişilerarası sorunlara neden olmaya başlayan kumar davranışı şeklinde tanımlanmaktadır (14). Problemlili kumar sıklığı yetişkin popülasyonda %0,12 ile %5,8 arasında değişmektedir (15). Üniversite öğrencilerinde problemlili kumar sıklığı 2018 yılında yayınlanan bir meta analiz sonucuna göre %6,3’tü (16). Bazı çalışmalarda %1,4 ile %11,4 arasında değişen sonuçlar mevcuttur (17) Türkiye’de bir çalışmada üniversite öğrencilerinin %1,2’sinde problemlili kumar saptanmıştır (8).

Problemlili kumar gençlerde ve erkeklerde daha yaygındır (4). Diğer risk faktörleri aile öyküsü ve kişilik özellikleridir (20). Kumar ile ilgili olumlu tutumlar ve yanlış inanışlar, öğrencilerin kumara katılımı ve problemlili kumar ile ilişkilidir (21)(18)with the most common types being lotteries and instant win tickets (44%. Kolay satın alınabilirlik, boş zaman mevcudiyeti, aileden artan bağımsızlık gibi nedenlerle üniversite öğrencileri kumar oynamaya özellikle duyarlıdır ve yetişkinliğe geçiş

dönemindeki kumar probleminin gelecekteki kumar problemleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (21) (22) (23).

Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinde kumar oynama ve problemlili kumar sıklığı ve kumar hakkındaki tutumların değerlendirilmesidir.

Gereç ve yöntem

Katılımcılar ve tasarım

Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Türkiye'nin kuzeydoğusunda yer alan Trabzon ili sınırları içerisindeki 3 farklı üniversitede eğitim gören lisans ve ön lisans öğrencileri oluşturmaktadır; Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ), Trabzon Üniversitesi (TRÜ), Avrasya Üniversitesi (AVÜ). KTÜ'de 19820, TRÜ'de 8983, AVÜ'de 4398 lisans ve ön lisans öğrencisi bulunmaktadır. Örneklem büyüklüğü KTÜ için beklenen prevalans %5, sapma %0,75 ve %95 güven aralığı ile gerekli olan minimum örneklem boyutu 2788 kişi hesaplandı. Eksik veya hatalı veriler nedeniyle %25 hata payı eklenerek 3500 kişiye ulaşılması hedeflendi. Diğer üniversitelerde öğrenci sayıları ile orantılı olarak TRÜ'de 1800, AVÜ'de 700 kişiye ulaşılması planlandı. Örneklem öğrenci sayılarına göre fakülte ve programlara ağırlıklandırılarak dağıtıldı. Öğrencilere ders saatleri öncesinde veya sonrasında, sınıf ortamında ve gözlem altında anket formu uygulandı. Anket uygulanmadan önce araştırmanın amacı açıklandı. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktaydı. Araştırma verileri KTÜ'de 20 Aralık 2021-10 Ocak 2022, TRÜ'de 16-27 Mayıs 2022 ve AVÜ'de 23 Mayıs-30 Haziran 2022 tarihleri arasında toplandı ve 6479 kişiye ulaşıldı. Kumar oynama bilgisi mevcut olan 5986 kişi analizlere dahil edildi.

KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve üniversitelerin rektörlüklerinden izinler alındı. Araştırma KTÜ Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir.

Bağımlı değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri kumar oynama ve problemlili kumardır. Kumar oynama sıklığı son bir yıl içerisinde spor bahisleri, para karşılığı kâğıt/zar oyunları, internet kumarı, loto, piyango, at yarışı oynama durumu ile değerlendirildi. Sonuçlar "hiç", "ayda 1'den az", "ayda 1-2 kez", "ayda 2'den fazla" şeklinde gruplandırıldı. Herhangi bir kumar oyunu türüne "ayda 2'den fazla" cevabını verenler "ayda 2'den fazla" kumar oynuyor kabul edildi. Geriye kalan kişilerden herhangi bir kumar oyunu türüne "ayda 1-2 kez" cevabını verenler "ayda 1-2 kez" kumar oynuyor kabul edildi. Daha sonra geriye kalan kumar oynadığını belirten kişiler "ayda 1'den az" kumar oynuyor kabul edildi. Hiçbir kumar türünü oynamayanlar ise "kumar oynamıyor" kabul edildi.

Problemlili kumar, son bir yıl içinde kumar oynayan kişilerde "Problemlili Kumar Oynama Ölçeği (PGSI)" kullanılarak değerlendirildi. PGSI, dokuz maddeden oluşmaktadır ve kumar oynama davranışını ve kumarın olumsuz sonuçlarını değerlendirir. Her madde 0 (hiçbir zaman), 1 (bazen), 2 (çoğu zaman), 3 (neredeyse her zaman) şeklinde puanlanır. Toplam puan 0 ile 27 arasındadır. Ölçekten elde edilen

toplam puana göre katılımcılar kumar problemi olmayan (PGSI skoru=0), düşük riskli ($1 \leq \text{PGSI skoru} < 3$), orta riskli ($3 \leq \text{PGSI skoru} < 8$) ve problemli kumar ($\text{PGSI skoru} \geq 8$) gruplarında sınıflandırılır. PGSI için Cronbach alpha 0,84 hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Arıcan tarafından yapılmış Cronbach alpha 0,82 bulunmuştur (24)(25).

Bağımsız değişkenler

Araştırmada değerlendirilen sosyoekonomik ve kişisel özellikler cinsiyet, yaş, ikamet edilen yer (aile evi, öğrenci evi/apart ve öğrenci yurdu), sınıf, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, kişisel gelir (katılımcılara gelir, harçlık veya burs toplamı şeklinde soruldu) ve eğitim görülen fakülte ya da meslek yüksekokulluydu. Kumar hakkında 5 olumlu ve 5 olumsuz tutumdan oluşan toplam 10 soru soruldu. Tutum soruları beşli likert şeklinde soruldu ("kesinlikle katılmıyorum", "katılmıyorum", "fikrim yok", "katılıyorum" ve "kesinlikle katılıyorum"). Cevaplar katılıyorum, katılmıyorum ve fikrim yok şeklinde birleştirildi.

İstatistik analiz

Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, çeyreklikler olarak verildi. Prevalans değerleri %95 güven aralığı ile sunuldu. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney u testi kullanıldı.

Kumar oynama durumu (kumar oynamayanlar referans alındı) ve problemli kumar (kumar problemi olmayan/PGSI skoru=0 referans alındı) multinominal logistik regresyon testi ile değerlendirildi. Cinsiyet, yaş, ikamet, sınıf, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, fakülte, gelir (çeyreklikler şeklinde eklendi) ve çevreden kumar teklifi alma oluşturulan modellere eklendi. Sonuçlar OR ve %95 güven aralıkları ile sunuldu. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Analizlerde SPSS 26 istatistik programı kullanıldı.

Bulgular

Öğrencilerin %57,5'i ($n=3443$) kadın, yaş ortalaması $21,0 \pm 2,6$ yıl, gelir ortalaması $1340,0 \pm 1518,5$ TL'ydi. Öğrencilerin %32,0'si ($n=1913$) ailesi, %18,5'i ($n=1105$) öğrenci evi ya da apartta, %49,4'ü ($n=2951$) yurttta kalmaktaydı. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin sosyoekonomik ve kişisel özellikleri (N=5986)

	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca	p25-p75
Yaş (yıl)	21,0 $\pm$ 2,6	21	20-22
Gelir (TL) (n=4706)	1340,0 $\pm$ 1518,5	1000	800-1500
	Kategoriler	n	%
Cinsiyet	Kadın	3443	57,5
	Erkek	2543	42,5
Sınıf	Birinci sınıf	1952	32,6
	İkinci sınıf	1976	33,0
	Üçüncü sınıf	930	15,5
	Dört ve üzeri	1128	18,9
İkamet (n=5986)	Aile	1913	32,0
	Öğrenci evi	1105	18,5
	Yurt	2951	49,4
Fakülte	Sosyal	2113	35,3
	Fen	1755	29,3
	Sağlık	685	11,4
	Meslek	1433	23,9
Lise (n=5917)	Kamu	5292	89,4
	Özel	625	10,6
Kumar teklifi (n=5955)	Evet	4522	75,9
	Hayır	1433	24,1
Anne eğitim (n=5968)	İlköğretim	3841	64,4
	Ortaöğretim	1418	23,8
	Yükseköğretim	709	11,9
Baba eğitim (n=5917)	İlköğretim	2798	47,3
	Ortaöğretim	1827	30,9
	Yükseköğretim	1292	21,8

Öğrencilerin %21,8'i (%95GA 20,8-22,8) (n=1304) son 12 ay içerisinde en az bir kez kumar oynamıştır. En sık oynanan oyun türü ise %15,0 (n=889) ile spor bahisi, ikinci sırada ise %8,7 (n=505) ile piyango gelmektedir. Diğer oyunların sıklıkları kâğıt/zar oyunları %8,5 (n=497), internet kumarı %7,2 (n=418), loto %6,3 (n=365), at yarışı %2,1 (n=121) bulundu (Tablo 2). Erkeklerin %36,8'i (n=936), kadınların %10,7'si (n=368) kumar oynamaktaydı (p<0,001). Kumar oynayanların yaş ortalaması 21,1 $\pm$ 2,5, oynamayanların yaş ortalaması 21,0 $\pm$ 2,6 idi (p=0,165).

Tablo 2. Öğrencilerin son 12 ay içerisindeki kumar oynama sıklığı (N=5986)

	Kumar oynama		Ayda					
	Evet		Ayda <1		Ayda 1-2 kez		Ayda >2 kez	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kumar oynama sıklığı	1304	21,8	822	13,7	189	3,2	293	4,9
Spor bahisleri (n=5915)	889	15,0	459	7,8	171	2,9	259	4,4
Kâğıt/Zar oyunları (n=5849)	497	8,5	258	4,4	92	1,6	147	2,5
İnternet kumarı (n=5840)	418	7,2	188	3,2	92	1,6	138	2,4
Loto (n=5809)	365	6,3	230	4,0	59	1,0	76	1,3
Piyango (n=5827)	505	8,7	409	7,0	40	0,7	56	1,0
At yarışı (n=5802)	121	2,1	67	1,2	17	0,3	37	0,6

Çok değişkenli analiz sonuçlarına göre erkek olmak, aile evinde yaşayanlara göre öğrenci evinde yaşamak, özel liseden mezun olmak, yüksek anne eğitim düzeyi, yüksek gelir ve çevreden kumar oynama teklifi alma kumar oynama ile ilişkiliydi. Kadınlara göre erkeklerde ayda birden az kumar oynama riski 2,80(2,31-3,39), ayda 1-2 kez oynama riski 4,53(3,05-6,73), ayda 2’den fazla oynama riski 7,42(4,99-11,03) kat idi. Çevresinden kumar teklifi alanlarda ayda birden az kumar oynama riski 5,18(4,30-6,25), ayda 1-2 kez oynama riski 6,74(4,75-9,57) ayda 2’den fazla oynama riski 18,93(13,27-27,02) kat idi (Tablo 3).

Tablo 3. Kumar oynama davranışını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (N=4593)

	Ayda <1		Ayda 1-2		Ayda >2	
	OR	%95 GA	OR	%95 GA	OR	%95 GA
Erkek (ref: Kadın)	2,80	2,31-3,39	4,53	3,05-6,73	7,42	4,99-11,03
Yaş (yıl)	1,02	0,98-1,07	0,94	0,84-1,05	0,94	0,87-1,03
İkamet (ref: Ailesi ile)						
Öğrenci evi/apart	1,51	1,16-1,96	1,79	1,09-2,92	1,57	1,04-2,37
Yurt	0,97	0,77-1,21	1,16	0,75-1,81	0,90	0,62-1,31
Fakülte (ref: Fen)						
Sosyal	0,81	0,57-1,14	0,29	0,12-0,68	0,54	0,30-0,96
Sağlık	0,87	0,67-1,14	0,66	0,40-1,09	0,55	0,35-0,85
Meslek	0,92	0,70-1,20	1,06	0,66-1,71	0,93	0,61-1,42
Sınıf (ref: Birinci)						
İkinci	0,90	0,72-1,13	0,97	0,63-1,49	0,71	0,48-1,04
Üçüncü	0,94	0,70-1,26	1,22	0,70-2,10	1,18	0,74-1,87
Dördüncü ve sonrası	0,73	0,54-0,99	0,85	0,45-1,59	0,66	0,38-1,13
Özel lise (ref: Kamu)	1,47	1,12-1,94	1,74	1,09-2,79	1,11	0,70-1,77
Anne eğitim (ref: İlköğretim)						
Ortaöğretim	1,49	1,18-1,87	1,80	1,19-2,75	1,34	0,91-1,98
Yükseköğretim	1,31	0,95-1,82	1,33	0,70-2,5	1,87	1,14-3,07

Baba eğitim (ref: İlköğretim)						
Ortaöğretim	1,14	0,91-1,43	1,14	0,75-1,74	1,11	0,76-1,62
Yükseköğretim	0,94	0,71-1,24	0,86	0,51-1,46	0,95	0,60-1,49
Gelir (ref: Q1)						
Q2	1,03	0,81-1,32	1,77	1,04-3,03	1,42	0,90-2,25
Q3	1,19	0,88-1,61	2,43	1,33-4,45	2,24	1,33-3,76
Q4	1,35	1,02-1,78	2,26	1,27-4,03	2,40	1,49-3,88
Kumar teklifi (ref: Hayır)	5,18	4,30-6,25	6,74	4,75-9,57	18,93	13,27-27,02

Son 12 ay içerisinde kumar oynayan öğrencilerden %74,4'ü (n=970) PGSI'yi eksiksiz tamamladı. Kumar oynayan öğrencilerin problemlili kumar açısından %22,4'ü (%95GA 19,8-25,1) (n=217) düşük riskli, %20,4'ü (%95GA 18,0-23,0) (n=198) orta riskliydi. Öğrencilerin %14,3'ü (%95GA 12,2-16,6) (n=139) problemlili kumar oynamaktaydı.

Problemlili kumar oynama durumu cinsiyet ve kumar oynama teklifi alma ile ilişkililiydi. Erkeklerin %16,9'u (n=126), kadınların %5,8'i (n=13) problemlili kumar oynuyordu (p<0,001). Çevresinden kumar oynama teklifi alanların %18,6'sı (n=115), almayanların %6,7'si (n=23) problemlili kumar oynamaktaydı (p<0,001).

Çok değişkenli analiz sonuçlarına göre erkek olmak ve çevreden kumar teklifi almak problemlili kumar ile ilişkililiydi. Problemlili kumar riski kadınlara göre erkeklerde 5,65(2,83-11,28) kat, çevresinden kumar oynama teklifi alanlarda almayanlara göre 4,91(2,84-8,49) kat fazlaydı. (Tablo 4).

Tablo 4. Problemlili kumar oynama davranışını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (N=776)

	Düşük risk		Orta risk		Problemlili kumar	
	OR	%95 GA	OR	%95 GA	OR	%95 GA
Erkek (ref: Kadın)	2,04	1,32-3,16	7,08	3,67-13,65	5,65	2,83-11,28
Yaş (yıl)	0,97	0,86-1,08	0,97	0,85-1,1	1,05	0,94-1,18
İkamet (ref: Ailesi ile)						
Öğrenci evi/apart	1,13	0,67-1,92	1,01	0,57-1,78	1,34	0,70-2,58
Yurt	1,17	0,71-1,92	0,99	0,58-1,71	1,60	0,87-2,96
Fakülte (ref: Fen)						
Sosyal	0,73	0,35-1,53	0,68	0,29-1,62	0,37	0,13-1,06
Sağlık	0,96	0,56-1,65	0,78	0,42-1,47	0,74	0,39-1,41
Meslek	0,79	0,46-1,37	1,08	0,59-1,99	0,76	0,40-1,44
Sınıf (ref: Birinci)						
İkinci	1,35	0,83-2,18	1,22	0,71-2,12	1,17	0,67-2,07

Üçüncü	1,11	0,59-2,09	1,41	0,72-2,77	1,03	0,5-2,11
Dördüncü ve sonrası	2,26	1,14-4,47	2,36	1,11-5,02	1,22	0,54-2,74
Özel lise (ref: Kamu)	0,74	0,43-1,28	0,59	0,31-1,11	0,66	0,33-1,33
Anne eğitim (ref: İlköğretim)						
Ortaöğretim	0,89	0,55-1,43	0,88	0,51-1,52	0,56	0,30-1,02
Yükseköğretim	0,91	0,46-1,82	1,51	0,73-3,11	0,91	0,40-2,06
Baba eğitim (ref: İlköğretim)						
Ortaöğretim	0,69	0,43-1,12	0,62	0,36-1,06	0,83	0,47-1,48
Yükseköğretim	1,02	0,58-1,80	0,92	0,49-1,72	1,09	0,55-2,16
Gelir (ref: Q1)						
Q2	1,81	1,00-3,29	1,27	0,68-2,40	0,87	0,44-1,71
Q3	1,52	0,78-2,95	1,06	0,53-2,14	0,71	0,33-1,52
Q4	1,75	0,94-3,26	1,12	0,58-2,15	1,08	0,55-2,14
Kumar teklifi (ref: Hayır)	2,12	1,43-3,13	4,66	2,86-7,61	4,91	2,84-8,49

Kumar hakkındaki olumlu ifadeler katılanlarda kumar oynama sıklığı fazlaydı. Kumar hakkında olumsuz tutumlara katılanlarda ise kumar oynama sıklığı daha azdı. Kumar oynamayanlar, kumar oynayanlar ve problemlili kumar oynayanların kumar hakkındaki tutumları tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Öğrencilerin kumar hakkındaki tutumlarının değerlendirilmesi

		Kumar oynamayan (n=4170)	Kumar oyna- yan (n=1155)	Problemli kumar (n=859)
		%	%	%
Her türlü kumar yasaklanmalı*	K	51,3	20,3	25,2
	M	22,7	53,5	57,4
Kumar oynamaya hiç başlanmamalı*	K	71,6	47,7	52,2
	M	12,1	27,9	32,2
Arada bir kumar oynamanın zararı yoktur	K	9,9	27,8	31,3
	M	71,8	44,8	49,6
Kumar sosyal faaliyet olarak görülebilir	K	9,1	22,2	26,1
	M	72,4	49,1	47,0
Arkadaşım beni kumar oynamaya davet etse oynamam*	K	70,3	31,5	28,7
	M	14,7	35,7	44,3
Kumar oynayan kişilerle arkadaşlık yapmak istemem*	K	45,2	16,5	13,9
	M	26,3	51,9	60,9
İnsanlar istedikleri yerde ve zamanda kumar oynayabilmeli	K	9,3	26,2	41,7
	M	67,1	42,7	34,8
Kumar oynayarak hızlı yoldan para kazanabilirim	K	8,7	29,7	46,1
	M	72,6	43,2	32,2
Kumar kolayca bırakılabilir	K	19,8	29,8	28,7
	M	45,4	39,0	44,3
Bahis ve şans oyunları da kumardır*	K	66,6	57,3	63,5
	M	15,0	20,4	20,9
Sonuçlar sütun yüzdesi şeklinde verildi. Fikrim yok cevabını verenler gösterilmedi.				
K: Katılıyorum KM: Katılmıyorum				
*kumar hakkında olumsuz ifadeler				

Sonuç

Üniversite öğrencilerinde kumar oynama sıklığı %21,8, kumar oynayanlarda problemli kumar sıklığı %14,3 bulundu. Erkeklerde, öğrenci evi veya apartta kalanlarda, özel liseden mezun olanlarda, yüksek anne eğitim düzeyine sahip olanlarda, yüksek geliri olanlarda ve çevresinden kumar teklifi alanlarda kumar oynama daha yaygındı. Problemli kumar cinsiyet ve çevreden kumar teklifi alma ile ilişkiliydi. Kumar oynayanlarda ve problemli kumar oynayanlarda kumar hakkındaki olumlu tutumlar daha yaygındı. Kumar oynamayanlar ise kumar hakkında olumsuz tutumlar daha yaygındı. Üniversite öğrencilerinde kumar problemini azaltmak için kumar hakkında tutumları hedefleyen müdahale çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Potenza MN, Fiellin DA, Heninger GR, Rounsaville BJ, Mazure CM. Gambling: An addictive behavior with health and primary care implications. *J Gen Intern Med.* 2002;17(9):721-32.
2. Bolen DW, Boyd WH. Gambling and the Gambler: A Review and Preliminary Findings. *Arch Gen Psychiatry.* 01 Mayıs 1968;18(5):617-30.
3. The Lancet Public Health. Gambling: a neglected public health issue. *Lancet Public Heal.* 01 Ocak 2021;6(1):e1.
4. Chóliz M, Marcos M, Lázaro-Mateo J. The Risk of Online Gambling: a Study of Gambling Disorder Prevalence Rates in Spain. *Int J Ment Health Addict.* 2019;
5. LaBrie RA, Shaffer HJ, LaPlante DA, Wechsler H. Correlates of college student gambling in the United States. *J Am Coll Health Assoc.* 2003;52(2):53-62.
6. Moodie C. Student gambling, erroneous cognitions, and awareness of treatment in Scotland. *J Gambl Issues.* 2008;(21):30.
7. Laplante DA, Nelson SE, Labrie RA, Shaffer HJ. Disordered gambling, type of gambling and gambling involvement in the British Gambling Prevalence Survey 2007. *C. 21, European Journal of Public Health.* 2011. s. 532-7.
8. Köksoy Vayisoğlu S, Öncü E, Güven Y. Üniversite Öğrencilerinde Kumar Oynama Sıklığı ve Heyecan Arama Davranışı ile İlişkisi. *Addicta Turkish J Addict.* 2019;6(1):69-90.
9. Kaya B. İnönü Üniversitesi öğrencilerinde kumar oynama davranışı, patolojik kumar yaygınlığı ve ilişkili etmenler. [Malatya]: İnönü Üniversitesi; 2004.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5. baskı. American Psychiatric Association; 2013.
11. Awaworyi Churchill S, Farrell L. The impact of gambling on depression: New evidence from England and Scotland. *Econ Model.* 2018;68:475-83.
12. Morasco BJ, Pietrzak RH, Blanco C, Grant BF, Hasin D, Petry NM. Health problems and medical utilization associated with gambling disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med.* Kasım 2006;68(6):976-84.
13. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(5):564-74.
14. Raylu N, Oei TP. Role of culture in gambling and problem gambling. *Clin Psychol Rev.* 01 Ocak 2004;23(8):1087-114.
15. Calado F, Griffiths MD. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *J Behav Addict.* 2016;5(4):592-613.
16. Nowak DE. A Meta-analytical Synthesis and Examination of Pathological and Problem Gambling Rates and Associated Moderators Among College Students, 1987-2016. *J Gambl Stud.* 2018;34(2):465-98.

17. Winters KC, Bengston P, Dorr D, Stinchfield R. Prevalence and risk factors of problem gambling among college students. *Psychol Addict Behav.* 1998;12(2):127-35.
18. Williams RJ, Connolly D, Wood RT, Nowatzki N. Gambling and problem gambling in a sample of university students. *J Gambl Issues.* 2006;(16).
19. Engwall D, Hunter R, Steinberg M. Gambling and other risk behaviors on University campuses. *J Am Coll Heal.* 2004;52(6):245-56.
20. King SM, Abrams K, Wilkinson T. Personality, Gender, and Family History in the Prediction of College Gambling. *J Gambl Stud.* 06 Ocak 2010;26(3):347-59.
21. Wong ILK, So EMT, Chu CH. Gambling Behavior Among Hong Kong College and University Students. *Int J Ment Health Addict.* 04 Mart 2021;1-12.
22. Kam SM, Wong ILK, So EMT, Un DKC, Chan CHW. Gambling behavior among Macau college and university students. *Asian J Gambl Issues Public Heal.* Aralık 2017;7(1).
23. Slutske WS, Jackson KM, Sher KJ. The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *J Abnorm Psychol.* 2003;112(2):263-74.
24. Arcan K. Turkish Version of the Problem Gambling Severity Index (PGSI-T): Psychometric Properties Among the University Students. *ADDICTA Turkish J Addict.* 2020;7(2):90-8.
25. Ferris J, Wynne H. The Canadian Problem Gambling Index : Final report. *Can Cent Subst Abus.* 2001;38.

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE TEKNOLOJİK BAĞIMLILIKLARIN PREVELANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TRABZON, TÜRKİYE

Abdul Kadir Albayraktar¹, Nazım Ercüment Beyhun¹, Cansu Ağralı Gündoğmuş¹, Yusuf Emre Bostan¹, Murat Topbaş¹, Sevil Turhan¹, Aykut Karahan², Samiye Çilem Bilginer², Nihan Kalkandeler³, Gizem Nur Şakar³

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

³Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Bölümü, Trabzon, Türkiye

dralbayraktar@gmail.com

Giriş

Bağımlılık, zararlı sonuçlarına rağmen bir maddenin kontrolsüz kullanımı olarak tanımlanır. Maddelerin dışında, kumar oynama gibi davranışlara da bağımlılık gelişebilir (1). Griffiths, bağımlılıkların bir dizi ortak bileşenleri olduğunu ve her türden aşırı davranışın (kumar, video oyunu oynama ve internet kullanımı gibi) bağımlılık yönünden incelenebileceğinden bahsetmiştir (2). Teknolojik cihazlar ile görsel, işitsel ve diğer etkileşimler bu cihazların kullanımına karşı bağımlılığı artırmaktadır (3). İnternet bağımlılığı (İB), sosyal medya bağımlılığı (SMB), internette oyun oynama bozukluğu (İOOB) teknoloji ile gelen yeni bağımlılıklar olarak literatürde tartışılmaktadır (4)(5)(6). Teknolojik bağımlılıklar mental, fiziksel ve sosyal sorunlara neden olan yaygın görülen halk sağlığı sorunudur (7) its limitations include poor normative data and less frequent clinical use. Therefore, this study utilized the Beck Depression Inventory (BDI)(8)(9) 500 individuals was randomly selected from the Norwegian National Registry. A total of 816 (34.0 percent)(10)(11)(12)(13)(14)(15).

Young, internet bağımlılığını, internetin aşırı kullanılması, internette geçirilen sürenin gittikçe artırılması, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın öneminin azalması, yoksun kaldığında sinirli, gergin, huzursuz olma ve kişinin iş, sosyal ve aile hayatının giderek bozulması olarak tanımlamıştır (4). Üniversite öğrencilerinde İB sıklığı önceki bazı çalışmalara göre %1,7 ile %40,0 arasında değişmektedir ve İB sıklığı zamanla artmaktadır (16)(17) but robust estimates of its prevalence are lacking. Methods: We conducted a pilot survey of 307 college students at two US universities. Participants completed the Internet Addiction Test (IAT)(18)(19)(20)(21). Türkiye’de üniversite öğrencilerinde yapılan bazı çalışmalarda İB sıklığı %2 ile %18,8 arasında değişmektedir (22)(23)(24). Sosyal medya sitelerinin ortaya çıkmasıyla beraber pek çok çalışma SMB’yi araştırmıştır. Üniversite öğrencilerinde sıklık %1 ile %60 arasında değişmektedir (25).

“İB” ve “SMB” olarak adlandırılan durumların tam olarak bir bozukluk olarak kabul edilip edilemeyeceği tartışılırken, İOOB DSM-V’e, daha fazla araştırma gerektiren yeni ortaya çıkan bir bozukluk olarak dahil edilmiştir (5). Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda İOOB sıklığı %1,0 ile %14,8 arasında değişmektedir (26). Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda üniversite öğrencilerinde sıklık %1,3 ile %7,4 arasında değişmektedir (27)(28) reliability and validity of the Ten-Item Internet

Gaming Disorder Test (IGDT-10(29).

Teknolojik bağımlılıklar ile ilişkili bazı faktörler yaş, cinsiyet, anne-baba eğitim düzeyi, gelir gibi sosyoekonomik değişkenler, ikamet edilen yer ve kişilik özelliklerdir (30) this study focused on particular activities on the Internet that might be potentially addictive and linked them to personality traits that might predispose individuals to Internet addiction. The aims of this study were (i(31) (32)(33)(34). İB pek çok çalışmada erkeklerde kadınlardan daha sık görülmesine rağmen bazı çalışmalarda ise tam tersi sonuçlar gösterilmiştir (35)(36)(37). SMB kadınlarda İOOB ise erkeklerde daha yaygındır (38).

Bazı yazarlara göre literatürde İB olarak bahsedilse de aslında kişilerin bağımlı oldukları şey internette gerçekleştirdikleri aktivitelerdir (39). Daha önce yapılan bir çalışma çeşitli internet aktiviteleri arasında sosyal medya kullanımının en yüksek oranda İB ile ilişkili olduğunu göstermiştir (30) this study focused on particular activities on the Internet that might be potentially addictive and linked them to personality traits that might predispose individuals to Internet addiction. The aims of this study were (i. İB çevrimiçi sohbet, sosyal medya ve çevrimiçi oyun ile ilişkili iken, İOOB sadece çevrimiçi oyun ile ilişkilidir (40).

Bu araştırmanın amacı Trabzon ilindeki 3 farklı üniversitede eğitim görmekte olan öğrencilerde internet, sosyal medya ve internet oyun oynama bozukluğu gibi teknolojik bağımlılıkların sıklığı ile çeşitli internet aktiviteleri ve sosyodemografik değişkenlerin bu bağımlılık türleri ile ilişkisini değerlendirmektir.

2. Gereç Yöntem

2.1. Katılımcılar ve tasarım

Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Trabzon ili sınırları içerisindeki 3 farklı üniversitede eğitim gören lisans ve ön lisans öğrencileri oluşturmaktadır; Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ), Trabzon Üniversitesi (TRÜ), Avrasya Üniversitesi (AVÜ). KTÜ’de 19820, TRÜ’de 8983, AVÜ’de 4398 lisans ve ön lisans öğrencisi bulunmaktadır. Örneklem büyüklüğü KTÜ için beklenen prevalans %5,0, sapma %0,75 ve %95 güven aralığı ile gerekli olan minimum örneklem boyutu 2788 kişi hesaplandı. Eksik veya hatalı veriler nedeniyle %25 hata payı eklenerek 3500 kişiye ulaşılması hedeflendi. Diğer üniversitelerde öğrenci sayıları ile orantılı olarak TRÜ’de 1800, AVÜ’de 700 kişiye ulaşılması planlandı. Örneklem öğrenci sayılarına göre fakülte ve programlara ağırlıklandırılarak dağıtıldı. Öğrencilere ders saatleri öncesinde veya sonrasında, sınıf ortamında ve gözlem altında anket formu uygulandı. Anket uygulanmadan önce araştırmanın amacı açıklandı. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktaydı. İB, SMB veya İOOB verilerinden en az biri tam olan 6282 kişi analizlere dahil edildi.

KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan ve üniversitelerin rektörlüklerinden izinler alındı. Araştırma KTÜ Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Koordinasyon Birimi tarafından desteklendi.

2.2. Teknolojik bağımlılıkların değerlendirilmesi

İnternet bağımlılığı

Young İnternet Bağımlılığı Testi-Kısa Formu (YIAT-SF) ile değerlendirildi. İB düzeyini ölçmek amacıyla Young tarafından geliştirilen ölçeğin Pawlikowski, Altstötter-Gleich ve Brand tarafından kısa forma oluşturulmuştur. 12 maddeden oluşan, 1 (hiç) ile 5 (çok sık) arasında derecelendirilmiş, 5'li Likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar, yüksek düzeyde internet bağımlılığını ifade etmektedir. Ölçeğin kısa formunun halinin Cronbach a değeri 0,84 bulunmuştur. Önerilen kesim noktası 37 puandır. Ölçeğin kısa formunun Kutlu tarafından geliştirilen Türkçe uyarlamasının Cronbach a katsayısı 0,91 bulunmuştur (41)the factorial structure of the IAT is still discussed controversially. In four studies with different samples we (a(42).

Sosyal medya bağımlılığı

Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (BSMAS) ile değerlendirildi. Andreassen ve arkadaşlarının geliştirdiği ölçek 6 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki her madde zihinsel uğraş, duygudurum değişikliği, tolerans, yoksunluk, çatışma ve başarısız bırakma girişimi olmak üzere altı temel bağımlılık ölçütünü karşılamaktadır. Ölçek 1 (çok nadir) ile 5 (çok sık) arasında değişen beşli Likert tipi derecelendirmeye göre yanıtlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 6-30 arasında değişmektedir. Cronbach alfa katsayısı 0,88 bulunmuştur. En az 4 sorudan 3 veya daha fazla puan alan kişiler SMB kabul edilmektedir. Ölçeğin Demirci tarafından yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,83 bulunmuştur (43)(44).

İnternet oyun oynama bozukluğu

Kiraly ve ark. tarafından geliştirilmiş olan ve 10 maddeden oluşan İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği (IGDT-10) ile değerlendirildi. Ölçek İOOB tanı ölçütlerinden her birini (tolerans, yoksunluk, yoğun kullanım, denetim kaybı gibi) ölçmektedir. Ancak 9. ve 10. sorular aynı tanı kriterini ölçtüğü için birlikte değerlendirilmektedir. Her bir madde 0 (Asla) 1 (bazen) ve 2 (sıklıkla) puan olarak puanlandırılmıştır. IGDT-10'un 5 veya daha fazla sorusundan 2 puan alan bireylerde İOOB tanısı olasılığı güçlüdür. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,68 bulunmuştur. Özer'in yaptığı Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alpha 0,89 bulunmuştur (45)(46).

2.3. Bağımsız değişkenler

Araştırmada değerlendirilen sosyodemografik ve kişisel özellikler; cinsiyet, yaş, ikamet edilen yer (aile evi, öğrenci evi/apart ve öğrenci yurdu), sınıf, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu ve eğitim görülen fakülte ya da meslek yüksekokulluydu. Araştırmanın diğer bağımsız değişkenleri internet kullanım amaçları ve süresiydi. Katılımcılara sosyal medya, ödev veya eğitim, oyun (çevrimdışı dahil), film veya dizi izlemek, iletişim veya sohbet, haberleri veya gündemi takip etmek, alışveriş yapmak gibi internet aktivitelerine günlük ortalama katılım süreleri soruldu.

2.4. İstatistiksel analiz

Araştırma verileri SPSS 26 programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik

değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak verildi. Prevalans değerleri %95 güven aralığı ile sunuldu. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney u testi kullanıldı.

Çok değişkenli analizlerde Binary Lojistik Regresyon testi kullanıldı. İB, SMB ve İOOB için üç farklı model oluşturuldu. Cinsiyet, yaş, ikamet, sınıf, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, fakülte ve internette gerçekleştirilen aktiviteler her üç bağımlılık için oluşturulan modellere eklendi. Model uyumu Hosmer-Lemeshow Testi, Nagelkerke R² değerleri ile değerlendirildi. İB'nin tahmin edildiği modelde Nagelkerke R² değeri 0,144, Hosmer-Lemeshow Testi sonucu p=0,641 idi. SMB'nin tahmin edildiği modelde Nagelkerke R² değeri 0,139, Hosmer-Lemeshow Testi sonucu p=0,391 idi. İOOB'nin tahmin edildiği modelde Nagelkerke R² değeri 0,166, Hosmer-Lemeshow Testi sonucu p=0,938 idi. Sonuçlar OR ve %95 güven aralıkları ile sunuldu. İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0,05 olarak kabul edildi.

3.Bulgular

Öğrencilerinin yaş ortalaması 21,0±2,6 idi, %58,7'si (n=3685) kadındı. Öğrencilerin diğer sosyoekonomik ve kişisel özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Öğrencilerin %29,6'sı (n=1838) sosyal medya, %21,7'si (n=1318) iletişim veya sohbet, %16,6'sı (n=1005) ödev ve eğitim, %14,8'i (n=903) film veya dizi izlemek, %10,1'i (n=596) oyun, %5,2'si (n=313) haberleri gündemi takip etmek, %6,4'ü (n=392) alışveriş amacıyla internette 4 saat ve üzeri zaman geçirmekteydi (Tablo 2).

İB sıklığı %9,5, SMB sıklığı %33,9, İOOB sıklığı %2,4 idi. (Tablo 3). İB sıklığı kadınlarda %9,8 (n=339), erkeklerde %8,9 (n=220) idi (p=0,235). İB olanlarda yaş ortalaması 20,1±2,0 olmayanlarda 21±2,6 idi (p=0,235). SMB sıklığı kadınlarda %37,2 (n=1322), erkeklerde 29,1 (n=729) idi (p<0,001). SMB olanlarda yaş ortalaması 21,0±2,1 olmayanlarda 21,0±2,7 idi (0,120). İOOB sıklığı erkeklerde %3,7 (n=93) kadınlarda %1,5 (n=53) idi (p<0,001). İOOB olanlarda yaş ortalaması 21,0±2,4 olmayanlarda 21,0±2,5 idi (p=0,130).

Çok değişkenli analiz sonuçlarına göre yaş, cinsiyet, anne-baba eğitim durumu İB ile ilişkili değildi. Ailesi ile yaşayanlara göre yurttan kalanlarda İB riski fazlaydı [OR 1,30(1,03-1,64)]. Dört saatten fazla sosyal medya [OR 3,79(3,05-4,71)], oyun [OR 2,77(2,11-3,64)], film, dizi izlemek [OR 1,39(1,08-1,78)], alışveriş yapmak [OR 1,48(1,05-2,10)] İB için risk faktörüydü. Ödev ve eğitim ise koruyucuydu [OR 0,66(0,49-0,87)]. Yaş, anne ve baba eğitimi çok değişkenli analizlerde SMB ile ilişkili değildi. Erkeklerde risk daha düşüktü [OR 0,85(0,75-0,97)]. Yurttan kalanlarda ailesi ile kalanlara göre risk daha fazlaydı [OR 1,26(1,09-1,46)]. Birinci sınıflara göre sonraki sınıflarda risk daha fazlaydı. SMB için internet aktivitelerinden sadece 4 saatten fazla sosyal medya kullanımı risk faktörüydü [OR 3,60(3,13-4,15)]. Ödev ve eğitim ise koruyucuydu [OR 0,61(0,51-0,73)]. Erkek olmak [OR 1,93(1,29-2,91)], 4 saat ve daha fazla oyun oynamak [OR 9,05(5,98-13,71)] İOOB için risk faktörüydü. Fakülteler arasında İB, SMB ve İOOB riski farklılıklar göstermekteydi (Tablo 4).

Tablo 1. Öğrencilerin sosyodemografik ve kişisel özellikleri (N=6282)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	3685	58,7
	Erkek	2597	41,3
Sınıf	Birinci	2057	32,7
	İkinci	2063	32,8
	Üçüncü	989	15,7
	Dört ve sonrası	1173	18,7
Fakülte	Fen	1801	28,7
	Sosyal	2237	35,6
	Sağlık	853	13,6
	Meslek	1391	22,1
İkamet (n=6263)	Aile evi	2030	32,4
	Öğrenci evi/apart	1149	18,3
	Yurt	3084	49,2
Anne eğitimi (n=6264)	İlköğretim	4042	64,5
	Ortaöğretim	1471	23,5
	Yükseköğretim	751	12,0
Baba eğitimi (n=6212)	İlköğretim	2940	47,3
	Ortaöğretim	1910	30,7
	Yükseköğretim	1362	21,9
Gelir (n=4955)	1000 TL altı	2323	46,9
	1000 TL ve üzeri	2632	53,1

Tablo 2. Öğrencilerin internet aktivitelerinde geçirdikleri süreler

	Hiç	<2 saat	2-3 saat	≥4 saat
	%	%	%	%
Sosyal medya	2,6	24,3	43,5	29,6
İletişim, sohbet	2,9	42,7	32,7	21,7
Ödev ve eğitim	5,4	41,1	36,9	16,6
Film-dizi izlemek	9,6	30,0	45,6	14,8
Oyun	42,7	30,4	16,9	10,1
Alışveriş yapmak	19,8	60,9	12,9	6,4
Gündemi takip etmek	12,3	68,7	13,8	5,2

Tablo 3. İB, SMB ve İOOB prevalansı

	Toplam	n	%	%95 GA
İB	5914	559	9,5	8,7-10,2
SMB	6055	2051	33,9	32,7-35,1
İOOB	6010	146	2,4	2,1-2,8

Tablo 4. Öğrencilerin sosyodemografik ve kişisel özellikleri ile teknolojik bağımlılıkların çok değişkenli karşılaştırmaları

	İB	SMB	İOOB
Yaş (yıl)	0,98(0,93-1,04)	0,98(0,95-1,02)	1,05(0,97-1,14)
Erkek (ref: kadın)	1,00(0,81-1,25)	0,85(0,75-0,97)	1,93(1,29-2,91)
Fakülte (ref: fen)			
Sosyal	0,92(0,72-1,19)	1,26(1,08-1,47)	1,69(1,04-2,74)
Sağlık	1,42(1,05-1,93)	1,50(1,23-1,83)	1,40(0,75-2,60)
Meslek	0,65(0,48-0,90)	0,82(0,68-1,00)	1,39(0,79-2,44)
İkamet (ref: Aile evi)			
Öğrenci evi/apart	1,08(0,80-1,45)	1,12(0,93-1,34)	0,82(0,47-1,44)
Yurt	1,30(1,03-1,64)	1,26(1,09-1,46)	1,52(1,01-2,32)
Sınıf (ref: 1. Sınıf)			
2.sınıf	1,30(1,01-1,66)	1,31(1,12-1,52)	1,01(0,65-1,58)
3.sınıf	1,26(0,91-1,74)	1,26(1,03-1,53)	1,07(0,59-1,91)
4.sınıf	1,29(0,91-1,81)	1,41(1,15-1,74)	1,20(0,66-2,18)
Anne eğitim (ref: Yükseköğretim)			
Ortaöğretim	1,18(0,83-1,68)	0,86(0,69-1,07)	0,91(0,50-1,66)
İlk öğretim ve altı	0,84(0,58-1,20)	0,82(0,66-1,03)	0,96(0,53-1,75)
Baba eğitim (ref: Yükseköğretim)			
Ortaöğretim	0,72(0,54-0,97)	0,98(0,82-1,18)	0,61(0,36-1,03)
İlk öğretim ve altı	0,82(0,61-1,09)	0,83(0,70-1,00)	0,82(0,50-1,33)
Sosyal medya*	3,79(3,05-4,71)	3,60(3,13-4,15)	1,43(0,94-2,17)
Ödev ve eğitim*	0,66(0,49-0,87)	0,61(0,51-0,73)	0,67(0,38-1,18)
Oyun*	2,77(2,11-3,64)	1,15(0,93-1,42)	9,05(5,98-13,71)
Film, dizi izlemek*	1,39(1,08-1,78)	1,06(0,88-1,26)	0,89(0,55-1,46)

İletişim ve sohbet*	1,06(0,83-1,34)	1,04(0,89-1,23)	1,17(0,75-1,82)
Gündemi takip etmek*	0,92(0,62-1,36)	1,23(0,93-1,62)	0,81(0,41-1,60)
Alışveriş yapmak*	1,48(1,05-2,10)	1,25(0,96-1,63)	1,51(0,78-2,93)
*(ref<4 saat)			
İB N=5205, SMB N=5293, İOOB N=5250			

5. Sonuç

İB sıklığı %9,5, SMB sıklığı %33,9, İOOB sıklığı %2,4 bulundu. Yurtta kalanlarda 3 bağımlılık türü de daha yaygındı. Fakülteler arasında bağımlılıklar farklılıklar gösterdi. Kadınlarda SMB, erkeklerde İOOB daha yaygındı. Yüksek sınıflar SMB ile ilişkiliydi. İnternet aktivitelerinden İOOB sadece oyun, SMB ise sadece sosyal medya kullanımı ile ilişkiliydi. İB ise oyun, sosyal medyaya ek olarak alışveriş yapmak ve film ya da dizi izlemek ile de ilişkiliydi. Sonraki çalışmalarda öğrencilerin internette farklı aktivitelere karşı bağımlılık geliştirebileceği düşünülerek bu aktivitelere yönelik araştırmalar yapılmalıdır. Fakülteler arasındaki farklılık ve yurtta kalan öğrencilerdeki daha yüksek bağımlılık sıklığının nedenlerini araştırarak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. What Is Addiction? [Internet]. [kaynak 24 Eylül 2021]. Available at: <https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/what-is-addiction>
2. Griffiths M. A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. J Subst Use. Ağustos 2005;10(4):191-7.
3. Griffiths M. Technological addictions. Clin Psychol Forum. 1995;76(November):14-9.
4. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Cyberpsychology Behav [Internet]. 1998 [kaynak 26 Eylül 2021];1(3):237-44. Available at: /record/2000-16534-005
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5. baskı. American Psychiatric Association; 2013.
6. Andreassen CS, Torbjørn T, Brunborg GS, Pallesen S. Development of a facebook addiction scale. Psychol Rep. Nisan 2012;110(2):501-17.
7. Young KS, Rogers RC. The relationship between depression and internet addiction. Cyberpsychology Behav. 29 Ocak 1998;1(1):25-8.
8. Rabadi L, Ajlouni M, Masannat S, Bataineh S, Batarseh G, Yessin A, vd. The Relationship between Depression and Internet Addiction among University Students in Jordan. J Addict Res Ther. 2017;08(06):1-8.
9. Mentzoni RA, Brunborg GS, Molde H, Myrseth H, Skouverøe KJM, Hetland J, vd. Problematic video game use: Estimated prevalence and associations with mental and physical health. Cyberpsychology, Behav Soc Netw. 2011;14(10):591-6.

10. Yang G, Cao J, Li Y, Cheng P, Liu B, Hao Z, vd. Association Between Internet Addiction and the Risk of Musculoskeletal Pain in Chinese College Freshmen – A Cross-Sectional Study. *Front Psychol.* 2019;10.
11. Mylona I, Deres ES, Dere GDS, Tsinoopoulos I, Glynatsis M. The Impact of Internet and Videogaming Addiction on Adolescent Vision: A Review of the Literature. C. 8, *Frontiers in Public Health.* Frontiers Media S.A.; 2020.
12. Alimoradi Z, Lin CY, Broström A, Bülow PH, Bajalan Z, Griffiths MD, vd. Internet addiction and sleep problems: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2019;47:51–61.
13. Çimke S, Cerit E. Social media addiction, cyberbullying and cyber victimization of university students. *Arch Psychiatr Nurs [Internet].* 2021 [kaynak 29 Eylül 2021];35(5):499–503. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941721001138?casa_token=1xdcU29SgZQAAAAA:k_q8cpwk4XAozR8NNVgpnOhg2YTNxAwj7orLl5E-xMU7p7ROoJgKnxC4FBJN_WS5GRmjzboEus6g
14. Ekşi F. Examination of narcissistic personality traits' predicting level of internet addiction and cyber bullying through path analysis. *Kuram ve Uygulamada Egit Bilim.* 2012;12(3):1694–706.
15. Akhter N. Relationship between Internet Addiction and Academic Performance among University Undergraduates. *Educ Res Rev.* 2013;8(19):1793–6.
16. Villella C, Martinotti G, Di Nicola M, Cassano M, La Torre G, Daniela Gliubizzi M, vd. Behavioural Addictions in Adolescents and Young Adults: Results from a Prevalence Study. *J Gambl Stud.* 2011;27:203–14.
17. Christakis DA, Moreno MM, Jelenchick L, Myaing MT, Zhou C. Problematic internet usage in US college students: A pilot study. *BMC Med [Internet].* 22 Haziran 2011 [kaynak 15 Ağustos 2022];9(1):1–6. Available at: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-9-77>
18. Chi X, Lin L, Zhang P. Internet Addiction Among College Students in China: Prevalence and Psychosocial Correlates. <https://home.liebertpub.com/cyber> [Internet]. 01 Eylül 2016 [kaynak 15 Ağustos 2022];19(9):567–73. Available at: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/cyber.2016.0234>
19. Kitazawa M, Yoshimura M, Murata M, Sato-Fujimoto Y, Hitokoto H, Mimura M, vd. Associations between problematic Internet use and psychiatric symptoms among university students in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 01 Temmuz 2018;72(7):531–9.
20. Al-Gamal E, Alzayyat A, Ahmad MM. Prevalence of Internet Addiction and Its Association With Psychological Distress and Coping Strategies Among University Students in Jordan. *Perspect Psychiatr Care.* 01 Ocak 2016;52(1):49–61.
21. Pan YC, Chiu YC, Lin YH. Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020;118:612–22.
22. Durak Batıgün A, Kılıç N, Üniversitesi A, Üniversitesi H, Adresi Y, Ayşegül D, vd. İnternet Bağımlılığı ile Kişilik Özellikleri, Sosyal Destek, Psikolojik Belirtiler ve Bazı Sosyo-Demografi k Değişkenler Arasındaki İlişkiler. *Türk Psikol Derg.* 2011;26(67):1–10.
23. Dalbudak E, Evren C, Aldemir S, Coskun KS, Ugurlu H, Yildirim FG. Relationship of internet addiction severity with depression, anxiety, and alexithymia, temperament and character in university students. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw.* 2013;16(4):272–8.

24. Aslan E, Yazıcı A. Internet Addiction Among University Students and Related Sociodemographic Factors. *J Clin Psychiatry*. 2016;19(3):109-17.
25. Cheng C, Lau Y ching, Chan L, Luk JW. Prevalence of social media addiction across 32 nations: Meta-analysis with subgroup analysis of classification schemes and cultural values. *Addict Behav*. 01 Haziran 2021;117.
26. Gao Y-X, Wang J-Y, Dong G-H. The prevalence and possible risk factors of internet gaming disorder among adolescents and young adults: Systematic reviews and meta-analyses. *J Psychiatr Res [Internet]*. 01 Ekim 2022 [kaynak 17 Ağustos 2022];154:35-43. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395622003557>
27. Arıca OT, Dinç M, Yay M, Griffiths MD. İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği Kısa Formu'nun (İOOBÖ9-KF) Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Addicta Turkish J Addict*. 2018;5(4).
28. Evren C, Evren B, Dalbudak E, Topcu M, Kutlu N. Psychometric validation of the Turkish Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10). *Dusunen Adam*. 2020;33(1):19-28.
29. Koç AK. Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İnternet Oyun Bağımlılık Sıklığı ve Etkili Faktörler. [Ankara]: Gazi Üniversitesi; 2020.
30. Kuss DJ, Griffiths MD, Binder JF. Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. *Comput Human Behav*. 01 Mayıs 2013;29(3):959-66.
31. Tsai HF, Cheng SH, Yeh TL, Shih CC, Chen KC, Yang YC, vd. The risk factors of Internet addiction-A survey of university freshmen. *Psychiatry Res*. 30 Mayıs 2009;167(3):294-9.
32. Li W, Garland EL, Howard MO. Family factors in Internet addiction among Chinese youth: A review of English- and Chinese-language studies. *Comput Human Behav*. Şubat 2014;31(1):393-411.
33. Servidio R. Exploring the effects of demographic factors, Internet usage and personality traits on Internet addiction in a sample of Italian university students. *Comput Human Behav*. 2014;35:85-92.
34. Orsal O, Orsal O, Unsal A, Ozalp SS. Evaluation of Internet Addiction and Depression among University Students. *Procedia - Soc Behav Sci*. Temmuz 2013;82:445-54.
35. Su W, Han X, Jin C, Yan Y, Potenza MN. Are males more likely to be addicted to the internet than females? A meta-analysis involving 34 global jurisdictions. *Comput Human Behav*. 01 Ekim 2019;99:86-100.
36. AYLAZ R, GÜNEŞ G, Günaydın Y, KOCAER M, PEHLİVAN E. Problematic internet usage among high school students and the relevant factors. *Turkish J Public Heal [Internet]*. 04 Şubat 2016 [kaynak 28 Ağustos 2022];13(3):184-92. Available at: <https://dergipark.org.tr/en/pub/tjph/issue/16597/173139>
37. Sun P, Johnson CA, Palmer P, Arpawong TE, Unger JB, Xie B, vd. Concurrent and predictive relationships between compulsive Internet use and substance use: Findings from vocational high school students in China and the USA. *mdpi.com [Internet]*. 2012 [kaynak 28 Ağustos 2022];9:660-73. Available at: <https://www.mdpi.com/32590>
38. Su W, Han X, Yu H, Wu Y, Potenza MN. Do men become addicted to internet gaming and women to social media? A meta-analysis examining gender-related differences in specific internet addiction. *Comput Human Behav*. 01 Aralık 2020;113:106480.

39. Widyanto L, Griffiths M, Widyanto L, Griffiths M. "Internet Addiction": A Critical Review. *J Ment Heal Addict*. 2006;4:31–51.
40. Király O, Griffiths MD, Urbán R, Farkas J, Kökönyei G, Elekes Z, vd. Problematic internet use and problematic online gaming are not the same: Findings from a large nationally representative adolescent sample. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw*. 01 Aralık 2014;17(12):749–54.
41. Pawlikowski M, Altstötter-Gleich C, Brand M. Validation and psychometric properties of a short version of Young's Internet Addiction Test. *Comput Human Behav*. Mayıs 2013;29(3):1212–23.
42. Kutlu M, Savci M, Demir Y, Aysan F. Young internet bağımlılığı testi kısa formunun türkçe uyarlaması: Üniversite öğrencileri ve ergenlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2016;17:69–76.
43. Andreassen CS, Griffiths MD, Kuss DJ, Mazzoni E, Billieux J, Demetrovics Z, vd. The Relationship Between Addictive Use of Social Media and Video Games and Symptoms of Psychiatric Disorders: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *Psychol Addict Behav*. 2016;30(2):252–62.
44. Demirci I. The adaptation of the bergen social media addiction scale to Turkish and its evaluation of relationship with depression and anxiety symptoms. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2019;21(January):15–22.
45. Király O, Bothe B, Ramos-Diaz J, Rahimi-Movaghar A, Lukavska K, Hrabec O, vd. Ten-item internet gaming disorder test (IGDT-10): Measurement invariance and cross-cultural validation across seven language-based samples. *Psychol Addict Behav*. 2019;33(1):91–103.
46. Özer Ü. İnternet oyun oynama bozukluğu ölçeği-10: Türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlik çalışması. [İstanbul]: Haliç Üniversitesi; 2018.

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE TÜTÜN KULLANIMI PREVALANSI VE ETKİLEYEN RİSK FAKTÖRLERİ: TRABZON, TÜRKİYE

Yusuf Emre Bostan¹, Murat Topbaş¹, Cansu Ağralı Gündoğmuş¹, Abdul Kadir Albayraktar¹, Nazım Ercüment Beyhun¹, Sevil Turhan¹, Aykut Karahan², Samiye Çilem Bilginer², Nihan Kalkandeler³, Gizem Nur Şakar³

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Trabzon, Türkiye

³Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Bölümü, Trabzon, Türkiye

yusufemrebostan@gmail.com

Tütünün hem doğrudan kullanımı hem de dumanına pasif maruziyeti kanserler, kalp hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, inme, diyabet gibi birçok hastalığın gelişmesine ve ölüme neden olmaktadır(1)(2) ve ölüme neden olan risk faktörleri arasında ikinci sıradadır(3). Buna rağmen dünyada 1,3 milyar, Türkiye’de ise 19,2 milyon insan halen tütün kullanmaktadır(4,5). Türkiye 15 yaş ve üzeri nüfusunun %31,6’lık tütün kullanım sıklığıyla OECD ülkeleri arasında ilk sırada kullanıcı sayısına göre ise dünyada sekizinci sırada yer almaktadır(6,7). Bu kullanıcıların tamamına yakını tütünü genç yaşlarda denemektedir ve kullanıcı haline gelmektedir(8). Türkiye’de 15-24 yaş aralığındaki kişilerin %31,9’u tütün kullanmaktadır ve bu sıklık 15 yaş üstü tüm yaş gruplarını içeren genel prevalanstan yüksektir(5). Bu yaş grubuna denk gelen üniversite öğrencilerinde de yüksek kullanım sıklıkları görülmektedir. Türkiye’de üniversite öğrencilerinin genelini kapsayacak bir ulusal araştırma bulunmamakla birlikte mevcut araştırmalarda %19,2 ile %54,8 arasında değişen kullanma prevalansları görülmüştür (9–16) 17.76%. Prevalansların ortalaması 2003-2008 yıllarında %30,0 civarındayken 2014’de %22,5 ile en düşük seviyeyi görmüş ve sonraki dönemde tekrar artış yaşanarak son beş yılda %25,0 seviyelerine çıkmıştır(17).

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini 2004’te imzalayan Türkiye MPOWER stratejilerini tam olarak uygulayan ilk ülke olarak tütünle mücadele etmektedir(18–21). Mücadelenin bir parçası olarak üniversitelerde tütün ürünlerinin reklamının yapılması ve satışı yasaklanmıştır. Ayrıca eğitim ve etkinlikler düzenlenerek olumsuz sağlık etkileri anlatılmaktadır(19,22). Bu önlemlere rağmen üniversite öğrencilerin tütün kullanımlarında azalma sağlanamamıştır. Bu yaş grubunda yetişkin gibi görünmek, bir gruba ait olmak, kabul görmek, sosyal ortamlarda kolay etkileşim kurmak veya eğlenmek için tütün ürünlerini kullanmaya başlanabilmektedir. Üniversite yıllarında gençler azalan aile kontrolü ve kararlarını vermekteki özgürlükleri ile aileden ve evden ayrılma, yeni çevreye uyum, eğitim hayatı stresleri gibi birçok zorlayıcı faktörün etkisiyle tütün ürünlerini bir başa çıkma yöntemi olarak tercih edilebilmektedir(17,23,24)

Tüm bu etkenlerle birlikte üniversite öğrencilerinin tütün kullanım sıklıkları yıllar içinde değişim göstermekle birlikte coğrafi bölgelere ve kültürel farklılıklara göre de değişebilmektedir(17) (24)especially among young adults. Consequently, we determined what factors affect university students’ smoking behavior in Turkey. Methods This cross-sectional study was conducted between

March and June 2017 using a simple random sampling method. A self-administered questionnaire was used to collect information on participants' (N = 2,505; mean age = 20.9 ± 2.5 years; 58.9% women. Teknolojinin ve internetin hayatımızda büyük yer aldığı günümüzde yeni faktörler gençlerin tütün ürünlerini denemeleri ve alışkanlık edinmeleri riskini arttırabilmektedir. Özellikle COVID-19 pandemisine bağlı kısıtlamalara maruz kalınan bir dönem sonrası üniversite öğrencilerinin tütün ürünü kullanım sıklıklarını ve kullanımlarını etkileyen faktörleri tespit etmek oldukça önemlidir. Bu bağlamda Türkiye'nin kuzeydoğusunda yer alan Trabzon ilinde üç üniversitenin öğrencilerinin tütün ürünleri kullanma prevalanslarını ve etkileyen risk faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem

Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Trabzon'da bulunan Karadeniz Teknik Üniversitesi'nin (KTÜ) 19820 öğrencisi, Trabzon Üniversitesi'nin 8983 (TRÜ) öğrencisi ve Avrasya Üniversitesi'nin (AVÜ) 4398 öğrencisi oluşturmaktadır. Open Epi programıyla hesaplanan örneklem büyüklüğü KTÜ için %25 beklenen prevalans, %1,5 sapma %95 güven aralığında 2757 kişidir. Olası hatalar için fire payı eklenerek 3500 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Aynı örneklem evren oranıyla TRÜ'de 1800 kişiye, AVÜ'de 700 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklem fakültelere ve programlara ağırlıklandırılarak dağıtılmıştır. Veriler sınıf ortamında gözlem altında, ders saatleri öncesi veya sonrasında, katılım gönüllülük esasına dayanarak anket formuyla Aralık 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Eksik ve boş anketler çıkarıldıktan sonra KTÜ'de 3988, KTÜ'de 1746 ve AVÜ'de 711 kişi analize dahil edilmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni tütün kullanma durumudur. Sigara, sarma sigara, nargile, puro, pipo, çiğnemelik veya enfiye tütün, ısıtılmış tütün veya e-sigara ürünlerinden herhangi birini son bir ay içerisinde en az bir kere kullanan kişi tütün kullanıcısı kabul edilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise cinsiyet, yaş, sınıf, fakülte, mezun olunan lise, kişisel aylık gelir, yaşanılan yer, kronik hastalık durumu, annenin ve babanın eğitim durumu ve annenin, babanın, kardeşin, eş/sevgili/yakın arkadaşlardan birinin tütün kullanma durumudur. Aylık gelir verilerin toplanma zamanının ortasında güncel Amerikan doları (USD) kuruna göre (KTÜ için 31 Aralık 2021 dolar kuru=13,3197 TL, TRÜ için 20 Mayıs 2020 dolar kuru=15,9094 TL ve AVÜ için 10 Haziran 2022 dolar kuru=17,1865 TL) USD'ye çevrilerek çeyreklikler halinde sunulmuştur.

Araştırma verileri SPSS 26 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma olarak verilmiştir. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Çok değişkenli analizler için Binary Lojistik Regresyon testi backward metodu kullanılmıştır. Analizler tüm öğrencilerde ve her üniversite için ayrıca hesaplanmıştır. Sonuçlar OR ve %95 güven aralıkları ile sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (2021/370 sayılı onay yazısı ve 28.06.2022 tarih 24237859-411 sayılı yazısı) ve üniversitelerin rektörlüklerinden (03.11.2021 tarihli ve 22352 sayılı yazısı, 16.05.2022 tarihli ve 2200018666 sayılı yazısı, 12348 sayılı yazısı) izinler alınmıştır.

Araştırma Karadeniz Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (proje numarası: TDI-2022-10004).

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin 3745'i (%58,1) kadın, 2969'u (%46,1) 20-21 yaş aralığında, 2285'i (%35,5) sosyal bilimler fakültesinde, 1842'si (%28,6) fen bilimleri fakültesindedir. Öğrencilerden 3161'i (%49,2) öğrenci yurdunda, 2083'ü (%32,4) aile evinde yaşamaktadır. Öğrencilerin annelerinin 1022'si (%16,1), babalarının ise 2457'si (%39,1) tütün kullanmaktadır. Öğrencilerin 2534'ünün (%39,3) eşi, sevgilisi veya en yakın arkadaşı tütün kullanmaktadır. Öğrencilerin sosyodemografik ve kişisel özellikleri ve bu özelliklerin üniversitelere göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Öğrencilerin 1732'si (%26,9) herhangi bir tütün ürünü kullanmaktadır. Üniversitelere göre bakıldığında KTÜ'deki öğrencilerin 1046'sı (%26,2), TRÜ'deki öğrencilerin 448'i (%25,7) ve AVÜ'deki öğrencilerin 238'i (%33,5) tütün kullanmaktadır. Sigara en sık kullanılan tütün ürünüdür (%25,0) ve onu sarma sigara (%6,5), nargile (%5,0), puro (%2,5) ve e-sigara (%1,0) takip etmektedir. Kullanan öğrencilerin en sık kullanma nedenlerinde stres (%46,7) ve keyif almak (%46,5) ilk sıradadır. Kullanmama nedenlerinde ise sağlığa olumsuz etkileri (%63,4) ve tütün ürünlerine para harcamak istememek (%38,3) en sık verilen cevaplardır. Öğrencilerden 3734'ü (%57,9) üniversite kampüsünde pasif tütün dumanına maruz kalmaktadır. Öğrencilerin tütün ürünü kullanım özellikleri ve üniversitelere göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Öğrencilerin tütün kullanma durumlarının risk faktörlerine göre tek değişkenli karşılaştırılması ve üniversitelere göre ayrı analizleri Tablo 4'te gösterilmiştir. Kadınların 738'i (%19,7) erkeklerin ise 994'ü (%36,8) kullanmaktadır ($p < 0,001$). Aile evinde yaşayanların 456'sı (%21,9), yurttan yaşayanların 804'ü (%25,4) ve öğrenci evi/apartta yaşayanların 467'si (%39,5)'i kullanmaktadır ($p < 0,001$). Annesi kullananların 398'i (%38,9) kullanmayanların 1302'si (%24,5) kullanmaktadır ($p < 0,001$). Eşi, sevgilisi veya yakın arkadaşından biri kullananların 1211'i (%47,8) kullanmayanların ise 521'i (%13,3) tütün kullanmaktadır ($p < 0,001$).

Tek değişkenli analizle anlamlı farklılık gösteren risk faktörlerinin çok değişkenli analizi ve üniversitelere göre ayrı alt analizleri Tablo 5'te gösterilmiştir. Öğrencilerin tütün kullanımı; erkek cinsiyet (OR 2.2; 95%GA 1.9-2.5), meslek yüksekokulunda eğitim alma (OR 1.5; 95%GA 1.3-1.8), öğrenci evinde yaşama (OR 1.9; 95%GA 1.6-2.3), yurttan yaşama (OR 1.3; 95%GA 1.1-1.6), annenin tütün kullanımı (OR 1.5; 95%GA 1.3-1.8), baba tütün kullanımı (OR 1.4; 95%GA 1.2-1.6) ve yakın arkadaş tütün kullanımı (OR 5.2; 95%GA 4.6-6.0) ile istatistiksel anlamlı düzeyde ilişkilidir.

Tablo 1. Öğrencilerin sosyodemografik ve kişisel özellikleri ve üniversitelere göre dağılımı

	Toplam (n:6445)		KTÜ (n:3988)		TRÜ (n:1746)		AVÜ (n:711)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet (n:6443)								
Kadın	3.745	58,1	2061	51,7	1193	68,3	491	69,3
Erkek	2.698	41,9	1927	48,3	553	31,7	218	30,7
Yaş (n:6437)								
19 ve altı	1.423	22,1	1091	27,4	253	14,5	79	11,2
20-21	2.969	46,1	1839	46,1	820	47,1	310	43,8
22 ve üzeri	2.045	31,8	1058	26,5	668	38,4	319	45,1
Sınıf (n:6445)								
1.sınıf	2106	32,7	1303	32,7	534	30,6	269	37,8
2.sınıf	2131	33,1	1312	32,9	569	32,6	250	35,2
3.sınıf	1015	15,7	580	14,5	336	19,2	99	13,9
4.sınıf ve üzeri	1193	18,5	793	19,9	307	17,6	93	13,1
Fakülte (n:6445)								
Sosyal Bilimler	2285	35,5	1070	26,8	1185	67,9	30	4,2
Fen Bilimleri	1842	28,6	1670	41,9	-	-	172	24,2
Sağlık Bilimleri	863	13,4	718	18,0	-	-	145	20,4
Meslek Yüksek Okulları	1455	22,6	530	13,3	561	32,1	364	51,2
Lise (n:6369)								
Kamu	5685	89,3	3488	88,4	1637	94,9	560	80,2
Özel	684	10,7	458	11,6	88	5,1	138	19,8
Yaşanılan Yer (n:6425)								
Aile Evi	2083	32,4	1097	27,5	623	35,8	361	51,3
Yurt	3161	49,2	2023	50,8	942	54,2	196	27,8
Öğrenci Evi/ Apart	1181	18,4	863	21,7	173	10,0	147	20,9
Aylık Kişisel Gelir (n:5059)								
Q1 (≤50\$)	1227	24,3	885	27,8	210	15,1	132	27,2
Q2 (≤65\$, >50\$)	1415	28,0	595	18,7	731	52,5	89	18,4
Q3 (≤110 \$, >65\$)	1125	22,2	830	26,1	223	16,0	72	14,8
Q4 (>110 \$)	1292	25,5	871	27,4	229	16,4	192	39,6

Tablo 1. Öğrencilerin sosyodemografik ve kişisel özellikleri ve üniversitelere göre dağılımı (devamı)

	Toplam (n:6445)		KTÜ (n:3988)		TRÜ (n:1746)		AVÜ (n:711)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Anne Eğitimi (n:6425)								
İlköğretim ve altı	4142	64,5	2476	62,3	1286	73,7	380	53,6
Ortaöğretim	1514	23,5	969	24,4	328	18,8	217	30,6
Yükseköğretim	769	12,0	527	13,3	130	7,5	112	15,8
Baba Eğitimi (n:6372)								
İlköğretim ve altı	3017	47,3	1803	45,6	950	55,3	264	37,4
Ortaöğretim	1961	30,8	1205	30,5	491	28,6	265	37,6
Yükseköğretim	1394	21,9	942	23,8	276	16,1	176	25,0
Anne Tütün Kullanımı (n:6331)								
Kullanıyor	1022	16,1	623	15,8	251	14,9	148	21,4
Kullanmıyor	5309	83,9	3332	84,2	1433	85,1	544	78,6
Baba Tütün Kullanımı (n:6286)								
Kullanıyor	2457	39,1	1516	38,8	674	40,0	267	38,8
Kullanmıyor	3829	60,9	2396	61,2	1012	60,0	421	61,2
Eş/Sevgili/Yakın Arkadaş Tütün Kullanımı (n:6445)								
Kullanıyor	2534	39,3	1542	38,7	666	38,1	326	45,9
Kullanmıyor	3911	60,7	2446	61,3	1080	61,9	385	54,1

Tablo 2. Öğrencilerin tütün kullanma özellikleri ve üniversitelere göre dağılımı

	Toplam		KTÜ (n:3988)		TRÜ (n:1746)		AVÜ (n:711)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kullanım Durumları								
Kullanıyor	1732	26,9	1046	26,2	448	25,7	238	33,5
Bıraktı	152	2,4	105	2,6	32	1,8	15	2,1
Kullanmıyor	4561	70,7	2837	71,2	1266	72,5	458	64,4
Çeşitli Tütün Ürünlerinin Kullanım Sıklıkları								
Sigara	1610	25,0	976	24,5	413	23,7	221	31,1
Sarma Sigara	416	6,5	267	6,7	103	5,9	46	6,5
Nargile	320	5,0	193	4,8	92	5,3	35	4,9

Puro	159	2,5	103	2,6	39	2,2	17	2,4
E-Sigara	65	1,0	36	0,9	18	1,0	11	1,5
Pipo	31	0,5	24	0,6	2	0,1	5	0,7
Çiğnemelik Tütün	14	0,2	8	0,2	5	0,3	1	0,1
Enfiye Tütün	9	0,1	6	0,2	1	0,1	2	0,3
Isıtılmış Tütün	9	0,1	6	0,2	-	-	3	0,4

*Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Tablo 2. Öğrencilerin tütün kullanma özellikleri ve üniversitelere göre dağılımı (devamı)

	Toplam		KTÜ (n:3988)		TRÜ (n:1746)		AVÜ (n:711)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kullanma Nedenleri* (n:1732)								
Stres	809	46,7	495	47,3	212	47,3	102	42,9
Keyif alma	806	46,5	487	46,6	210	46,9	109	45,8
Özel bir nedeni yok	596	34,4	344	32,9	165	36,8	87	36,6
Çevreden gelen teklif	194	11,2	127	12,1	43	9,6	24	10,1
Merak etme	190	11,0	117	11,2	50	11,2	23	9,7
Anne/babamın kullanması	70	4,0	34	3,3	25	5,6	11	4,6
Tütün ürünü kullananlara özenme	52	3,0	33	3,2	16	3,6	3	1,3
Kullanmama Nedenleri* (n:4713)								
Sağlığa Olumsuz Etkileri	2990	63,4	1908	64,9	827	63,7	255	53,9
Tütün Ürünlerinde Para Harcamak İstememek	1803	38,3	1159	39,4	528	40,7	116	24,5
Kötü Kokması	1725	36,6	1113	37,8	477	36,7	135	28,5
Bağımlı Olmamak İçin	1435	30,4	911	31,0	409	31,5	115	24,3
Özel Bir Nedeni Yok	1295	27,5	771	26,2	368	28,4	156	33,0
Dini Görüş	824	17,5	512	17,4	265	20,4	47	9,9
Annenin/Babanın Karşı Çıkması	551	11,7	339	11,5	178	13,7	34	7,2
Eşin/Sevgilinin Karşı Çıkması	108	2,3	65	2,2	35	2,7	8	1,7
Üniversite Kampüsünde Tütün Dumanına Pasif Maruziyet								
Var	3734	57,9	2297	57,6	1027	58,8	410	57,7
Yok	2711	42,1	1691	42,4	719	41,2	301	42,3

Tablo 3. Öğrencilerin tütün kullanımının risk faktörlerine göre karşılaştırılması ve üniversitelere göre dağılımı

	Tütün Kullanma Durumları											
Risk Faktörleri	Toplam			KTÜ			TRÜ			AVÜ		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Cinsiyet (n:6443)												
Kadın	738	19,7	<0,001	380	18,4	<0,001	232	19,4	<0,001	126	25,7	<0,001
Erkek	994	36,8		666	34,6		216	39,1		112	51,4	
Yaş (n:6437)												
19 ve altı	278	19,5		206	18,9		50	19,8		22	27,8	
20-21	793	26,7	<0,001	486	26,4	<0,001	223	27,2	0,058	84	27,1	0,001
22 ve üzeri	660	32,3		354	33,5		175	26,2		131	41,1	
Sınıf (n:6445)												
1.sınıf	519	24,6		293	22,5		134	25,1		92	34,2	
2.sınıf	574	26,9	0,014	335	25,5	<0,001	170	29,9	0,007	69	27,6	0,051
3.sınıf	286	28,2		162	27,9		85	25,3		39	39,4	
4.sınıf ve üzeri	353	29,6		256	32,3		59	19,2		38	40,9	
Fakülte (n:6445)												
Sosyal Bilimler	557	24,4		294	27,5		254	21,4		9	30,0	
Fen Bilimleri	520	28,2	<0,001	465	27,8	<0,001	-	-	<0,001	55	32,0	0,616
Sağlık Bilimleri	174	20,2		130	18,1		-	-		44	30,3	
Meslek Yüksek Okulları	481	33,1		157	29,6		194	34,6		130	35,7	
Lise (n:6369)												
Kamu	1464	25,8	<0,001	871	25,0	<0,001	409	25,0	0,004	184	32,9	0,361
Özel	249	36,4		164	35,8		34	38,6		51	37,0	
Yaşanılan Yer (n:6425)												
Aile Evi	456	21,9		219	20,0		131	21,0		106	29,4	
Yurt	804	25,4	<0,001	495	24,5	<0,001	245	26,0	<0,001	64	32,7	0,003
Öğrenci Evi/ Apart	467	39,5		330	38,2		71	41,0		66	44,9	

Tablo 3. Öğrencilerin tütün kullanımının risk faktörlerine göre karşılaştırılması ve üniversitelere göre dağılımı (devamı)

Risk Faktörleri	Tütün Kullanma Durumları											
	Toplam			KTÜ			TRÜ			AVÜ		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Aylık Kişisel Gelir (n:5059)												
Q1 (≤50\$)	227	18,5		162	18,3		25	11,9		40	30,3	
Q2 (≤65\$, >50\$)	321	22,7	<0,001	134	22,5	<0,001	164	22,4	<0,001	23	25,8	<0,001
Q3 (≤110 \$, >65\$)	333	29,6		245	29,5		69	30,9		19	26,4	
Q4 (>110 \$)	513	39,7		322	37,0		96	41,9		95	49,5	
Anne Eğitimi (n:6425)												
İlköğretim ve altı	1026	24,8		607	24,5		315	24,5		104	27,4	
Ortaöğretim	452	29,9	<0,001	278	28,7	0,008	95	29,0	0,189	79	36,4	<0,001
Yükseköğretim	247	32,1		155	29,4		37	28,5		55	49,1	
Baba Eğitimi (n:6372)												
İlköğretim ve altı	734	24,3		440	24,4		228	24,0		66	25,0	
Ortaöğretim	577	29,4	<0,001	333	27,6	0,057	145	29,5	0,071	99	37,4	0,001
Yükseköğretim	404	29,0		263	27,9		69	25,0		72	40,9	
Anne (n:6331)												
Kullanıyor	398	38,9	<0,001	237	38,0	<0,001	92	36,7	<0,001	69	46,6	<0,001
Kullanmıyor	1302	24,5		801	24,0		335	23,4		166	30,5	
Baba (n:6286)												
Kullanıyor	792	32,2	<0,001	474	31,3	<0,001	213	31,6	<0,001	105	39,3	0,011
Kullanmıyor	895	23,4		551	23,0		218	21,5		126	29,9	
Eş/Sevgili/Yakın Arkadaş (n:6445)												
Kullanıyor	1211	47,8	<0,001	725	47,0	<0,001	313	47,0	<0,001	173	53,1	<0,001
Kullanmıyor	521	13,3		321	13,1		135	12,5		65	16,9	

Tablo 4. Tütün kullanımı risk faktörleri ve üniversitelere göre dağılımı-lojistik regresyon analizi

		Toplam (n:6097)	KTÜ (n:3840)	TRÜ (n:1601)	AVÜ (n:656)
		OR (%95GA)	OR (%95GA)	OR (%95GA)	OR (%95GA)
Cinsiyet (ref: kadın)	Erkek	2,2 (1,9-2,5)	2,1 (1,8-2,4)	2,4 (1,8-3,1)	3,4 (2,2-5,1)
Sınıf	2.sınıf	1,0 (0,9-1,2)	1,1 (0,9-1,4)		0,6 (0,4-1,0)
(ref:1.sınıf)	3.sınıf	1,2 (0,9-1,4)	1,1 (0,9-1,5)		1,0 (0,5-2,0)
	4-6.sınıf	1,4 (1,1-1,6)	1,5 (1,2-1,9)		1,5 (0,7-3,1)
Fakülte	Fen Bilimleri	0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	-	0,6 (0,2-1,6)
(ref: sosyal bilimler)	Sağlık Bilimleri	0,8 (0,7-1,0)	0,6 (0,5-0,8)	-	1,0 (0,4-3,0)
	Meslek Yüksek Okulları	1,5 (1,3-1,8)	1,1 (0,8-1,5)	1,5 (1,2-2,0)	1,3 (0,5-3,4)
Lise (ref: kamu)	Özel	1,3 (1,1-1,6)	1,3 (1,0-1,6)	2,2 (1,3-3,7)	
Yaşanılan Yer	Öğrenci Evi/ Apart	1,9 (1,6-2,3)	2,0 (1,6-2,5)	2,2 (1,4-3,4)	
(ref: aile evi)	Yurt	1,3 (1,1-1,6)	1,4 (1,1-1,7)	1,4 (1,1-1,9)	
Anne Eğitimi	Ortaöğretim		1,1 (0,9-1,3)		
(ref: ilköğretim ve altı)	Yükseköğretim		1,5 (1,2-1,9)		
Baba Eğitimi	Ortaöğretim	1,2 (1,0-1,4)			2,1 (1,2-3,3)
(ref: ilköğretim ve altı)	Yükseköğretim	1,4 (1,2-1,7)			2,2 (1,1-3,6)
Anne Tütün Kullanımı (ref: kullanmıyor)	Kullanıyor	1,5 (1,3-1,8)	1,5 (1,3-1,9)	1,5 (1,0-2,0)	1,6 (0,9-2,5)
Baba Tütün Kullanımı (ref: kullanmıyor)	Kullanıyor	1,4 (1,2-1,6)	1,3 (1,1-1,6)	1,4 (1,1-1,8)	1,5 (0,9-2,2)
Eş/Sevgili/Yakın Arkadaş Tütün Kullanımı (ref: kullanmıyor)	En az biri kullanıyor	5,2 (4,6-6,0)	5,2 (4,4-6,1)	5,2 (4,0-6,8)	6,1 (4,1-9,1)

Sonuç

Sonuç olarak yapılan araştırma ile Trabzon ili genelinde üniversite öğrencilerinin %26,9'unun tütün kullandığı tespit edilmiştir. Bu prevalanslar KTÜ'de %26,2, TRÜ'de %25,7 ve AVÜ'de %33,5'dur. Aynı şehirde olsa bile üniversiteler arasında büyük farklılıklar olabileceği gösterilmiştir. Öğrenciler tütün ürünlerinden en çok sigarayı, sarma sigarayı ve nargileyi kullanmaktadır. Kullanma nedeni olarak stres ve keyif alma belirtilmiştir. Öğrencilerin tütün kullanılmasına neden olan en büyük risk faktörü yakın arkadaşlarının veya sevgililerinin tütün kullanmasıdır. Erkek cinsiyet, aile evi dışında yaşamak, anne veya babanın tütün kullanması ve meslek yüksek okullarında eğitim almak diğer risk

faktörleridir. Tespit edilen risk faktörleri incelendiğinde tütün ile mücadele ederken öğrencilerin yakın arkadaşlarını da içerecek gruplar halinde müdahale programları oluşturulması önerilmektedir. Benzer şekilde anne ve babanın bu programlara dahil edilmesi başarı olasılığını arttıracaktır. Erkek cinsiyet risk olmaya devam etmekle birlikte kadınlarda da artan kullanım sıklıklarının sonucu olarak destekleyici müdahalelerde her iki cinsiyete de önem verilmesi önerilmektedir. Öğrencilere stresle mücadele için destek verilmesi ve keyif alacakları uygun ortamların sağlanması tütünle mücadele açısından önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Health Effects | Smoking and Tobacco Use | CDC [Internet]. [cited 2022 Aug 7]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/health_effects/index.htm
2. United States Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress A Report of the Surgeon General. A Report of the Surgeon General. 2014.
3. Smoking - Our World in Data [Internet]. [cited 2022 Aug 5]. Available from: <https://ourworldindata.org/smoking>
4. WHO. Tobacco [Internet]. [cited 2022 Jul 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
5. CDC; WHO; Republic of Turkey Ministry of Health. Global Adult Tobacco Survey 2016 Turkey [Internet]. 2016. Available from: https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/GATS_Turkey_2016_FactSheet.pdf
6. OECD. Health at a Glance 2021 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/0ebfc7c0-en/index.html?itemId=/content/component/0ebfc7c0-en>
7. The Tobacco Atlas. Prevalence [Internet]. [cited 2022 Jul 26]. Available from: <https://tobaccoatlas.org/challenges/prevalence/>
8. US Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General. 2012;43(RR-4):1–10.
9. Vatansev H, Kutlu R, Gülerarslan Özdengül A, Demırbas N, Taşer S, Yılmaz F. Medicine and Communication Faculty Students of Tobacco and Tobacco Products Usage Differences. Ankara Med J [Internet]. 2019 Jun 28;19(2):344–56. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17098/amj.571584>
10. Yılmaz G, İbiş S, Aktuğ ZB. Üniversite öğrencilerinin sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanma durumları. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2020;2(2):73–80.
11. Dayi A, Gulec G, Mutlu F. Prevalence of tobacco, alcohol and substance use among Eskişehir Osmangazi University students. Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci [Internet]. 2015 Dec 15;28(4):309–18. Available from: <https://arsiv.dusunenadamdergisi.org/ing/ArticleDetails13ab.html?MkID=1082>
12. Korkmaz M, Ersoy S, Özkahraman Ş, Duran ET, Uslusoy Çetinkaya E, Orak S, et al. Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Tütün Mamulleri-Alkol Kullanım Durumları ve Sigaraya Yaklaşımları. SDU Med Fac J [Internet]. 2013;20(2):34–42. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/sdutfd/225881>

13. Alaçam H, Korkmaz A, Efe M, Şengül CB, Şengül C. Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde alkol ve sigara bağımlılığı taraması. Pamukkale Med J [Internet]. 2015;8(2):82-7. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/patd/392940>
14. Ulukoca N, Gökgöz Ş, Karakoç A. Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı. Fırat Tıp Derg. 2013;18(4):230-4.
15. Köksal EN. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanım Sıklığının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. 2016.
16. Karabiber C. Hatay'da üniversite öğrencilerinin tütün ürünleri ve elektronik sigara hakkında bilgi, tutum ve davranışları ile karbonmonoksit düzeyleri. 2021.
17. Merih YD, Guduk O, Erturk N, Yemenici M, Arga KY, Satman I. Determinants of Tobacco Use Habits and Perceptions Among University Students : A Systematic Review Study. J Pres Turkish Heal Institutes. 2021;4(1):49-84.
18. Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi [Internet]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041225.htm>
19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de tütünle mücadele süreci [Internet]. [cited 2022 Jul 28]. Available from: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/component/content/article/104-kategorisiz/213-turkiye-de-tutunle-mucadele-sureci.html>
20. WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2013.
21. WHO. Report on the global tobacco epidemic 2021 [Internet]. Health Promotion. 2021. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/global-tobacco-report-2021>
22. Dünya Sağlık Örgütü. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008: MPOWER paketi. Who 2008. 2008.
23. Havaçeliği Atlam D, Yüncü Z. Relationship Between Cigarette, Alcohol, Substance Use Disorders and Familial Drug Use in University Students. J Clin Psychiatry [Internet]. 2017;20(3):161-70. Available from: http://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=kpd&plng=tur&un=KPD-88598
24. Karadoğan D, Önal Ö, Kanbay Y. Prevalence and determinants of smoking status among university students: Artvin Çoruh University sample. Ciccozzi M, editor. PLoS One [Internet]. 2018 Dec 10 [cited 2022 Jun 27];13(12):e0200671. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0200671>

YAŞAM PSİKOLOJİSİ VE BEDENSEL AKTİVİTELERİN OYUNCULUK PERFORMANSINA ETKİLERİ

Zahraa Mirza¹

¹Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema-Televizyon Bölümü, Eskişehir, Türkiye
uzvfoto@gmail.com

Sanat ve sanatçı hem eylem biçimi olarak hem de üretim biçimi olarak gündelik yaşamı yansıtmaktadır. Bu eylem ve üretim biçimleri gündelik yaşamın içinde hayat bulan insana ait duyguların ve psikolojinin toplamıyla varolur. İnsanın sanatsal üretimlerine duygusal ve psikolojik yanıyla yönelmesi onu; hayat ile ilişki kurmasına, hayatının da sanat ile eşitlenmesine neden olur. (Umay, 2016: s.1007-1016)

Oyunculuk temelinde insan olan, insana ve hayata dair yapılan bir alandır. Oyuncunun öncelikle insanı ve sahne üzerinde var edeceği rolü anlayabilmesi için psikoloji bilmesi kaçınılmazdır. Bir başka bakış açısıyla, psikolojik bir iş yapan oyuncunun psikolojisi de oldukça önemlidir. Özellikle Freud bunu “İd-Ego – Süperego” kavramlarıyla açıklamaktadır. Gerçi psikoloji alan olarak hemen tüm sanat dallarıyla içiçedir. Bu nedenledir ki; insanla ilgili duygu ve davranış biçimlerini açıklama konusunda olmazsa olmaz bir alandır. (Levy, 1997: s.65-67).

Oyuncunun psikolojisi üretim açısından büyük önem taşımaktadır. Oyunculuk mesleğiyle uğraşan bir bireyin psikolojide var olan “Persona” kavramını benliğine oldukça iyi oturtmuş olması zorunlu bir haldir. “Persona” kavramının kökeni, Antik Yunan’a kadar uzanmaktadır. İsviçreli psikiyatr “Carl Gustav Jung” “Persona” kavramını bir metafor olarak ele alır (Kişilik bölümlerini açıklama yöntemi olarak). Örneğin bir oyuncunun eş zamanlı baba, eş, evlat, iş insanı ve kardeş gibi maskelerinin olması durumu. Jung bu durumu ve birbirinden farklı rolleri açıklarken “Persona” kavramını kullanmaktadır. (Murphy ve Orlick, 2006: s.103-125). Bu konuda diğer önemli bir yaklaşım ise, Psikodramanın kurucusu olan Morenonun rol kuramıdır. Moreno’ya göre roller Ben’den çıkmaz, ben ‘roller’den çıkar. Yani rol, kişilerarası bir yaşantıdır, sosyal yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. (Moreno, 1963: s.49-86).

Çağdaş yaşamın ve modern dünyanın koşulları üzerinden değerlendirildiğinde bir insanın ya da daha özel bir yaklaşımla bir oyuncunun değişik kimlikleri olması kaldı ki; bu kimliklerin yanısıra, bir de sahne üzerinde var edeceği diğer (sağlıklı ya da hastalıklı) kimlikleri yada rol kişilerini ekleyecek olursak sözü edilen bu üretim sürecinin ne denli hassas bir denge içerdiğini görmek kuşkusuz büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle oyuncu kimliğine sahip bir sanatçının sosyal uyum, öz farkındalık gelişimi, empati yeteneği gibi önemli alanları kapsayan, yaşamı oldukça rahatlatan ve uyumlu kılmayı sağlayan yetenekleri edinmiş olması kaçınılmaz bir gerekliliktir. Bu nedenle bir oyuncunun psikolojiyi iyi bilmesi ve kendi psikolojisini de dengede tutabilmesi, yaşamı sağlıklı bir biçimde izleyebilmesi; izlenebilir bir durum yaratmasına büyük destek olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Oyuncu, Oyunculuk Çalışmaları, Yaşam, Gündelik Psikoloji.

YAŞAMSAL BULGULARA YÖNELİK İNOVATİF YAKLAŞIMLAR

Nadiye Barış Eren¹

¹Tarsus Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Mersin, Türkiye

nbariseren@tarsus.edu.tr

İnovasyon her alanda yaşamı etkilemekte olup yaşamsal fonksiyonlar üzerinde de çeşitli etkilere sahiptir. 30.09.2022 tarihinde Türk Patent ve Marka Kurumu'nun resmi sayfasında yapılan son 5 yıllık arama sonucu yaşamsal bulgulara yönelik patent örneklerine ulaşılmıştır (Tablo 1). Bunların bir kısmı tamamlanmış iken bir kısmının ise başvuru süreci devam etmektedir. Başvuru süreci olumsuz olarak sonuçlanan örnekler metin içerisinde yer almamaktadır.

Tablo 1. Patent Örnekleri

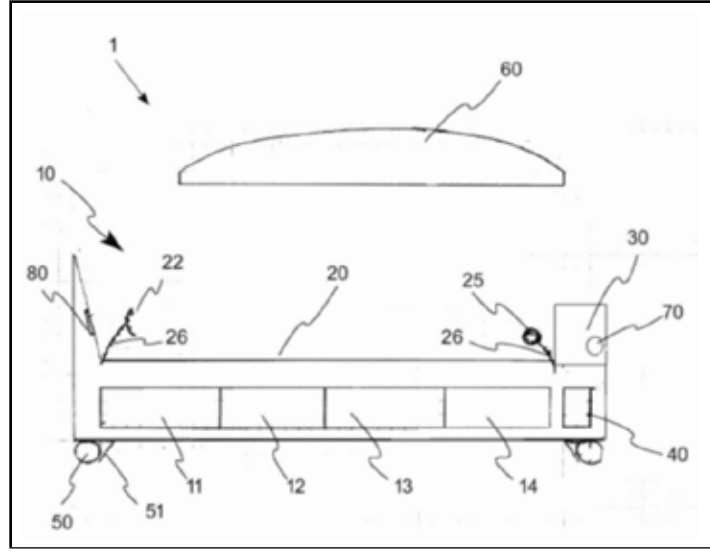
Buluş Başlığı	Başvuru Tarihi	Tescil Tarihi	Koruma Tipi	Buluş Sahipleri
Vücut Sıcaklığı Ayarlama Ünitesi	02.07.2019	23.08.2021	Patent	Ahmet Erol Ayşe Erol
Otomatik Kalp Masajı Cihazı	05.08.2019	23.05.2022	Patent	Ahmet Kağızman
Hareketten Etkilenmeyen Pulse Oksimetre	18.12.2019	21.10.2021	Patent	Berkay Kaya Zeliha Candan Algün Sena Özdemir Görgü
Ateş Düşürme Cihazı*	28.01.2020	-	Patent	Murat Tanas Ramazan Yeşildağ

Patent ve faydalı model örnekleri başvuru tarihine göre sıralanmıştır.

*Türk Patent ve Marka Kurumu sayfasında tescil tarihi henüz yoktur.

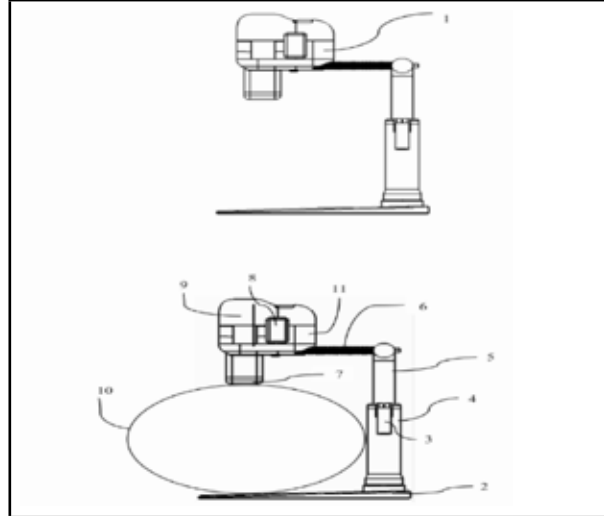
Vücut Sıcaklığı Ayarlama Ünitesi

Bu inovatif ürün ile yüksek ateş tanısı alan bireyin ateşi düşürülmekte olup aynı şekilde donma tanısı alan bireyde donmanın zararlı etkileri ekarte edilerek vücut sıcaklığı normale getirilmektedir. Vücut Sıcaklığı Ayarlama Ünitesi'nde dört adet aktarıcı ve en az bir kontrol birimi bulunmaktadır. Birinci aktarıcı hastanın alın bölgesine, ikinci aktarıcı hastanın kol bölgesine, üçüncü aktarıcı hastanın ayak bölgesine ve dördüncü aktarıcı hastanın ayak bileğine istenilen hava akışını sağlamak üzere konumlandırılmıştır. Bu aktarıcılarda bulunan hava akışının istenilen sıcaklık ve nemde olmasını kontrol birimi sağlamaktadır. Ayrıca vücut sıcaklığı ayarlama ünitesi, havanın uygun basınç ve şiddette olmasını sağlayan nemli sıcak, kuru sıcak, nemli soğuk ve kuru soğuk hava depoları ile ilişkili basınç kaynağı içermektedir. Ünitenin üzerinde yer alan kapak sayesinde iç alandaki istenen havanın hastaya daha verimli ulaşması sağlanmakta, etrafa dağılımı önlenmektedir. Bunun yanında ürüne dâhil olan müzik birimi ile yatan hastalar psikolojik yönden desteklenmektedir (Şekil 1). Bu ürün, Türk Patent ve Marka Kurumu tarafından patent olarak tescillenmiştir.



Şekil 1. Vücut Sıcaklığı Ayarlama Ünitesi

Otomatik Kalp Masajı Cihazı

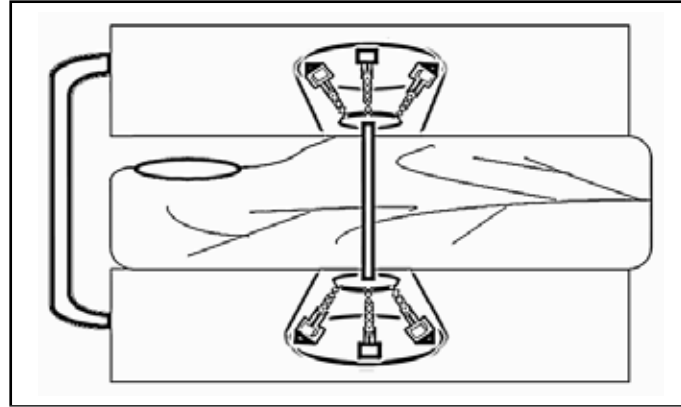


Şekil 2. Otomatik Kalp Masajı Cihazı

Şekil 2’de görüldüğü üzere kardiyak arrest denilen kalbin kan pompalamayı durdurması sonucu yaşamsal organların tehlikeye girmesini önlenerek kan dolaşımını sağlamak amacıyla “Otomatik Kalp Masajı Cihazı” geliştirilmiştir. Cihaz, kalbi duran kişinin göğüs kafesi hizasından bası yaparak dokulara kan akışını sağlar. El ile yapılan kalp masajının etkinliği uygulamayı yapan kişiye göre değişmektedir. Bu cihaz, hasta üzerinde manuel konumlandırıldıktan sonra cihazın yan kol gövdesi sabitlenir. Bu sayede güvenli bir şekilde cihazın çalışması sağlanır. Cihazın içerdiği sırt tahtası sayesinde ise bireyin sırtı kalp masajı sırasında desteklenir. Cihazın üzerinde açma/ kapama düğmesi, başla düğmesi, bitir düğmesi, 30:2 opsiyonel periyodik duraklama düğmesi bulunmaktadır. 30:2 opsiyonel periyodik duraklama düğmesi; her otuz kalp masajı sonrası 3 saniyelik solunum duraklaması sağlar. Bu ürün, Türk Patent ve Marka Kurumu tarafından patent olarak tescillenmiştir.

Hareketten Etkilenmeyen Pulse Oksimetre

Günümüzde pulse oksimetreler kalp atım hızını ve kan oksijen seviyesini hızlı bir şekilde ölçebilmektedir. Bunun yanında ölçüm sonuçlarını kaydetmektedir. Ancak hâlihazırda olan pulse oksimetreler hastanın hareketinden etkilenmekte yanlış sonuç vermekte ya da ölçüm yapmamaktadır. Geliştirilen bu pulse oksimetre ile hasta hareket halinde olsa dahi doğru oksijen saturasyonu ölçümü alınabilmektedir (Şekil3). Bu ürün, Türk Patent ve Marka Kurumu tarafından patent olarak tescillenmiştir.

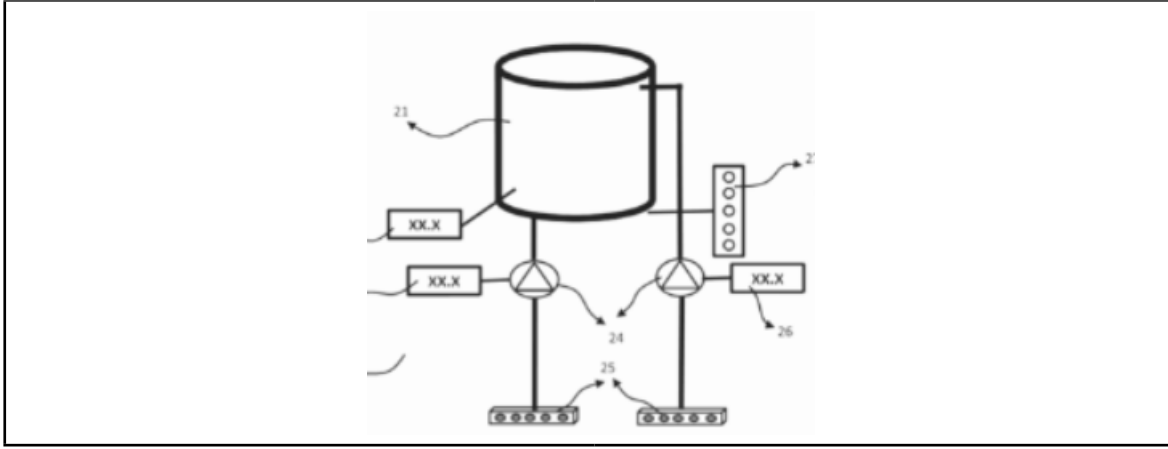


Şekil 3. Hareketten Etkilenmeyen Pulse Oksimetre

Ateş Düşürme Cihazı

Bu cihaz ile vücut ısısı pedler yoluyla düşürülmeye çalışılmaktadır. Günümüzde ateşi olan hastaların ateşi soğuk kompresler kullanılarak ateşi düşürülmeye çalışılmaktadır. Bu kompreslerin sürekli değiştirilmesi gerekmektedir. Geliştirilen bu cihaz, tek kullanımlık pedler aracılığıyla ısıyı suya aktarmakta ve bunu devir daim ile sürekli kılmaktadır (Şekil 4, Şekil 5, Şekil 6).





Şekil 6. Devir Daim Devresinin Şematik Görünümü

Tablo 2' de 30.09.2022 tarihinde Türk Patent ve Marka Kurumu'nun resmi sayfasında yapılan son 5 yıllık arama sonucu yaşamsal bulgulara yönelik faydalı model örnekleri yer almaktadır. Başvuru süreci devam eden ve tamamlanmış olan iki örnek metin içerisinde ele alınmıştır.

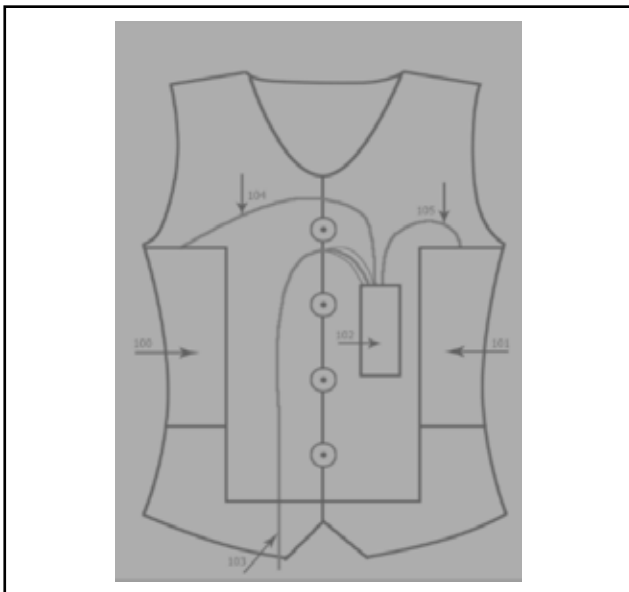
Tablo 2. Faydalı Model Örnekleri

Buluş Başlığı	Başvuru Tarihi	Tescil Tarihi	Koruma Tipi	Buluş Sahipleri
Kalp Pompası Aksesuar Taşıma Yeleği*	01.03.2019		Faydalı Model	Ümmügül Çolak
EKG Cihazına Takılabilir Elektrod Kemer	17.09.2019	26.07.2021	Faydalı Model	Mehmet Bozdağ

Patent ve faydalı model örnekleri başvuru tarihine göre sıralanmıştır.

*Türk Patent ve Marka Kurumu sayfasında tescil tarihi henüz yoktur.

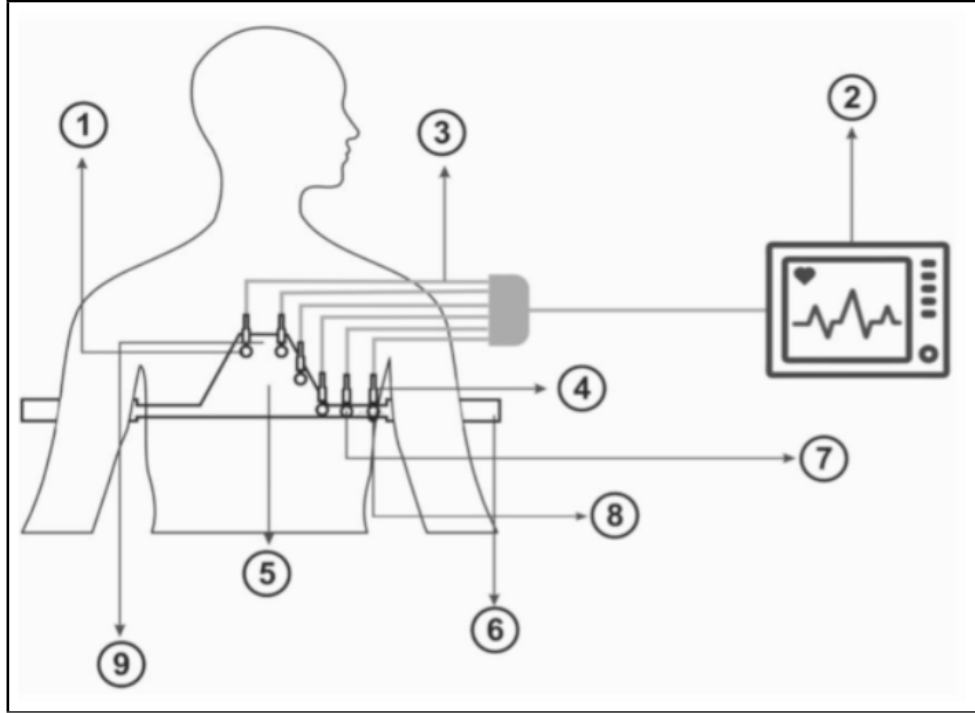
Kalp Pompası Aksesuar Taşıma Yeleği



Şekil 7. Kalp Pompası Aksesuar Taşıma Yeleği

Şekil 7’ de gösterilen yelek içerisinde yer alan ceplerde kan pompasının aksesuarları, kontrollü bir şekilde taşınabilmektedir. Ayrıca dışarıdan kan pompası ve aksesuarlarının görünmemesi hastanın kendini daha rahat hissetmesine yol açmakta ve diğer bireyler gibi günlük rutinlerini gerçekleştirmesine izin vermektedir.

EKG Cihazına Takılabilir Elektrod Kemer



Şekil 8. EKG Cihazına Takılabilir Elektrod Kemer

Günümüzde kalp ve damar hastalıklarının tanılmasında EKG (Elektrokardiyografi) çekilir. Bu hastanın göğüs kafesinde bulunan 6 çeşit derivasyon noktasına elektrotların yerleştirilmesine dayalı olarak yapılan bir ölçümdür. Ölçüm yapan hemşirenin elle doğru noktaları belirlemesi gerekir. Ayrıca bu noktalara tek tek elektrotları yapıştırması ve EKG çektikten sonra da tek tek bunları çıkarması gerekir. Hastalar bu durumdan genel olarak hoşlanmazlar. Bu ölçüm hem zaman almakta hem de elektrotları çıkarırken hastalar sabırsızlanabilmekte ve stres yaşayabilmektedirler. Dolayısıyla yapılan ölçüm de etkilenebilmektedir. Şekil 8’de “EKG Cihazına Takılabilir Elektrod Kemer” gösterilmektedir. Geliştirilen bu elektrod kemeri, doğru derivasyon noktalarını belirlemektedir. Aynı zamanda bu elektrod kemeri ile kısa sürede EKG çekildiğinden dolayı zamandan tasarruf sağlanmaktadır. Uygulama öncesi elektrod kemeri, hastaya anatomik olarak konumlandırıldıktan sonra EKG cihazından gelen kablo uçları, derivasyon noktalarında bulunan elektrod sensörlerine bağlanır. Kemerde yer alan elektrod sensörleri gümüş kaplama olup alerjisi olan kişilerin de kullanımını desteklemektedir. Ayrıca elektrod sensörlerinin farklı boyutlarda olması, hastanın vücuduna tam teması sağlamaktadır. Diğer önemli bir nokta ise elektrod kemeri, hastanın vücut yapısına göre genişleyip daralabilmektedir. Bu yönleriyle kullanımı avantajlı ve pratiktir. Türk Patent ve Marka Kurumu tarafından faydalı model olarak tescillenmiştir.

Gelişen teknoloji ile bu değişimi yakalamak ve geride kalmamak adına özellikle en temel hakkımız olan sağlık alanında inovasyonu ve geliştirilen inovatif ürünleri takip etmeliyiz. Bu ürünlerin hasta üzerinde kullanım sonuçlarına yönelik çalışmaların planlanması ve çalışma sonuçlarının paylaşılması önerilmektedir. Ayrıca alanda ihtiyaç dâhilinde geliştirilebilecek yeni inovatif ürünlere yönelik araştırmalar yapılmalıdır. Bunun için de sağlık sektörü ve sanayinin iş birliği içerisinde olması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Türk Patent ve Marka Kurumu. <https://www.turkpatent.gov.tr/>
2. Ü. Sevil, D. B. Özlem, Eds., Hemşirelik ve İnovasyon. 1. Baskı, İstanbul: Güven Plus Grup Danışmanlık A.Ş. Yayınları. 2018.
3. L. Dinç, Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 17 (2), 74-82. 2010.
4. H. Kartal, F. Kantek, Hemşirelikte İnovasyon Örnekleri. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(5), 58. 2018.
5. A. Aydın. Ed., Bakım Kalitesini İyileştirmede İnovasyon. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 2021
6. F. Orhan. Sağlık Hizmetlerinde İnovasyon. Ankara: İKSAD Publishing House. 2022.
7. N. Barış Eren. Örneklerle Bakımın Yönetiminde İnovasyon. U. Özkaya (Ed). 1st International Conference on Innovative Academic Studies (ICIAS 2022). September 10-13, 2022: Konya, Turkey.

YAŞLILIK DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM KONULU PUBMED VERİ TABANINDAN 2021 YILINA AİT ERİŞİLEBİLEN YAYINLARIN İNCELENMESİ ARAŞTIRMASI

Ahmet Uyar¹, Anıl Önal¹, Atakan Mıdık¹, Aykut Güneş¹, Beyza Nur Ark¹, Farid Zeynalı¹, **Hilal Kurt¹**, Kübra Gülcan¹, Kürşat Kerim Yaprakcı¹, Muhammed Berat Kızıltaş¹, Murat Bilen¹, Özkan Önder¹, Ali Can Korkmaz², Ümmügülsüm Yüce Erişik², Dilek Aslan²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İntörn Doktor, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

hikurt.99@gmail.com

Günümüzde dünyada nüfusun yaşlandığı bilinmektedir. Yaşlı nüfusun toplum içindeki payı arttıkça, bu grupta görülen sağlık sorunları da önem kazanmaktadır. Bununla birlikte, yaşlılık döneminde sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar olduğu bilinmektedir. Sorunların rasyonel çözümü için yapılan araştırmaların incelenmesi önceliklidir. Bu araştırmada; bilimsel literatüre yansımış ve PubMed veri tabanından belirlenmiş anahtar sözcükler aracılığıyla erişilebilen 2021 yılı içinde yayınlanmış “yaşlılık” ve “sağlık hizmetlerine erişim” konulu makalelerin teknik ve içerik incelemesi, yaşlılık döneminde sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen durumların saptanması, erişimi kolaylaştırmak için öneriler belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. “Yaşlılık” ve “sağlık hizmetlerine erişim” ile ilgili MeSH kriterlerine uyumlu anahtar sözcükler seçilerek *PubMed* veritabanı incelenmiş; araştırma konusuyla ilgili makalelerden özeti olanlar, ücretsiz tam metnine ulaşılabilenler ve İngilizce dilinde olanlar araştırmaya dahil edilmiştir. Ön okumalar sonucu bu kriterler ile uyumlu 182 makale tespit edilmiştir. Daha sonra makaleler araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formları ile standart olarak incelenmiştir. Araştırmanın tanımlanan değişkeni yaşlılarda sağlık hizmetine erişim, tanımlayan değişkenleri makalenin teknik özellikleri ve makalenin içeriği (makalenin amacı, lokasyonu, incelediği grup, COVID-19 vurgusu ve makalede ele alınan konu) ile ilişkili özelliklerdir. Tüm verilerin analizi için SPSS 23.0 kullanılmış olup, tanımlayıcı bulgular sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

İncelenen makalelerde en çok ulaşılan sonuç %59,3 ile sağlık hizmetlerine erişimin azaldığıdır. Sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen en sık beş faktör sırasıyla; ekonomik faktörler, pandemi, sosyokültürel faktörler, yaş ve ulaşım olmuştur. Hizmete erişimi kolaylaştıran en sık beş faktör ise sırasıyla sistemsel faktörler, teletıp, ekonomik faktörler, sosyokültürel faktörler ve sigorta olmuştur. Makalelerin %40,1'i COVID-19 pandemisini içermektedir. İncelenen 182 makalenin %20,3'ünde, hedef yaş grubu sadece 65 yaş (veya 60 yaş) ve üzeri gruptur; %64,3'ünde yaşlıların yaşam alanlarına ilişkin bir bilgi verilmemiştir; %57,1'inde sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili sonuçlara ulaşılmıştır; %76,5'i sistem temelli öneriler vermektedir. İncelenen makalelerin teknik özelliklerine bakıldığında; %86,3'ünün bu dergilerde orijinal makale olarak sınıflandığı görülmüştür. Araştırma makalelerinden en sık kesitsel araştırma türü (%36,2) yapılmıştır.

Bu araştırmada sağlığın sosyal, ekonomik ve ticari belirleyicilerinin sağlık hizmetlerine erişimi hem artıran hem de azaltan faktörler olduğu görülmüştür. Araştırmada bulunan sağlık hizmetlerine erişimde saptanan engellerin kaldırılmasına yönelik sistem temelli çalışmalar yapılabilir. Sağlık hizmetlerinin fiziksel olarak erişilebilir, finansal olarak karşılanabilir ve nüfus için kabul edilebilir hale getirilmesi için politika müdahaleleri yapılması, teletıp uygulamalarının kullanımının yaygınlaştırılması, yaşlıların dijital okuryazarlığının artırılması ve yaşlılara özel sorunlara farklı boyutlarda odaklanan ve sadece yaşlılar arasında yapılan araştırmaların artırılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, Sağlık hizmetine erişim, Halk sağlığı, Pandemi, PubMed

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA BEBEĞİ OLAN AİLENİN GEREKSİNİMLERİNE YÖNELİK NANDA-1 VE JOYCE TRAVELBEE’NİN İNSAN İNSANA İLİŞKİLER MODELİNE GÖRE VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMI-OLGU SUNUMU

Asena Taşgıt¹, Satı Dil²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara Şehir Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Birimi, Ankara, Türkiye

²Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Çankırı, Türkiye
asenatsgt@gmail.com

Bu çalışmada, yenidoğan yoğun bakımda ikiz bebeğe sahip annenin bebeklerden birinin kaybı ve diğer bebeğin tedavi sürecinde NANDA-1 (North American Nursing Diagnosis Association) ve Joyce Travelbee’nin İnsan insana İlişkiler Kuramına göre bakım planlanması ve uygulanması amaçlanmaktadır.

Araştırma fenomenolojik bir olgu sunumudur. Nisan- Eylül tarihleri arasında Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniğinde bebeği tedavi edilen anneyi kapsamaktadır. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme yoluyla toplanmıştır. Hemşirenin anne ile kurduğu iletişimde hedeflere ulaşabilmesi için; ilk karşılaşma, kimliklerin ortaya çıkması, empati, sempati, dostça ilişki aşamalarını içeren Joyce Travelbee İnsan İnsana İlişki modeli kullanılarak NANDA-1’e göre bakım uygulanmıştır. İn Vitro Fertilizasyon tedavi yöntemiyle çoğul gebelik öyküsü, erken doğum dahil edilme kriterleri arasındadır.

İnsan İnsana İlişki modeline göre yürütülen iletişim sürecinde annede; acı çekme, anksiyete, güçsüzlük, korku, ümitsizlik, yorgunluk, aile içi süreçlerinin devamlılığında bozulma, ebeveyn-bebek bağlılığında bozulma riski, etkisiz inkar, yalnızlık riski, aile başetmesinde yetersizlik, dayanma gücünde bozulma hemşirelik tanıları belirlenmiştir.

Süreçteki en büyük rolü iletişim oynamaktadır. Bakım; anne ve hemşire arasında birbirini tanımasıyla başlar. Empati ve sempati aşamasında annenin yaşadığı stresi algılayıp bu stresi azaltmaya yönelik girişim içermektedir. Bu aşamalardan sonra anne ve hemşire arasında güven duygusunun geliştiği görülmektedir. Modele göre yürütülen çalışmada hemşire-anne arasında iletişim ve işbirliğinin artmasına, NANDA-1 hemşirelik tanıları doğrultusunda uygun bakım uygulanmasına ve olumlu sonuç elde edilmesine olanak sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Joyce Travelbee, İnsan İnsana İlişki Modeli, Yenidoğan yoğun bakım, Anne, NANDA-1

YOUTUBE'DA YAYINLANAN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET İÇERİKLİ VİDEOLARA YAPILAN İZLEYİCİ YORUMLARININ ANALİZİ

Esra Zehra Biçer Özdemir¹, Nimetcan Mehmet¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

esrazehrabicer@aybu.edu.tr

Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan hekim ve yardımcı sağlık personeli, yaptıkları iş bakımından şiddete maruz kalma riski en yüksek olan iş gruplarının başında gelmektedir. Son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları hızla tırmanmakta ve hatta ölümle sonuçlanmaktadır. İş yeri şiddet olaylarından biri olan sağlıkta şiddet, çalışanlarda önemli fiziksel, duygusal ve ruhsal sorunlara yol açabilmektedir. Bu risklerden dolayı sağlıkta şiddet, sağlık çalışanları için önemli bir halk sağlığı problemi olarak ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmanın amacı Youtube'da yayınlanan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet içeren videolara yapılan izleyici yorumları çerçevesinde sağlıkta şiddete karşı toplumun bakış açısını değerlendirmektir.

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışma olup ülkemizde en çok tercih edilen medya paylaşım sitesi olan Youtube platformunda paylaşılan "İş yerlerinde şiddet gören sağlık çalışanları" ile ilgili paylaşılan videolar için izleyici yorumları incelenmiştir. 7-14 Ağustos 2022 tarihlerinde iki araştırmacı tarafından Youtube arama motorunda "sağlık çalışanına şiddet", "hastanede şiddet", "hekime şiddet", "hemşireye şiddet", "diş hekimine şiddet" gibi anahtar kelimeler ile arama yapılmış, videolar izlenme sayısına göre sıralanmıştır. En az bir yoruma sahip 58 video çalışmaya dâhil edilmiş ve incelenmiştir. İncelenen en eski video 18.04.2012'de, en yeni video ise 09.08.2022 tarihinde paylaşılmıştır. Kullanıcıların yorumları "sağlık çalışanına karşı şiddeti destekleyen", "sağlık çalışanına karşı şiddeti eleştiren" ve "konu ile ilişkisi olmayan yorum" olarak 3 ana başlıkta incelenmiştir. Alt başlıklarda ise "bazı sağlık çalışanları hak ediyor", "sağlık çalışanlarının üslubunun sorunlu olduğunu düşünüyor", "Güvenlik önlemlerini yetersiz buluyor", "caydırıcı cezaları yetersiz buluyor" ve "Sağlık sisteminde sorun olduğunu düşünüyor" olarak ele alınmıştır. Toplanan veriler, Microsoft Excel programı kullanılarak yüzde analiz metoduyla istatistiksel olarak incelenmiştir. Bu çalışmada çevrimiçi erişime açık veriler kullanıldığı için etik kurul izni alınmamıştır.

İncelenen 58 videonun 22'si silahlı saldırı içermekte ve bu saldırıların 3'ü yaralanmaya, 18'i ölüme sebep olan şiddet vakaları videolarıdır. Toplam yorumlar 3 ana başlıkta incelendiğinde; %52'si şiddeti eleştirmekte, %19'u şiddeti desteklemekte, %29'si ise konu ile ilişkili olmayan yorumlardan oluşmaktadır. Alt başlık incelemelerinde ise yorumların %3'ü bazı sağlık çalışanları hak ediyor *söyleminde bulunmuşken*, %4'ü Sağlık çalışanlarının üslubunu eleştiren türdedir. Ayrıca yorumların %2'si sağlık sistemindeki işleyişi, %7'si *güvenlik önlemlerini* ve %7'si caydırıcı cezaların yetersizliğini eleştirmiştir.

Çalışmamızda incelenen videolara yorum yapan her beş kişiden birinin sağlık çalışanına karşı yapılan saldırıları desteklemesi, ülkemizdeki insanların sağlık çalışanlarına karşı olan tutumunu gözler önüne sermektedir. Sağlıkta şiddetin önüne geçmek için güvenlik önlemlerinin arttırılması ve gerekli regülasyonların yapılması ivedilikle önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: sağlıkta şiddet, sağlık çalışanına şiddet, youtube, hekime şiddet, hemşireye şiddet

YÜKSEK MAHKEME KARARLARI UYARINCA MALPRAKTİS DAVALARINDA AYDINLATILMIŞ ONAM

Elif Anık¹

¹Eskişehir Barosu

Orcid: 0000-0002-93503541

anikelif@gmail.com

Hasta ile hekim arasında kurulan ilişkinin hukuki zemindeki yansıması bir vekalet sözleşmesi olup bu sözleşmelerin en önemli unsuru taraflar arasında güven ilişkisinin kurulması ve devam ettirilmesidir. Bu açıdan tıbbi konulara ilişkin bilgi sahibi olmayan hastanın aydınlatılması ayrı bir önem taşımaktadır. Temelde aydınlatılmış onam, hasta hekim arasındaki iletişimin bir parçası olup aynı zamanda mevzuat kapsamında hekim tarafından yerine getirilmesi gereken bir yükümlülüktür.

Yüksek Mahkeme Kararlarında aydınlatılmış onamın, malpraktis davalarında hekimin sorumluluğu üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmış olup son yirmi yılda Yargıtay ve Danıştay tarafından verilen kararlar somut olaylarla birlikte incelenmiştir. Bu kapsamda aydınlatılmış onamın unsurları, kim tarafından, hangi koşullarda, ne şekilde alınması gerektiği, ispat yolları ve bu onamın hekimin sorumluluğuna etkileri ortaya konulmuştur.

Tıbbi müdahale, hekimin tedavi amacıyla kişilerin vücut bütünlüğüne yönelttiği fiillerin tamamını kapsamaktadır. Vücut bütünlüğü, hukukumuzda kişilik hakları arasında düzenlenmiş bir haktır. Anayasanın m.17 hükmünde kişilerin yaşam hakkı, vücut bütünlüğünün korunması ile birlikte düzenlenmiş ve kişinin vücut bütünlüğünün bozulmasına ilişkin göstereceği rıza hukuka uygunluk sebebi olarak belirtilmiştir. Konuya ilişkin bir diğer düzenleme olan 09.12.2003 tarihinde iç hukukumuzun parçası haline gelen İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin 5. maddesinde rıza kavramına yer verilmiştir. Bu maddede sağlık alanında herhangi bir müdahalenin ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve buna rıza göstermesi sonrasında yapılması gerektiği genel kural olarak düzenlenmiştir. Bununla birlikte tıbbi müdahalenin amacı, hastanın vücut bütünlüğüne etkisi, tehlikeleri ve hastanın sahip olduğu diğer alternatifler hekim tarafından yapılacak aydınlatılmış onamın kapsamında yer almalıdır. Buna uygun olarak Yargıtay'ın yaptığı incelemelerde tek başına hastanın tıbbi müdahaleye verdiği rıza yeterli görülmemekte bunun yanında komplikasyonların da hekim tarafından hastaya açıklanmış olması aranmaktadır. Aydınlatılmış onama ilişkin bir diğer husus, yazılı şekilde alınması ve hasta dosyasında saklanmasıdır. Bu noktada belirtmek gerekir ki aydınlatılmış onama ilişkin sistemin kurulmasında ayrıca hastanelerin organizasyon sorumluluğundan kaynaklı yükümlülükleri bulunmaktadır. Hekimlerin malpraktis davalarındaki sorumluluğu değerlendirilirken bu hususun da göz önünde bulundurulması gerektiği Yargıtay kararlarında yer almaya başlamıştır.

Hasta, usulüne uygun şekilde aydınlatılmasıyla birlikte geçerli bir irade ortaya koyabilecektir. Bu nedenle aydınlatma yapılırken matbu form yerine hastanın durumuna özgü ve oluşabilecek tüm

komplikasyonları içeren bir metnin hazırlanması hekim açısından faydalı olacaktır. Malpraktis davalarında geçerli bir aydınlatmanın yapıldığının ispatı ise hekim ve hastanenin üzerine yüklenmektedir. Özellikle aydınlatılmış onamin saklanması hastane yönetiminin eksikliğinden kaynaklanan ispat imkansızlıklarında öncelikle hastanenin organizasyon sorumluluğunun tartışılması kanaatindeyiz. Bu noktada hekimlerin zarardan sorumlu tutulması adaletsiz sonuçlara yol açmaktadır.



**2nd INTERNATIONAL
MEDICINE, HEALTH AND
COMMUNICATION SCIENCES CONGRESS**

5 - 8 October 2022



**2. ULUSLARARASI
TIP, SAĞLIK VE
İLETİŞİM BİLİMLERİ KONGRESİ**

5 - 8 Ekim 2022

Anadolu Üniversitesi Kongre Merkezi, Eskişehir

KONUŞMACI METİNLERİ



AŞI İLETİŞİMİ

Yeşim Sert Karaaslan

Sağlık İletişimi Derneği Başkan Yardımcısı (SİLDER)

“Aşı, bireyin sağlık hakkının temel bir bileşeni olup, koruyucu hekimliğin en başarılı önlemlerinden biridir.”

Tüm dünyada aşı ile önlenabilir hastalıklar rutin aşı programları ile büyük ölçüde azaltılmış olup aşılama yoluyla her yıl yaklaşık 2-3 milyon ölüm önlenmektedir. Aşılama yoluyla birçok hastalık yok olmuş ya da kontrol altına alınmıştır.

Bağışıklama hizmetlerinde temel amaç; toplumda, özellikle bebek ve çocuklarda aşı ile önlenabilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin önüne geçmektir.

Sağlıkla ilgili kazanımlarının yanı sıra; ekonomik ve sosyal kazanımlar da aşılama programlarının başarısı olarak değerlendirilmelidir.

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) bağışıklama hizmetlerini aşıyla önlenabilir hastalıkların ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi açısından en önemli ve en maliyet etkili toplum sağlığı müdahaleleri arasında kabul etmektedir.

Tüm dünyada özellikle çocukluk çağındaki aşılama programları oldukça başarılı olmuş ve aşı ile önlenabilir hastalıklar rutin aşı programlarıyla büyük ölçüde azaltılmıştır. Ancak elde edilen bu başarılarla rağmen dünya genelinde aşılama oranları hala istenen düzeyde değildir. Bu durum üzerinde çeşitli faktörlerin yanı sıra günümüzde giderek artan aşı ile ilgili olumsuz tutumlar ve aşı reddi de etkilidir. Aşırı reddeden kişi sayısının artması elde edilen kazanımların kaybedilme riskini getirmektedir. Aslında günümüzde aşılamayla hastalıkların azalmış olması sonucunda, hastalık riski algılanmamakta buna karşılık hastalık korkusu yerine toplumda aşı korkusu ön plana çıkmaya başlamaktadır.(<http://hastane.ankara.edu.tr/2020/03/05/asilamanin-onemi-ve-asi-karsitligi/>)

DOĞRU BİLGİYE ERİŞİM-MEDYA

Aşılanmanın önündeki en önemli sorun “aşı karşıtlığı”, “infodemi” dir.

“Aşı karşıtlığı: Aşı tereddütü yada aşı kararsızlığı (vaccine hesitancy) yeni kullanılan bir terim olup DSÖ tarafından “aşı hizmetlerinin varlığına rağmen aşıların kabulünde gecikme veya reddetme” olarak tanımlanmaktadır. Tüm aşıları reddetme varsa aşı reddi olarak tanımlanmaktadır. Aşı tereddütü, Dünya ülkelerinin yüzde 90’ından fazlasında rapor edilmiştir. Bu nedenle, birçok bölgede, kızamık-kabakulak-kızamıkçık aşılması toplum bağışıklığı için gerekli olan yüzde 95 eşiğinin altına düşmüştür.

Dünyadaki aşı reddi vakalarının son yıllarda hızla artması ve tehlikeli boyutlara ulaşması üzerine; Dünya Sağlık Örgütü 2019'da çözüme kavuşturmayı planladığı 10 küresel sağlık sorunun başında “aşı karşıtlığı”na yer vermiştir.

Aşı karşıtı söylemlerin başlıcaları;

-Aşıların içeriğinde bulunan kimyasal maddelerin insan sağlığına zararlı olduğu, - Aşı üreten firmaların para kaygısı olduğu ya da doğal yollarla da bu hastalıklardan korunmanın mümkün olduğu ile ilgili söylemlerdir.

-Aşı karşıtlığının başlıca nedenleri dini, felsefi ve aşı güvenilirliği ile ilgili nedenler olarak da sınıflanabilmektedir.

Aşı karşıtı fikirlerin bilimsel dayanağı olmasa da hızlı bir şekilde medya ve internet üzerinden yayılma olanağı bulmakta bu yolla toplumun aşılarına güvenini azaltabilmektedirler. Kişilerin yaşam tarzları, algıları, kurumlara duydukları güven, inançları, aşı etkinliği ile ilgili endişeleri aşı kararında etkili olmaktadır. Kimi zaman medyatik kişiler hatta hekimler aşı karşıtı görüşleri ile ebeveynleri etkileyebilmektedirler. <http://hastane.ankara.edu.tr/2020/03/05/asilamanin-onemi-ve-asi-karsitligi/Prof. Dr. Meltem Çöl Halk Sağlığı Anabilim Dalı>)”

NEDEN MEDYA ÖNEMLİ?

Bilimsel verilere dayanan, doğru bilginin kamuoyuna ulaştırılmasında ise medyanın rolü büyüktür. Bu nedenle, bu süreçte medya çalışmaları büyük önem taşımaktadır. Hele ki günümüzde dijital dünyanın hakimiyetine baktığımızda sadece radyo, yazılı ve görsel medya değil aynı zamanda sosyal medya da çok aktif olarak doğru ve zamanında kullanılmalıdır.

Doğru bilginin kamuoyuna ulaşması ise yasama-yürütme-yargıdan sonra adeta dördüncü güç olan medyanın sorumluluğunda değildir.

Başarı için medya ile birlikte çok paydaşlı bir iş birliği esastır. Çünkü, medya, bilgiyi ulaştırmada hızlı olmalıdır. Bu nedenle de gazeteciler, en kısa sürede doğru bilgiye ulaşmak zorundadır. Bu noktada, alanda uzmanlaşmış gazeteci, doğru ve alana hakim uzman hekim, ilgili Bakanlık yetkilileri, literatür takibi gibi unsurların tam olması önemlidir.

SOSYAL MEDYA

“Sosyal medya platformları, farklı içerik türleri için birden çok platformla kullanıcı toplulukları oluşturmaya, etkileşim kurmaya ve başkalarıyla paylaşmaya olanak tanıyan internet tabanlı uygulamalardır. Gerçek zamanlı iletişime izin vererek, kullanıcıların halka açık söylemlere aktif olarak katılmalarına olanak tanırlar.

Geleneksel medyanın aksine, yayınlanan içeriğin bilimsel incelemeye tabi tutulması gerekmez ve daha karmaşık bir kanıt ve kişisel görüş karışımını temsil edebilir. Sosyal medya aynı zamanda geniş kitlelere ulaşma ve bilgiyi çok hızlı yayma potansiyeli ile de karakterizedir (Puri, Coomes, Haghbayan, & Gunaratne, 2020).

AŞI TEREDDÜTLERİNDE SOSYAL MEDYANIN ROLÜ

Çocukluk çağı aşıları hakkında bilgi arayan ebeveynler, geleneksel medya kanalları ve etkileşimli Web 2.0 ve çevrimiçi sosyal medya kanalları aracılığıyla aşılar hakkında yanlış ve yanıltıcı bilgilere maruz kalma konusuna daha müsaitler. Çevrimiçi ortamda aşılama hakkında yanlış bilgilerinin bolluğu, bilimsel bilgileri görmeyi engellemekle birlikte, halkın aşılama programlarına bakış açısına büyük ölçüde etkilemektedir (MacDonald ve Dube, 2020).

SOSYAL MEDYA PLATFORMU VE ÖZELLİKLERİ

Kaynak: Puri ve diğ., 2020.

Sosyal medya sağlık bilgileri için önemli bir kaynaktır ve aynı zamanda sağlıkla ilgili yanlış bilgilere maruz kalmaya sebep olmaktadır (Wang, McKee, Torbica, & Stuckler, 2019). Literatürde sosyal medya platformlarında, aşı içeriği çalışmalar yaygın olarak mevcuttur ve aşı içeriğinin bu platformlarda ve nasıl tasvir edildiğini karakterize eden çalışmalar da bulunmaktadır. Aşağıda birkaç çalışmanın sonucuna yer verilmiştir: Bir araştırma sonuçlarına göre, ebeveynlerin yaklaşık %13'ü çocukları için aşıları ertelemekte veya reddetmektedirler (Glanz ve diğ., 2013). Başka bir araştırmaya göre, çocuklarını tam olarak aşılayan ebeveynlerle çocukluk aşılarını reddeden veya erteleyen ebeveynlerin karşılaştırıldığında, reddeden veya erteleyen ebeveynlerde aşı bilgileri hakkında interneti kullanma olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca sağlık uzmanlarından, sağlık departmanlarından ve devletten gelen aşı bilgilerine daha az güvendikleri görülmüştür (Downs, De Bruin, & Fischhoff, 2008). Aşı ve aşı hakkındaki yanlış bilgilerin yayılmasında sosyal medyanın olumsuz rolü, Facebook'un anti-vaxx reklamları yasaklamasına sebep oldu. (The Guardian, 2019). Halk sağlığı uzmanları ayrıca, sosyal medyadaki aşılarla ilgili yanlış bilgilerin bulaşıcı hastalıklarla mücadeledeki birikimli başarıları tehdit ettiğine ve bu konuda daha iyi politika düzenlemelerine ihtiyaç olduğuna inanmaktadır (Yang, Broniatowski, & Reiss, 2019). Son yıllarda, sosyal medya teknolojilerini kullanan aşı odaklı web sitelerinin sayısı artmaktadır (Wilson & Keelan, 2013). İşin en kötü tarafı, bu web tabanlı kaynakların çoğu, hatalı bilgileri yaymak, tıp camiasını gözden düşürmek ve korku yaratmak için kullanılmaktadır (Kata, 2012). Bu tür serbest biçimli teknolojiler, yanlış bilgilendirme ve vandalizme de eğilimlidir. Çoğu durumda, çevrimiçi forumlar uzmanlar tarafından yönetilmemektedir ve sağlıkla ilgili bilgilerin kaynakları bilinmemektedir (Sudau ve diğ., 2014). Bu anti-aşı web sitelerinin artması, aşı ve genel olarak sağlık bilgileri için sosyal medyayı kullanmanın zorluklarını vurgulamaktadır. Ayrıca, yaygın kullanımına rağmen, aşıyla ilgili sağlık davranışını olumlu yönde etkilemek için sosyal medyayı kullanmanın kanıt temeli eksiktir (Witteman & Zikmund-Fisher, 2012). İnfluenza aşısı, halk sağlığının en büyük başarılarından birisidir ve her yıl milyonlarca hastalığı ve binlerce ölümü engellemektedir (Rolfes, Flannery, & Chung 2019). Ancak aşı güvenliği konusunda şüpheliği ifade eden ve sahte hasta hikayelerini anlatan aşı mesajları sosyal medyada bolca paylaşılmaktadır (Igoe, 2020). Basch, Zybert, Reeves ve Basch, 2017'de YouTube'dan "aşı güvenliği" ve "aşılar ve çocuklar" anahtar kelimelerini kullanarak inceledikleri 87 videonun %65'inde aşı karşıtı bir eğilim olduğunu saptamışlardır. Ayrıca, incelenen videoların yalnızca %5,6'sının devlet profesyonelleri tarafından üretildiği ve %36,8'inin

hiçbir bilimsel kanıta dayanmadığı görülmüştür (Basch ve diğ., 2017). Blankenship ve diğerleri, 2010 ile 2016 arasında “aşı” hashtag’iyle (#aşı) tweetleri analiz ederek, aşı karşıtı tweet’lerin nötr tweet’lere göre 4,13 kat daha fazla yeniden tweet atıldığını tespit ettiler (Blankenship vd., 2018). Benzer şekilde, #HPV ile 150 Instagram gönderisini analiz edilmiş ve aşı karşıtı gönderilerin önemli ölçüde daha yüksek ortalama beğeni sayısına sahip olduğunu fark edilmiştir (Basch & MacLean, 2019).

COVID-19 salgını boyunca da aşı karşıtı sosyal medya hesapları çoğalmıştır ve bu durum COVID19 aşısıyla ilgili aşı tereddütlerini artırmaktadır. Bu bağlamda Hernandez ve diğerleri (2021) tarafından COVID-19 aşlarıyla ilgili 1 milyon tweet’in analiz edildiği çalışmada, öncelikle siyasi ve tıbbi olmayan Twitter kullanıcıları tarafından etkileşim alan, yüksek düzeyde kutuplaşmış ve aktif aşı karşıtı görüşler tespit edilmiştir. Buna karşılık, tweet’lerin %10’dan azı tıp camiasından kaynaklanmakta ve COVID-19 aşı tereddütlerinde yanlış bilgi yayılmasında sağlık profesyonellerinin rollerinin de az da olsa bulunduğu görülmektedir. Bir başka çalışmada “COVID-19” ve “koronavirüs” anahtar kelimeleri aramasıyla belirlenen en iyi YouTube videoları arasında, videoların %27,5’i gerçek olmayan bilgiler içerdiğini ve halihazırda 60 milyondan fazla görüntülenmiş olduklarını belirlenmiştir (Li, Bailey, Huynh, & Chan, 2020). Bu bağlamda, Türkiye’de aşı reddi ve aşı tereddüdü üzerine çok sınırlı sayıda ampirik çalışma yapıldığı görülmektedir. Sosyal medya platformlarında, aşı içeriği çalışması hiç bulunmamaktadır, ancak aşı reddi üzerine yapılan çalışmalarda sosyal medyanın etkisi görülmektedir. Yakşı 2020’de Niğde’de görev yapan 125 aile sağlığı çalışanlarıyla yaptığı anket ölçeğiyle araştırmasının sonuçlarına göre, katılımcıların %69’u aşı tereddüdü yaşayan, %51’i ise aşı yaptırmayan hastaları olduğunu belirtmiştir. Ayrıca aşının içeriğine güvensizlik, bilgisizlik ve aşının zarar vereceği endişesi aşı reddine sebep olan en çok nedenler olarak saptanmıştır (Yakşı, 2020). İstanbul’da bulunan 4 ilçede aile sağlığı merkezlerinde 5 yaşında veya daha küçük çocuğu olan 276 ebeveyn üzerinde yapılan bir çalışmada, aşılarla yönelik olumsuz tutumlar, dini inanışlar, aşı ve hastalıklara hakkında bilgi yetersizlikleri aşı tereddütlerin ana nedenleri olarak saptanmıştır (Aygün ve Tortop, 2020). 2009-2018 yılları arası yapılan bir sistematik derlemenin sonuçlarına göre, Türkiye’de aşı hakkında bilgiler yüksek oranda internet sitelerinden veya sosyal medyadan düşük oranda sağlık merkezlerinden sağlanmaktadır. Bu nedenle aşılama hakkında bilgisizlik en büyük engel olarak görülmüştür (Filiz ve Kaya, 2019). Bir başka çalışmada, aşı tereddüdünün ikinci en yaygın nedeni, medyadan ve internetten aşılamanın zararlı olduğunu duymakmış ve tüm bireylerin %25’i bu tür bilgileri sosyal medyada gördüğünü belirtmişler (Özceylan, Toprak, & Esen 2020). Sosyal medyada aşılamanın gerekli olmadığını hatta zararlı olduğunu iddia eden paylaşımların sayısı günden güne artmaktadır. Aşılamaya yönelik bu olumsuz duygular, insanların aşı olma niyetlerini etkileyebilir ve böylece aşılama oranlarında bir azalmaya yol açabilir.

Aşı tereddütleri, İnternet ve sosyal medya platformları ve çeşitli kaynaklardan elde edilen sağlık bilgileriyle beslenebilir. Teknolojiye erişim geliştikçe, sosyal medya küresel çapta yayılmaya başlamış. Geleneksel medyanın aksine, sosyal medya, bireylerin editoryal denetim olmaksızın hızlı bir şekilde küresel olarak içerik oluşturmaya ve paylaşmaya olanak tanır. Kullanıcılar, ideolojik izolasyona

katkıda bulunan içerik akışlarını kendileri seçebilirler. Bu nedenle, bu tür platformlarda aşılama karşıtı mesajlarla gündeme getirilen önemli halk sağlığı endişeleri ve bunun sonucunda olumsuz aşı tereddüt potansiyeli vardır (Puri ve diğ., 2020). Bu çalışma sosyal medyadaki yanlış aşı bilgilerinin üstesinden gelebilmek için iki yöntem önermektedir: Sosyal Medya Platformlarından Faydalanmak Sağlık hizmeti sağlayıcıları, aşı konusunda tereddüt eden ebeveynlerin hekim karşıtı ve kurum karşıtı duyguları barındırabileceği uyarısıyla en güvenilir bilgi kaynakları arasındadır. Bununla birlikte, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasındaki doğrudan iletişimin aşı endişelerini azalttığı ve genel alımı iyileştirdiği bilinmektedir (Jones ve diğ., 2012). Sağlık çalışanları, kendileri ve hastaları arasındaki iletişimi artırmak için sosyal medya platformlarını tanınmalıdır. Sağlık kurumları ve hükümet web siteleri de genel sosyal medya varlıklarını geliştirmelidir ve sosyal medya platformlarıyla ortaklıkları teşvik etmek, kanıta dayalı halk sağlığı stratejilerinin hızlandırılmış tanıtımı için bir araç olabilir (Oehler, 2020). İnsanlar sosyal medyaya giderek daha fazla güvenmektedirler, bu durumda aşılamaı teşvik etmek için çevrimiçi araçlar kullanılabilir. Ancak böyle bir durumda içeriğin iyi bir şekilde analiz etmek ve kullanılan dilin net olması gerekir; bilimsel bilgilerin halka ulaştırılması aşı tartışmalarının etkisini azaltmak için iyi bir yöntemdir. Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmek SAGE çalışma grubunun belirttiği gibi, aşı tereddütleri belirleyicilerinden biri uygunluktur. Bu kavram, aşı alımını etkileyebilecek birçok faktörü ifade eder ve “anlama becerisini (dil ve sağlık okuryazarlığı)” içermektedir (SAGE Report, 2014). Sağlık okuryazarlığı ise, “sağlık sistemi ile etkileşim içinde olan tıbbi bilgileri alma, anlama, uygulama ve kullanma özel kapasitesi” olarak tanımlanmaktadır (Biasio, Carducci, Fara, Giammanco, & Lopalco, 2018). Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olanlar, kendilerine verilen sağlık bilgilerini anlamakta ve uygun sağlık kararlarını almak için zorluk yaşadıklarından dolayı daha az sağlıklı davranışlara sahip olabilirler (Biasio, 2016). Bununla birlikte, aşı okuryazarlığının daha spesifik bir değerlendirmesi yapılmalı ve aşı savunuculuğunu güçlendirmeyi amaçlayan yeterli müdahaleleri uygulamak için sonuçları dikkate alınmalıdır. Aşı okuryazarlık becerilerinin iyileştirilmesi, aşılama oranları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilir (Fokoun, 2018). Sosyal medya aşı tereddüdünün nedeni değildir, ancak aşı karşıtı argümanların ve sahte bilginin geniş kitlelere ulaşmasında kesinlikle rol oynamaktadır. Ayrıca, yanlış bilgilerin yayılması doğru bilgilerde tereddütte neden olmakta sağlık görevlilerinin halk sağlığıyla ilgili mücadeleleri zorlaşmaktadır. (ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ <http://dergipark.gov.tr/usaysad> (ETESAMINIA, S / BAĞCI DERİNPINAR, K)

Sonuç olarak, dijital çağda bireyler, internet, sosyal medya platformları ve çeşitli kaynaklardan sağlık bilgilerine erişebilirler.

Sosyal medya platformları küresel olarak artan popülerlik kazandıkça, aşılama karşıtı içeriğin aşı tereddüt üzerindeki etkisine ilişkin halk sağlığı endişeleri artmaktadır.

Hükümetler, halk sağlığı görevlileri ve sağlık politikacıları, halkın uygun olduğunda aşılamaı kabul etmesi için tereddütleri ele almaya ve aşı okuryazarlığı oluşturmaya hazırlıklı olmalıdır.

COVID-19 gibi yeni aşı programlarında, devlet yetkilileri tarafından açık ve tutarlı iletişim, halkın güvenini sağlamak için çok önemlidir.

ÇEVRE SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI

Dr. Hüseyin İlter

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

GİRİŞ

Etrafımızda olup biten hemen her olay az ya da çok insan sağlığını etkilemektedir. İnsan sağlığını doğrudan ya da dolaylı şekilde etkileyen faktörler, kısaca “sağlığın belirleyicileri” olarak değerlendirilmektedir. Sağlığın belirleyicileri kişinin biyolojik özellikleri ve davranışlarının yanı sıra sosyo-ekonomik çevre ve fiziksel çevredir. Genetik faktörler kolayca düzeltilemeyebilir, ancak davranışlarımız ile çevresel faktörler bazı basit önlemlerle dahi kolayca düzeltilebilir.

Çevresel faktörlere ilişkin önlem alınabilmesi, özelde bireyin genelde toplumun çevreyi tanınması, olası riskleri bilmesi, bunların sağlık etkilerini değerlendirebilmesi ve bu riskleri azaltmak için bilinçli kararlar verebilmesi ile mümkündür. Tüm bunlar etkin bir eğitim, farkındalık, bilginin uygulamaya geçirilmesi ve uygun davranış geliştirme ile sağlanabilir. Çevre sağlığı okuryazarı toplum oluşturulmadığı takdirde sağlık hizmetlerine talep artacak; hastalıklar, sakatlıklar, acılar, ızdıraplar, ölümler ve ciddi ekonomik kayıplar kaçınılmaz olacaktır.

ÇEVRESEL RİSKLER VE SAĞLIK İLİŞKİSİ

Çevre, “insanın hayatı boyunca karşılıklı olarak etkileşim içinde bulunduğu fiziksel, kimyasal, biyolojik ve sosyokültürel ortam” olarak tanımlanır. Kısacası çevre, genetik yapı dışında yer alan her şeyi kapsar. Bu etkileşim içerisinde insan sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen etkenlerin tespit edilmesi ve kontrol altına alınma çabası olan “çevre sağlığı” bir halk sağlığı dalı yani koruyucu hekimlik uygulamasıdır (Güler, 2015).

Çevre ve sağlık arasında karmaşık, bazen ölçümü ve takibi zor bir ilişki vardır. İnsanın içinde yaşadığı evinin yapımında kullanılan malzemeler, evde içilen sigara, dışarıda soluduğu hava, işe giderken yaşadığı trafik sorunu, temizlik için kullandığı ürünler, hastalık riski nedeniyle yapılan sivrisinek mücadelesinde kullanılan pestisitler, daha iyi ürün elde etmek amacıyla bilinçli ya da bilinçsiz doğaya atılan zirai ürünler, sağlığı için içtiği su, yine sağlığı için yapılan radyolojik çekimler, delinen ozon tabakası gibi lokal, bölgesel ya da küresel düzeyde pek çok çevresel faktör insan sağlığını etkilemektedir (Pandel et al, 2020). Çevresel risklere karşı önlem alınmaması beraberinde sağlık maliyetleri açısından ciddi bir ekonomik kaybı da beraberinde getirmektedir.

Dünya genelinde ölümlerin yaklaşık %23’ünün, beş yaş altı ölümlerin %26’sının, Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) kaybının yaklaşık %22’sinin çevresel risklere bağlı geliştiği düşünülmektedir. Yani dünya genelinde her yıl 1,3 milyonu beş yaş altı çocuk olmak üzere 14 milyon ölümün altında yatan neden çevresel risk faktörleridir. Daha iyi bir çevre yönetimi ile özellikle

gelişmekte olan ülkelerde sıtmadan ölümlerin %40'ı, pnömoni nedeniyle ölümlerin %41'i ve ishali hastalıklardan ölümlerin %94'ü önlenebilmektedir (DSÖ, 2022a, Pruss-Üstün et al, 2016).

İngiltere'de yapılan bir çalışma dış ortam hava kalitesindeki uygunsuzlukların, 9.416 ölüme eşdeğer 140.743 yaşam yılı kaybına, 1,4-3,7 milyar İngiliz sterlini ekonomik kayba neden olduğunu göstermiştir (Watson et al, 2015). Küresel düzeyde ise bu kaybın yıllık 8,42 milyon ölüme eşdeğer 163,68 milyon yaşam yılı, ekonomik kaybın ise 2,4 trilyon ABD doları olduğu düşünülmektedir (Yin et al, 2021). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) pestisitlere ilişkin yapılan bir çalışma, pestisit kaynaklı sağlık sorunlarının ekonomik maliyetinin 1,1 milyar ABD doları, pestisit direncine bağlı kaybın 1,5 milyar ABD doları, pestisit kullanımına bağlı ürün kaybı maliyetinin 1,4 milyar ABD doları, su kaynaklarının kirlenmesi maliyetinin 2 milyar ABD doları, hayvanlara verdiği zararın maliyetinin 2,2 milyar ABD doları olmak üzere toplam ekonomik kaybın 8,2 milyar ABD doları olduğunu ortaya koymuştur (Pimental ve Burgess, 2014).

Tüm bu riskler sadece sağlık profesyonelleri ya da çevre mühendisleri gibi tek bir uzmanlık dalı ile çözülebilecek sorunlar değildir. Sorunlara yönelik çok farklı uzmanlık dallarının bir araya gelmesi, ortak yaklaşımlar benimsemesi, ortak yasal düzenlemeler geliştirmesi gerekmektedir. DSÖ bu anlayışla hareket ederek “tek sağlık” yaklaşımını geliştirmiştir.

ÇEVRE POLİTİKALARI

Çevre insanlık tarihi boyunca yaşam, yiyecek, barınma imkânı sağlayan kutsal alan olarak görülmüştür. İnsanoğlu hemen her yaptığında doğayı örnek almış, ondan esinlenmiştir. Günümüze kadar gelen arkeolojik kalıntılardan, binlerce yıl öncesinden çevrenin korunmasına, tahribatının önlenmesine yönelik toplumsal faaliyetler yapıldığı bilgisini edinmekteyiz.

Çevreye ilişkin aslolan ve halen küresel düzeyde insanlığı meşgul eden endişeler sanayileşme devrimi sonrasında başlamıştır. 1956 yılında Japonya'da sanayi tesislerinden cıva deşarjı ve sonrasında gelişen Minamata Hastalığı, kimyasalların ve pestisitlerin kullanımını sorgulamaya başlatmıştır. 1962'de Amerikalı yazar Rachel Carson, Sessiz Bahar (Silent Spring) isimli eserinde, tarımda kullanılan kimyasalların toksik etkisine dikkat çekmiştir (Carson, 1962). Carson'un kitabı pestisitleri tartışmaya açmış ve zararlı etkilerini azaltmaya yönelik çok sayıda yasal düzenleme yapılmasına vesile olmuştur.

1980'lerde artan çevre sorunları, afetler, su kaynaklarında artan kirlilik sürdürülebilir kalkınma politikalarını gündeme getirmiştir. Çevrenin sadece kamu eliyle değil, özel sektörün ve sivil toplum kuruluşlarının da sorumluluk alarak korunması ve ekonomik kalkınmanın sağlanması hedeflenmiştir. Çevrenin “kirletilmeden önce korunması” esas prensip olarak kabul görmüştür. Ancak kirlilik oluşmuş ve geri dönüşsüz bir hal almış ise “kirleten öder” ilkesi benimsenmiştir.

Çevre politikalarına yönelik son yıllarda uygulamaya konulan önemli belgelerden birisi de Birleşmiş Milletler Kalkınma Programıdır. Program ile 2030 yılına kadar gerçekleştirilmek istenilen 17 küresel hedef arasında çevresel risklere yönelik hedefler de belirlenmiştir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasında yer alan temiz su ve sanitasyon, iklim eylemi, erişilebilir ve temiz enerji, sürdürülebilir

şehirler ve topluluklar gibi çevresel risklerin azaltılmasına yönelik hedefler için uluslararası işbirliği yapılması planlanmıştır (UNDP, 2022).

AB'nin 1951 ve 1957 tarihli kuruluş anlaşmalarında çevre politikalarına ilişkin bir madde yer almamaktadır. 1987 tarihli Avrupa Tek Senedi Anlaşması ile çevre bir başlık olarak üye ülkelerin gündemine girmiştir. Çevrenin korunması, halkın sağlığının çevresel risklerden etkilenmemesi, doğal kaynakların verimli kullanımı ilkelerine uygun programlar geliştirilmesi benimsenmiştir.

AB bu süreçte 7 adet Çevre Eylem Planı yayınlamıştır. Bu eylem planlarında kirliliğin kaynağında önlenmesi, kirlitenin ödemesi prensibi, çevre politikalarının ulusal değil küresel ele alınmasının sağlanması ilkeleri öne çıkmaktadır. 1980'li yıllarda çevresel etki değerlendirme, 1990'larda ise iklim değişikliği gündeme gelmiştir.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ilk yıllarda çevre politikasına ilişkin net hükümlere rastlanmamaktadır. Uluslararası yaklaşıma uygun olarak her yasal düzenleme içinde çevreye ilişkin hükümler eklenmiştir. Tüm kurumların kendi görev tanımlarına uygun şekilde, çevrenin ve beraberinde halk sağlığının korunmasına yönelik faaliyet göstermesi benimsenmiştir.

1973-1977 yıllarını kapsayan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında gelişmiş ülkelerde sanayileşmeye bağlı yaşanan çevre sorunlarının az da olsa ülkemiz açısından da risk teşkil ettiği ifade edilmiştir. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında çevre sorunları daha fazla yer almaya başlamış, gürültü, erozyon, su, kanalizasyon sorunları, kötü barınma koşulları, kentleşme sorunları gündeme alınmış, çevre sorunlarının kaynağında önlenmesi ilkesi benimsenmiştir. Bu dönemde yayınlanan T.C. Anayasası'na "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir." hükmü (madde 56) ilave edilmiştir. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında kamu kurumlarının yatırımlarının planlanması aşamasında "Çevresel Etki İrdelemesi" raporlarının hazırlanması hükmü getirilmiştir. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı temel olarak Avrupa Tek Senedi, Maastricht Anlaşması, AB Çevre Eylem Planları ilkelerine uyumlu şekilde hazırlanmıştır. Sonraki Beş Yıllık Kalkınma Planlarında temel olarak AB ile uyum politikası ele alınmış ve bu yönde politikalar geliştirilmiştir.

ÇEVRE EĞİTİMİ

Çevre eğitiminin temel amacı; çevre ve ilişkili sağlık problemlerini bilen ve bunlara ilişkin endişe duyan, gerektiğinde toplumsal faaliyetlerde aktif rol alabilen bireyler yetiştirmek, bu kişilerin çevresel problemin çözümüne yönelik bireysel veya toplumsal olarak bilgi, tutum, davranış geliştirmesi ve harekete geçmesini sağlamaktır. Çevreye yönelik bilgilendirme tek başına çevre eğitimi değildir. Çevreye yönelik bilgilendirmede bireylere çevre hakkında bilgiler verilir, ancak bilinçli karar verme, gerektiğinde problemlere çözüm önerisi getirme becerisi hedeflenmez. Çevre eğitimi bireylerde bir davranış değişikliğini hedefler. Çevre ve çevresel sorunlar hakkında edinilen bilginin karar verme sürecinde kullanılması, sorunların çözümüne yönelik bireysel ve toplumsal olarak harekete geçilmesi istenir (NAAEE, 2004).

Çevre eğitimi tek bir yaş grubu, toplumun bir kesimi ya da belli coğrafik bölgeler için değildir. Her yaş grubu ve toplumun üyesi her birey için çevre eğitimi gereklidir. Katılımcıların niteliklerine, maruz kaldıkları ya da kalabilecekleri risklere göre eğitim içeriği belirlenmelidir. Çevre eğitimine yönelik hazırlanan programlarda, uygun eğitim materyalleri kullanılarak katılımcıların çevreye yönelik gözlem, araştırma, deney aracılığı ile aktif katılımı sağlanmalıdır. Katılımcılarda davranış değişikliğini hedef alan, kalıcı öğretim stratejileri uygulanmalıdır. Eğitim programlarında müfredat en güncel bilgi ve verilere dayandırılmalı, katılımcıların eğitim sonrası kazanımları test edilmelidir. Sonuçlara göre müfredat iyileştirmeleri yapılmalıdır. Çevre eğitiminin hedeflerinden birisi de, çevreye ilişkin bilgiyi uygun kaynaklarda arayabilme, bilgileri kıyaslayabilme, hatalı veya yanlış bilgiyi eleleyebilme ve doğru kararı verebilme becerisinin kazandırılmasıdır (NAAEE, 2004).

Katılımcılara eğitim sürecinde özgürce düşüncelerini ifade etme fırsatı verilmeli, çevre ve çevresel sorunlara yönelik eğilimleri belirlenmeli, olayları gerektiğinde eleştirel bir bakış açısı ile değerlendirebilme davranışı kazanmaları sağlanmalıdır. Çevre sorunlarını sadece bölgesel ya da ulusal değil, küresel düzeyde değerlendirebilme, potansiyel tehlikeleri önceden tahmin edebilme, çok sektörlü çözüm önerileri getirebilme becerisi kazandırılmalıdır. Katılımcıların, çevre sorunlarını çevresel etkiler, sağlık etkileri, ekonomik göstergeler ve sosyal denge açılarından değerlendirebilmeleri sağlanmalıdır (NSTA, 2022; EPA, 2022).

ÇEVRE SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI

Çevre sağlığı okuryazarlığı, çevre okuryazarlığı, ekolojik okuryazarlık, eko okuryazarlık terimleri, insanların çevreye yönelik bilgi, beceri ve davranışlarını değerlendirip geliştirmeyi hedefleyen, birbirine yakın, çoğunlukla eşanlamli kullanılan, ancak bazı ufak farklılıklar içeren terimlerdir.

Okuryazarlık: En kaba tabir ile okuma ve yazma becerisidir. Son dönemde eğitimde yaşanan gelişmeler neticesinde, okuryazarlık terimi; okuma yazma becerisinin ötesinde, okuyup yazdığını anlayabilme, bunu bilinçli kararlar vermek için kullanabilme, toplumu etkileyen sorunlara karşı harekete geçebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Genel bir terim olup hemen her alan için kullanılabilir. Sağlık okuryazarlığı bunun bir alt başlığıdır. Bilimin ve teknolojinin gelişmesi ve değişen ihtiyaçlar, farklı alt başlıkları da gündeme getirmektedir.

Sağlık Okuryazarlığı: Sağlığın korunması ve sürdürülmesi için kişinin kendi sağlığıyla ilgili bilgilere ulaşması, bu bilgileri anlayıp yorumlaması ve bu bilgiler ışığında sağlıkla ilgili bilinçli kararlar verebilmesi için gerekli olan zihinsel ve sosyal becerileri olarak tanımlanmaktadır.

Bilim okuryazarlığı: Bilimsel çalışmalar, deneyler, araştırmalar neticesinde elde edilen bilginin, birey ve toplumun bilinçli karar verebilmesi amacıyla kullanımudur. Bireyin çocukluk çağından itibaren bilimsel araştırmalar yapabilme, yapılan araştırmalarda elde edilen verileri okuyabilme, ihtiyaç duyulduğunda yazabilme ve bu bilgiyi anlayıp değerlendirebilme becerisidir. Bu kapsamda ilköğretim çağından itibaren eğitim müfredatı, öğrencilere, bilim okuryazarı olacak beceriyi kazandıracak formatta olmalıdır. Bilim okuryazarlığı, çevre okuryazarlığı için de bir gerekliliktir.

Çevre Okuryazarlığı: Çevre eğitimi ile iç içe bir terimdir. Çevre eğitiminin temel amacı çevre okuryazarlığıdır. Çevre okuryazarlığı çevreyi değerlendirebilme, sorunlara ilişkin bilinçli kararlar alabilme, çevre ile uyumlu sistemler geliştirebilme yeteneğidir. Çevre ve sorunlarına ilişkin duyarlılık kazanma, endişe duyma, çevreyi koruma ve sorumlu davranış geliştirme alışkanlığıdır (McBride et al, 2013). Çevre okuryazarlığı ekolojik bilgi, sosyo-politik bilgi, çevre sorunları, etkilenme, bilişsel beceriler ve sorumlu davranışlar olarak altı temel komponent içerir (Srbínovská et al, 2010).

Ekolojik Okuryazarlık: Dünya üzerinde canlı yaşamına ortam sağlayan doğal mekanizmaları bilme, ekosistemi ve ilkelerini tanıma, canlı yaşamı için gerekli olan ekosistemleri koruma, bu konuda bilinçli kararlar verebilme, endişe duyma ve savunucu olma becerisidir. Çevreyi insani değerler ve aksiyon ile çözülmesi gereken sorunlar zinciri olarak gören çevre okuryazarlığının aksine, ekolojik okuryazarlık bilinçli karar verebilmek için çevrenin iyi tanınması gerektiğini vurgular. Çevrenin tanınması, düzenli gözlemler, deneyler, araştırmalar, analizler ve ölçümler sayesinde olur (McBride et al, 2013).

Eko Okuryazarlık: Sürdürülebilir insan toplulukları fikrine odaklanan ve eğitim sisteminin bu yönde yeni baştan yapılandırılmasını savunan bir fikir akımı olarak gelişmiştir. Eko okuryazarlık, ekosistemin yapılanma ilkeleri ve bu ilkelerin sürdürülebilir insan toplulukları oluşturmak amacıyla kullanılması, kaynakların bu yönde değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir (McBride et al, 2013).

Çevre Sağlığı Okuryazarlığı: Kısaca bireyin, sağlığı etkileyebilecek çevresel maruziyetler konusunda bilinçli seçimler yapma ve konuyla ilgili topluluk ve kamu politikası tartışmalarına katılım sağlama kapasitesi olarak tanımlanabilir (Lindsey et al, 2021; Finn ve O’Fallon, 2017).

Başlangıçta çevresel maruziyetler ile sağlık arasındaki bağlantının nasıl anlaşıldığına odaklanan çevre sağlığı okuryazarlığı, yetişkin okuryazarlığı, sosyokültürel teori ve toplum temelli katılımcı araştırma yöntemleri sayesinde biraz daha farklı bir yaklaşım kazanmıştır. Bugün çevre sağlığı okuryazarlığı; yetişkin okuryazarlığı, bilim okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı ve halk sağlığı okuryazarlığı ile birlikte değerlendirilmektedir (Gray ve Lindsey, 2019).

Çevre sağlığı okuryazarlığının temel basamağı çevresel riskler ve sağlık arasındaki ilişkiyi bilmektir. Riski önlemeye yönelik toplumsal hareketin başlaması ve sonuca ulaşması ise ulaşılmak istenen noktadır. Çevresel maruziyetlerden kaçınmak ve hastalık risklerini en aza indirmek için atılacak her bir adım kişiyi ve dolayısı ile toplumu daha sağlıklı yapacaktır.

Çevre sağlığı okuryazarlığı, çevre sağlığı, sağlık okuryazarlığı, risk iletişimi gibi alanların temel unsurlarının birleştiği yeni bir alt disiplin olarak kabul edilmektedir. Çevre sağlığı okuryazarlığı bireyin ve toplumun çevresel faktörlere ilişkin bilinç düzeyinin geliştirmesini hedefler. Hastalık yönetiminden ziyade halk sağlığı üzerine kurgulanmıştır. Mevcut çevresel verileri kullanarak, insanları kendi sağlıkları konusunda bilgi ve becerilerini geliştirme ve karar almaya yönlendiren yeni bir yaklaşımdır (Finn ve O’Fallon, 2017). Çevre sağlığı okuryazarlığı, insanların çevreyi tanıması, çevresel riskleri öğrenmesi, bunun için araştırmalar yapması, çevreyi koruması, çevresel riskleri azaltıcı faaliyetleri bilmesi ve riski azaltmak için bilinçli seçimler yapması için gerekli bilgi ve becerileri geliştirme sürecidir (Zhao et al, 2022).

Sağlık okuryazarlığı üzerine çok sayıda çalışma yapılmakla birlikte, çevre sağlığı okuryazarlığı konusunda yapılan çalışma sayısı çok azdır. Son yıllarda çevre sağlığı okuryazarlığını tanımlamaya, düzeyini ölçmeye ve geliştirmeye yönelik çalışma sayısında bir miktar artış vardır. Bu çalışmaların bir kısmı çevresel salınımlar ve sağlık ilişkisini göstermeye yönelik çalışmalardır. Çalışmaların çoğu pestisitler, hava kirliliği, su kirliliği, ağır metaller gibi spesifik çevre sağlığı sorunlarına yöneliktir. Az sayıda çalışma çevre sağlığı okuryazarlığına ilişkin yapılan müdahalelerin sonuçlarını değerlendirmeye yöneliktir. Çevre sağlığı okuryazarlığı ölçme araçlarının geliştirilmesi ve validasyonu konusunda ise çok az sayıda çalışma vardır (Maureen et al, 2019).

Çevre sağlığı okuryazarlığının temeli çevre, çevresel salınımlar ve sağlık etkilerine ilişkin bireysel ve toplumsal farkındalığa ve bilgi düzeyine dayanır. Bu farkındalığı ve bilgi düzeyini artırmak tüm yaş gruplarında ve toplumun her kesiminde, uygun içerik ve süre ile verilecek çevre eğitimi ile mümkündür. Farkındalık ve bilgi düzeyi, bilgiyi uygun yerde arama, bilinçli karar verme ve öz yeterlilik becerilerinin kazandırılmasıyla toplumsal değişime, çevresel salınımları önlemeye ve sağlığı korumaya yönelik harekete geçmeye dönüşecektir.

Farkındalık boyutu bazen toplumsal olarak sorun oluşturan tek bir riske karşı artmış olabilir. Bu durum dönemsel olarak riski ortadan kaldırmaya yeterli olacaktır. Ancak bu tarz bir farkındalık, diğer risk faktörlerinin göz ardı edilmesine neden olacak ve istenen sağlık etkisi sağlanamayacaktır. Bireysel ve toplumsal farkındalık ve bilgi düzeyinin, hava kirliliği, iklim değişikliği, içme kullanma sularında arsenik varlığı gibi tek bir sorun yerine genel olarak tüm çevresel salınımlara ve sağlık etkilerine yönelik artırılması çevre eğitiminin ve çevre sağlığı okuryazarlığının temel hedefi olmalıdır.

Çevresel risklere ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalığı oluşmuş bireyler, ihtiyaç duyduğu bilgiyi uygun kaynaklarda arama, bilginin doğruluğunu ve bilimselliğini teyit edebilme, bilgileri kıyaslayabilme, anlama ve toplumsal karar süreçlerine katılabilme becerisi kazandıkları takdirde öz yeterlilikten söz edilebilir. Öz yeterlilik kazanıldığında bireysel ve toplumsal olarak çevresel risklerden korunma ve sağlık etkilerini azaltmaya yönelik adım atılabilir. Bu adım bazen iç ortam hava kirliliğinin azaltılmasına yönelik bireysel olarak evlerde önlemlerin alınması, bazen de içme kullanma sularının arsenikten temizlenmesi için arıtma tesisi kurulması ya da yeni içme kullanma suyu kaynağı arayışı gibi toplumsal adım şeklinde olabilir.

Öz yeterlilik kazanmış bireyler, bilgi ve becerilerini harekete geçirdiğinde toplumsal değişim başlar. Çevresel maruziyeti ortadan kaldırmak, sağlığı iyileştirmek için atılan adımlar, yaşam alanlarının iyileştirilmesi, sağlıklı davranış alışkanlıkları geliştirme gibi bireysel adımlar, ya da sivil toplum kuruluşları aracılığı ile düzeltici faaliyetler gerçekleştirme, kamuyu harekete geçirmek amacıyla toplumsal eylemler yapma şeklinde toplumsal adımlar olabilir.

Çevre sağlığı okuryazarlığı dinamik bir süreçtir. Boyutlarının her bir aşamasının takip edilmesi, elde edilen çıktıların ölçülmesi ve analiz edilmesi, analiz sonuçlarına göre gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Her bir aşama için hedef kitlenin tanınması, sosyokültürel yapısına, algı düzeyine uygun ölçeklerin geliştirilmesi, validasyonu, uygulanması, sonuçların değerlendirilmesi,

ulusal ve uluslararası verilerle kıyaslanması önemlidir. Bu süreç eğitim, bilim, çevre ve sağlık başta olmak üzere birçok alanın birlikte ve koordine çalışması gereken karmaşık, zor ve uzun bir süreçtir.

Çevre sağlığı okuryazarlığı bugün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler açısından gittikçe artan bir öneme sahiptir. Sanayileşme ile birlikte gelişen teknolojiler yeni talepleri, bu talepler yeni sanayi tesislerini gündeme getirmektedir. Bu kaosa artan trafik sorunları, gürültü kirliliği, artan nüfus, gıda sorunları, konut sorunları gibi çevresel faktörler eklenmektedir. Bu sorunlarla baş etmenin en önemli yöntemi toplumun okuryazarlığıdır.

Toplum okuryazarlığının önemli bileşenlerinden biri uygun bilgiye ulaşmaktır. Kamu bilgi kaynaklarının eksik ve yanlış bilgi verebileceği endişesi, bireyleri sosyal medya, internet, yazılı ve görsel medya kaynaklarına yöneltmiştir. Bazen bu haber kaynakları toplumsal endişeyi iyice artıran gerçek dışı haberler sunabilmektedir. Kamu yönetiminin sanayileşme, ekonomik gelişme, artan taleplere cevap verebilme endişesi ve sağlık arasında sıkıştığı durumlarda, toplumu ve kamuyu uygun şekilde yönlendirecek, tarafsız, halk sağlığını ön planda tutan ancak teknolojik ve ekonomik gelişmeyi göz ardı etmeyen, taleplere uygun çözüm önerileri de getirebilen bilgi kaynaklarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kaynaklar bazen akademik camia olabileceği gibi bazen de bir sivil toplum kuruluşu olabilir.

Çevre sağlığı okuryazarlığını ortaya çıkaran ve geliştiren çok farklı bileşen vardır. Bunlardan biri “risk iletişimi”dir. Sanayi devrimi ile birlikte artan çevresel riski anlatmak için “Silent Spring” filmi gösterime girmiştir. Film ile oluşan farkındalık yasal düzenlemeleri, bilimsel çalışmaları, analizleri ve teknolojik gelişmeleri getirmiştir. Bilimsel çalışma sonuçları sağlık risklerini ortaya koyunca bunu, uygun iletişim teknikleri ile hedef kitlenin kültürel değerlerine uygun şekilde paylaşma ihtiyacı doğmuştur. Başlangıçta bir sağlık okuryazarlığı kavramı şeklinde iken sonrasında gereksinimler farklı okuryazarlık gruplandırmalarını ve beraberinde de çevre sağlığı okuryazarlığını geliştirmiştir (Finn ve O’Fallon, 2017). Sadece “Silent Spring” değil, sonrasında “Açlık Oyunları”, “Mad Max”, “2012” gibi çevre tahribatının ya da nükleer kazaların etkilerini gösteren filmlerin yanı sıra kitaplar, dergiler de kültürel bağlamda çevre sağlığı okuryazarlığının gelişimine katkı sağlamıştır.

Avrupa Çevre Ajansı (EEA), Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı (EPA), Türkiye Çevre Ajansı Başkanlığı gibi birçok kamu kurumun yanı sıra Greenpeace, The Global Experience, Dünya Doğayı Koruma Vakfı (WWF), BirdLife International, Dünya Doğayı ve Doğal Kaynakları Koruma Birliği (IUCN), Uluslararası Organik Tarım Hareketleri Federasyonu (IFOAM), Küresel Biyoçeşitlilik Danışma Tesisi (GBIF) gibi uluslararası sivil toplum kuruluşları da küresel düzeyde çevre sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Ülkemizde ise Türkiye Erozyonla Mücadele, Ağaçlandırma ve Doğal Varlıkları Koruma Vakfı (TEMA), Çevre Koruma ve Ambalaj Atıkları Değerlendirme Vakfı (ÇEVKO), Doğa Derneği, Çevre ve Kültür Değerlerini Koruma ve Tanıtma Vakfı (ÇEKÜL), Deniz Temiz Derneği (TURMEPA) gibi sivil toplum kuruluşları çevre sağlığı okuryazarlığının gelişmesi, çevresel risklerin azaltılması ve halk sağlığının korunması için gayret göstermektedir.

Çevre sağlığı okuryazarlığının önemli bir diğer bileşeni ise bilimsel destektir. Su, toprak, gıda gibi

çevresel faktörlere ilişkin analizlerin yapılması, analiz sonuçlarının değerlendirilerek tespit edilen sorunlara yönelik gerekli önleyici ve düzeltici faaliyetlerin gerçekleştirilmesi adına yapılan bilimsel araştırmalar kıymetlidir. Diğer taraftan dış ortam hava kalitesinin düzenli olarak ölçülüp, sonuçlarının halk ile paylaşılması, çevre sağlığı okuryazarlığı ve toplum katılımının artırılmasını sağlamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çevre sağlığı okuryazarlığı, çevrenin tanınması, çevresel risklerin bilinmesi, bunların azaltılarak sağlığın korunması için bilinçli kararlar verilip harekete geçilmesi ve gelecek nesillere daha sağlıklı bir yaşam alanı bırakılması adına önemli bir alandır. Çok farklı uzmanlık dallarının birlikte ve koordine hareket etmesi gereken bu alanda yapılacak her bir çalışmanın en büyük çıktısı elbette sağlıkla ilgili olacaktır.

Birey ve toplumda davranış değişikliğini hedefleyen çevre eğitimi, farkındalık çalışmaları, bilimsel araştırmalar, bilginin paylaşımı ve müdahale etme çevre sağlığı okuryazarlığının başlıca aşamalarıdır. Bu kapsamda ilkokul düzeyinden itibaren etkin bir eğitim verilmesi, başta pestisitler, hava kirliliği, su kirliliği gibi çevresel faktörler olmak üzere birçok alanda toplumun kolayca ulaşabileceği web siteleri, sosyal medya uygulamaları, akıllı telefon uygulamalarının hayata geçirilmesi, bilimsel araştırma ve analiz sonuçlarının paylaşılması okuryazarlık düzeyinin artırılmasında faydalı olacaktır.

Çevresel risklere yönelik proaktif bir yaklaşımın benimsenmesi, yani riskin ortaya çıkmadan önce bertaraf edilmesi, her zaman için risklere bağlı hastalıkları tedavi etmekten daha ekonomiktir. Çevrenin korunması da ancak toplumu oluşturan bireylerin çevre sağlığı okuryazarı olması ile mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Carson, R. (1962). Silent Spring. Houghton Mifflin Company.
2. DSÖ, (2022a). Environmental health impacts. <https://www.who.int/activities/environmental-health-impacts>. ET: 03.03.2022.
3. Güler, Ç. Akın, L. (2015). Halk Sağlığı Temel Bilgiler 2, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2015. ISBN: 978-975-481-344-6. s 540-574.
4. Finn, S., O'Fallon, L. (2017). The emergence of environmental health literacy--from its roots to its future potential. Environmental Health Perspectives, 125(4):495.
5. Gray, K.M., Lindsey M. (2019). Measuring Environmental Health Literacy (Finn S., O'Fallon L. Ed). Environmental Health Literacy. Springer, Cham. pp. 19-43. https://doi.org/10.1007/978-3-319-94108-0_2.
6. Lindsey, M., Chen, SR., Ben, R., Manoogian, M., Spradlin, J. (2021). Defining Environmental Health Literacy. Int. J. Environ. Res. Public Health. 18, 11626. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111626>
7. Maureen, Y., Lichtveld, MY., Covert, HH., Sherman, M., Shankar, A., Wicklie, JK., Alcalá, CS. (2019). Scales of General Environmental Health and Environmental Media-Specific Knowledge, Attitudes and Behaviors. Int. J. Environ. Res. Public Health.

8. North American Association for Environmental Education (NAAEE). (2004) Excellence in environmental education: guidelines for learning (K-12). NAAEE, Washington, D.C., USA. pp.1.
9. National Science Teaching Association (NSTA). (2022) Environmental Education. <https://www.nsta.org/nstas-official-positions/environmental-education>. ET: 01.03.2022.
10. Paudel, U., Adhikari, SR., Pant, KP. (2020). Economics of environmental effects on health: A methodological review based on epidemiological information. Environmental and Sustainability Indicators 5. 100020 <https://doi.org/10.1016/j.indic.2020.100020>.
11. Pimentel, D., Burgess M. (2014). Environmental and Economic Costs of the Application of Pesticides Primarily in the United States. (Pimentel D., Peshin R. Ed) Integrated Pest Management. Springer, Dordrecht. ss 47-71 https://doi.org/10.1007/978-94-007-7796-5_2.
12. Prüss-Ustün, A., Wolf, J., Corvalán, C., Bos, R., Neira, M. (2016). Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. Geneva: World Health Organization. pp: xii.
13. Srbinovskia M., Erdogan, M., Ismailia, M. (2010). Environmental literacy in the science education curriculum in Macedonia and Turkey. Procedia Social and Behavioral Sciences 2. 4528-4532. doi:10.1016/j.sbspro.2010.03.725.
14. UNDP. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı. <https://www.undp.org/turkey>. ET:16.05.2022
15. Walton, H., Dajnak, D., Beevers, S., Williams, M., Watkiss, P., Hunt, A. (2015). Understanding the Health Impacts of Air Pollution in London. King's College London. pp:8-17.
16. Yin, H., Brauer, M., Zhang, J., Cai, W., Navrud, S., Burnett, R., et al. (2021). Population ageing and deaths attributable to ambient PM2.5 pollution: a global analysis of economic cost. The Lancet Planetary Health. 5/6. pp. 356-367. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00131-5](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00131-5).
17. Zhao, Y., Sheng, Y., Zhou, J., Wang, H., Chilufya, MM., Liu, X., Mohamed, AO., Han, J., Qu, C. (2022). Influencing factors of residents' environmental health literacy in Shaanxi province, China: a cross-sectional study. BMC Public Health. 22:114 <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12561-x>.

EKO-İLETİŞİM

Prof. Dr. Cengiz Türe

Eskişehir Teknik Üniversitesi, Fen Fakültesi, Biyoloji Bölümü, Ekoloji Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye
cture@eskisehir.edu.tr

Özet

Ekoloji ve çevre sorunları konusunda ortaya konulan bilgilerin uygulamaya geçmesi sadece araştırmaların bilimsel değerine bağlı değil, aynı zamanda, onları topluma, politika yapıcılara ve kullanıcılarına duyuracak iletişim kanallarına da bağlıdır. Bu kanalların başında “eko-iletişim” olarak adlandırabileceğimiz iletişim alanı gelmektedir. Çünkü, yaşamsal olarak bağlı olduğumuz ekosistemlerin ve çevrenin gözetimi, tüm toplumlarda, iletişimin temel işlevlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada, en tutkulu ekoloji ve çevre savunucularından, en şiddetli muhaliflerine kadar herkes için bir faaliyet alanı olabilen ve gerçek anlamda profesyonel iletişimcilerin yarattığı eko-iletişim konusunun; özellikleri, kapsamı ve sosyo-ekolojik farkındalığa olan etkileri tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bilim, İletişim, Çevre, Ekoloji, Farkındalık Medya, Toplum

ECO-COMUNICATION

Abstract

The implementation of the knowledge on ecology and environmental issues depends not only on the scientific value of the research, but also on the communication channels that will announce them to the society, policy makers and users. At the beginning of these channels is the field of communication that we can call “eco-communication”. Because the surveillance of ecosystems and the environment on which we are vitally dependent is accepted as one of the basic functions of communication in all societies. In this study, the subject of eco-communication, which can be an activity for everyone from the most passionate ecology and environmental advocates to the fiercest opponents, and created by truly professional communicators; characteristics, scope and effects on socio-ecological awareness are discussed.

Keywords: Awareness, Communication, Ecology, Environment, Media, Science, Society

Giriş

Ekoloji bilgisi teknik anlamda küresel olarak ekoloji ve çevre sorunlarının giderilmesi amacıyla kullanılırken, bu konuda toplumsal bir bilincin oluşturulmasında da büyük bir önem taşımaktadır. Başta küresel ısınma ve iklim değişikliği olmak üzere tüm ekolojik/çevresel sorunlar ile mücadelenin kazanılması; önce bireylerin, sonrada toplumların farkındalık düzeyinin artmasıyla doğru orantılıdır. Çünkü tüm doğa elemanları yaşamsal olarak önemli olmakla birlikte, etik olarak da evrensel bir değere sahiptirler.

İnsanlık, hiçbir döneminde güvenilir bilgilere ve onları açıklama gücüne bilim dışında erişememiştir. Ancak, bilim insanları ile uzmanlar tarafından bu konuda yapılan binlerce araştırma ve etkinlik bulunmasına rağmen, ekolojik ve çevresel sorunlar konusunda insanların farkındalıklarının yeterince arttığını söylemek oldukça güçtür. O halde, bilimsel olarak kanıtlanmış ve etkileri giderek artan bu sorunlar konusundaki bilgiler ve çabalar neden yeterince etkili bir toplumsal algı yaratamıyor? Bu algının yaratılmasında medya daha etkili bir rol üstlenebilir mi? Bu süreçte medya mensuplarının ekoloji ve çevre konusunda özelleşmeleri ne kadar önemlidir? İşte bu sorulara verilecek olan yanıtların tartışılması bu sunumun temel amacını oluşturmaktadır.

1. Kavramsal Olarak Ekoloji ve İletişim

İnsanlık uygarlık tarihi boyunca varlığını, doğada gerçekleşen ekolojik olayları anlamlandırabilme ve ona uygun yaşam stratejileri geliştirebilme yeteneğine borçludur. Böylece, insan topluluklarının sosyal ve ekonomik gelişmeleri büyük ölçüde doğal ekosistemlerden yararlanabilme yeteneklerine bağlı olarak gelişmiştir. Ancak günümüze kadar doğada var olan ekolojik ve çevresel süreçleri tüketerek insanlığın sağladığı sosyo-ekonomik gelişimin ekosistemler üzerindeki olumsuz etkileri insanlığa sosyo-ekolojik bir boyut kazandırmıştır.

Ortaya çıkan bu durum, varlıktan bilgiye, barınmadan beslenmeye, bilgidен ahlaka, estetikten etiğe ve ekonomiden siyasete kadar çok çeşitli alanlarda bir anlayış değişikliğini gündeme getirerek Birleşmiş Milletler tarafından küresel boyutta “Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarını” gündeme getirmiştir.

Bu süreç, bir taraftan ekoloji ve çevre bilgisinin önemini daha da arttırırken diğer yandan bu bilginin toplum nezdinde yayılmasını ve yeni bir sosyo-kültürel anlayışa dönüşmesini gerektirmektedir.

Bu dönüşüm için en önemli faktörlerin başında ise; ekoloji ve çevre bilimlerinin ürettiği kanıta dayalı bilgileri dikkate alarak yapılan ve kısaca “**eko-iletişim**” olarak adlandırabileceğimiz iletişim alanı gelmektedir.

Bu iletişim alanı hem ekolojik ve çevresel sorunları hem de doğayla olan ilişkilerimiz hakkında kişilerarası, grup, kamu ve örgütsel boyutu olan sosyal tartışmaları da içermektedir. Eko-iletişim en tutkulu çevre savunucularından ekolojik korumanın en şiddetli muhaliflerine kadar herkesin üstlenebileceği bir faaliyet olabildiği gibi, gerçek anlamda profesyonel iletişimcilerin yarattığı bir uygulama alanıdır.

1.1. Çevreyi Ekoloji Sanmak

Çevre ve ekoloji kavramları birbiri ile yakından ilişkili ilkeler olduğu için çoğu zaman aynı olduğu düşüncesiyle karıştırılmaktadır. Buna ilgili iletişim konuların işlendiği alanın “*çevre iletişimi*” olarak adlandırılması da dahildir. Fakat ikisi de kapsamı bakımından birbirinden oldukça farklı kavramlardır. Sırası gelmişken bu iki kavramın kapsamlarının netleştirilmesinin yararlı olacağı kanısındayım.

Çevre; “fiziksel, kimyasal ve biyolojik olarak farklı ekolojik faktörlerin etkisi altında bulunan canlı

ve cansız varlıkları içeren sınırlı bir ortam ve ekolojik bir alt birim olarak tanımlanırken, Ekoloji; “tüm canlı türlerinin ve topluluklarının hem kendi aralarındaki hem de çevreleriyle olan ilişkilerini ve etkileşimlerini tek tek veya birlikte inceleyen bilim dalıdır”.

Örneğin, tanımlanmış bir çevrede insan etkisiyle ortaya çıkan kirlik faktörlerinin belirlenmesi ve o çevrede doğal olarak var olan fiziksel, kimyasal ve biyolojik faktörleri etkileme düzeyleri bir haberin çevre boyutunu oluştururken, o çevredeki değişimin canlıların ölümü, verimsizleşmesi, göç etmesi veya ekosistemin cansız öğeleri olan havanın, suyun ve toprağın yaşamı destekleme özelliğini yitirmesi ekoloji kapsamlı bir haberdir.

Bu nedenledir ki; metin içerisinde yaygın olarak kullandığım “*çevre iletişimi*” terimi yerine her iki terimi birlikte içeren “*ekoloji ve çevre iletişimi*” terimlerini kullanmayı tercih ettim. Ayrıca, çevre kavramının ekolojinin bir alt küme olması nedeniyle; hem eksik bulduğum “*çevre iletişimi*” hem de doğru bulduğum “*ekoloji ve çevre iletişimi*” yerine bütüncül anlamda “*eko-iletişim*” ifadesinin kullanımının yaygınlaşmasının yerinde olacağını düşünüyorum.

2. Eko-İletişime Genel Bir Bakış

Dünya da giderek artan ekolojik bozulmalar ve çevresel sorunlar karşısında çözüm üretmek ve önlemler almak adına sosyal bilimlerin çatısı altında, iletişim bilimi ve medya çalışmaları içerisinde yapılan araştırmaları eko-iletişim başlığı altında değerlendirilmiştir. Bu nedenle, eko-iletişiminin temelinde ekosistemlere ve çevreye ilişkin güncel gelişmelerin, faaliyetlerin ve sorunların topluma bilimsel temele dayalı ve doğru bir şekilde dayandırılarak aktarılması yatmaktadır. Bu yönüyle eko-iletişim temelli medya faaliyetleri, ekolojik ve çevresel sorunlara toplumun ve politika yapıcıların dikkatini çekme konusunda için merkezi bir konumdadır.

Zira, ekoloji ve çevre sorunları konusunda ortaya konulan bilgilerin uygulamaya geçmesi sadece araştırmaların bilimsel değerine bağlı değil, aynı zamanda, onları topluma, politika yapıcılara ve kullanıcılarına duyuracak iletişim kanallarına da bağlıdır.

Çoğunlukla doğa ile etkileşimin azaldığı kentlerde yaşayan günümüz toplumunda, ekoloji ile çevre algısının ve duyarlılığının oluşmasında medya etkili bir rol oynamaktadır. Çünkü, bu konularının TV, radyo, gazete, dergi sosyal medya vb. gibi medya araçlarında işlenme ve sunum biçimi izleyicilerin ekoloji ve çevre algılarını oluşturmada önemlidir.

İlgili literatürlere bağlı olarak eko-iletişiminde dikkate alınması gereken temel noktaları şöyle özetleyebiliriz:

- Eko-iletişim, ekoloji ve çevre bilimleri için önemlidir; günümüzde ekoloji bilincine sahip ve sağlıklı bir çevreciliğin temelinde eko-iletişim vardır.
- Eko-iletişimi pragmatiktir; çevresel problemleri çözmek için eğitir, uyarır, ikna eder, yardım eder ve harekete geçirir.

- Eko-iletişimi yapıcıdır; ekolojik ve çevre sorunlarını bireylerin anlayabilmesi için iletileri onların anlayabileceği şekilde oluşturmakta ve inşa etmektedir.
- Medyadaki çevre yayınlarının hazırlanış ve sunumunda kullanılan dramatik öğeler, bilimsel ve kurumsal referanslar, çatışan tarafların görüşleri, sorunların güncelliği, somut çözüm önerileri, felaket senaryosu yaklaşımı gibi değişkenler içeriğin etkin ve akılda kalıcı olmasını belirlemektedir.
- Ekolojik ve çevresel farkındalık yaratma konusunda, özellikle “örneğin gücünü” kullanmak, önemli ölçüde katkı sağlayabilmektedir.
- Eko-iletişimcinin iletişim alanındaki yeterliliğinin yanı sıra ekoloji ve çevre konularında iyi bir okuryazar ve entelektüel derinliğe sahip olması önemlidir.

3. Eko-İletişimi Sınırlandıran Faktörler

Eko-iletişimi sınırlandıran faktörleri maddeler halinde şöyle açıklayabiliriz:

- Günümüzde ekoloji ve çevre temalı haberler medyada daha sık karşımıza çıkmakla birlikte, bu haberler, alana ilişkin medyada çalışanların uzmanlaşmasının yetersiz olmasından dolayı ekosisteme ve çevreye ilişkin sorunların çözümünde katılımcılığı arttırma, eleştirel düşünme ve kamuoyu oluşturma bakımından bazı yetersizlikler de yaşanmaktadır. Dolayısıyla, eko-iletişimci ekoloji ve çevre ile ilgili temel ve spesifik konulara hâkim olmanın yanında, bu bilgileri habercilik pratikleri ile bağdaştıran bir uzmanlık alanına sahip olmalıdır. Çünkü, bu konularının TV, radyo, gazete, dergi sosyal medya vb. gibi medya araçlarında işlenme ve sunum biçimi izleyicilerin ekoloji ve çevre algılarının oluşturulması bakımından çok önemlidir. Bunun için de ya iletişimci olup sonradan çevre ve ekoloji hakkında temel bilgileri kazanmak veya ekoloji ve çevreyle ilgili bilimlerde uzman olup sonradan iletişim yeterliklerini kazanmış olmak gerekir.
- Ekolojik/çevresel sorunların, medya tarafından toplum nezdinde objektif olarak ortaya konulmasını istemeyen baskın grupların baskıları ve bunun sonucunda medyanın bu baskın grupların avantajına statükoyu korumak ve pekiştirmek için etkin bir şekilde işlev göstermek zorunda kalabilmeleridir.
- Ticari güdümlü çıkarların sahip olduğu bir medya kuruluşu tarafından ekolojik ve çevresel konuların, nadiren “haber değeri” verilmesi.
- Kıyasıya yapılan medya rekabetinin yayıncıları daha fazla sosyal ve eğlendirici programlara yönlendirirken ekolojik ve çevre içerikli programları sınırlandırmaları. Yayın yasağı getirilen televizyonlar için yayınlanması zorunlu ve cezalandırıcı programlar içinde yer almaları.
- Felaket ve sansasyonel düzeyde olmadıkça nadiren “manşet” olarak kabul edilen ekoloji ve çevresel problemlere yönelik tutumlar, araştırmalara dayalı eko-iletişim medyada üretilmesine engel teşkil etmesi.

- Ekoloji ve çevre aktivistlerinin, halkı eğitmek ve bilinçlendirmek için kitle iletişim araçlarınca kullanılabilecek bilgi dağıtım stratejilerini geliştirememeleri.
- Bilgi o kadar bollaştı ki, artık insanlarda haberlerin gıda gibi kirletildiğinin farkına varmaya başladılar. Bu durum, toplumun habere karşı güven duyması ve duyarlılığının artması için eko-iletişimcinin, bilgi selinin içinden gerçek haberleri seçip çıkarma konusunda sınırlarını zorlamasını gerektirmektedir.

Sonuç

İnsan faaliyetlerini eko-sürdürülebilirlik ile senkronize etme ve insan yaşamını doğaya yeniden yerleştirme arayışının insan toplumu için acil bir konu olduğu bir gerçektir. Bu kapsamda, yaşamsal olarak bağlı olduğumuz ekosistemlerin ve çevrenin gözetimi, tüm toplumlarda iletişimin temel işlevlerinden biri olarak kabul edilmektedir.

Çünkü, zamanımızın ekolojik ve çevresel zorluklarına dair sürekli ve daha net bir anlayışa sahip olan gerçek bir eko-iletişim anlayışı, toplumda sosyo-ekolojik farkındalığın gelişimine önemli katkılar sağlayabilmektedir.

Ekolojik ve çevresel bilimsel kanıtlara dayalı gerçek bir eko-iletişim; etik, şeffaflık veya meşruluk gibi anahtar kavramları da dikkate alarak hem özünde hem de mesaj biçiminde sürdürülebilir kalkınma ilkelerini bütünleştirerek ekolojik, çevresel ve sosyal etkileri dikkate alan bir iletişim biçimidir. Yeter ki; eko-iletişim pazarlama, reklamcılık, halkla ilişkiler vb. adına “yeşil yıkama” tuzaklarından kaçınan bir mesaj/haber iletme çabasını ortaya koyabilsin.

Kaynaklar

1. Akman Yücel, B. (2018). Türkiye’de Ulusal Basında Çevre Haberciliği Üzerine Eleştirel Bir İnceleme. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İletişim Bilimleri Anabilim Dalı.
2. Audouin, A., Courtois, A., & Rambaud-Paquin, A. (2009). La Communication Responsable. Eyrolles, Éditions d’Organisation.
3. Burgess, J., Harrison, C. M., & Filius, P. (1998). Environmental Communication and The Cultural Politics of Environmental Citizenship. *Environment and Planning A*, 30(8), 1445-1460.
4. Caron, R. M., & Serrell, N. (2009). Community Ecology and Capacity: Keys to Progressing The Environmental Communication of Wicked Problems. *Applied Environmental Education and Communication*, 8(3-4), 195-203.
5. Carvalho, A. (2009). Communication for Sustainable Policy: Connecting Science, Society and Government. *Science for Environment Policy: Environmental Communication*.
6. Dağlı, N. (2012). Haber Üretim Sürecinde “Bireysel Yarar/Toplumsal Yarar” Çelişkisi: Türkiye’de Çevre Haberi Yazan Gazeteciler Örneği. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 2012(34), 83-97.
7. Dahlan, M. A. (1994). Expanding the Role of Media in Environmental Protection. *Media Asia*, 21(3), 157-163.

8. Demirel, S. D. (2019). Türkiye’de Yazılı Basında Çıkan Çevre Haberleri Üzerine Bir Değerlendirme. *Social Sciences*, 14(1), 93-104.
9. Erdoğan, İ. (2007). Türkiye’de Gazetecilik ve Bilim İletişimi, Yapısal Özellikler, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, GÜ İletişim Araştırmaları Merkezi Kırkinci Yıl Kitaplığı No: 7.
10. Eryılmaz, Ç. (2017). Çevresel Medya İçeriklerinin İnşası: National Geographic Türkiye Dergisi Örneği. *Folklor/Edebiyat*, 23(91), 125-142.
11. Hansen, A. (2018). *Environment, Media and Communication*. Routledge.
12. Jharotia, A. K. (2018). Role of Media in Enhancement of Environmental Awareness. *Tecnia Institute of Advanced Studies, GGSIP University, Delhi*.
13. Khan, A. (2016). Media’s Support in Promoting Environment Awareness. *International Journal of Scientific Research And Education*, 4(8), 5588-5595.
14. Magno, F. A. (1996). Media and Environmental Change. *Peace Review*, 8(1), 41-47.
15. Mikami, S., Takeshita, T., & Kawabata, M. (1999). Influence of the Mass Media on The Public Awareness of Global Environmental Issues in Japan. *Asian Geographer*, 18(1-2), 87-97.
16. Ors, F. (2012). Environmental Education and The Role of Media in Environmental Education in Turkey. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 46, 1339-1342.
17. Östman, J. (2014). The Influence Of Media Use On Environmental Engagement: A Political Socialization Approach. *Environmental Communication*, 8(1), 92-109.
18. Pocock, M. J., Tweddle, J. C., Savage, J., Robinson, L. D., & Roy, H. E. (2017). The Diversity and Evolution of Ecological and Environmental Citizen Science. *Plos One*, 12(4), E0172579.
19. Poivre-Le Lohé, Y. (2014). *De La Publicité À La Communication Responsable*. ECLM.
20. Singh, S. (2012). Environmental Concerns and Role of Media in Environment Management: A Few Possibilities. *Management Dynamics*, 12(2), 71-80.
21. Tufan, F., & Özkoçak, Y. (2012). Çevre Duyarlılığı Kazandırmada Özel Radyo Haberlerinin Rolü. *Istanbul University Journal of Communication Sciences*, (42), 91.
22. Türe, C., ve Ark. (2009). *Ekoloji (Kitap)*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını, (2009).
23. Türe, C. (2013). A Methodology to Analyse the Relations of Ecological Footprint Corresponding with Human Development Index: Eco-Sustainable Human Development Index. *International Journal of Sustainable Development & World Ecology*, 20(1), 9-19.
24. Türe, C. (2014). Küresel İklim Değişikliğinin Toplumsal Algısında Görsel Sanatların Rolü. *Sanat ve Tasarım Dergisi*, 6(6), 224-239.
25. Türe, C. (2019). Türk Devletleri’nin Eko-Sürdürülebilir İnsani Gelişim İndeksine Göre Değerlendirilmesi ve Analizi. *Uluslararası Ekonomi Siyaset İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 2(2), 58-68.
26. Türe, C., & Türe, Y. (2021). A Model For The Sustainability Assessment Based on The Human Development Index in Districts of Megacity Istanbul (Turkey). *Environment, Development and Sustainability*, 23(3), 3623-3637.

27. Türe, C. (2022). Architectural Design Based on Carbon Footprint for Sustainable Cities. City Health Journal, 3(1).
28. Türe, C. (2022). Tarih Boyunca Sanatta Biyomorfik Etkiler: Anadolu'da Bir Çınar: Prof. Dr. Erol Altınsapan'a 60. Yaş Armağan Kitabı, Sf: 475-480, Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 4268, Eskişehir.
29. Weder, F., & Milstein, T. (2021). Revolutionaries Needed! Environmental Communication As a Transformative Discipline. In the Handbook of International Trends in Environmental Communication (Pp. 407-419). Routledge.
30. Zhang, N., & Skoric, M. M. (2018). Media Use and Environmental Engagement: Examining Differential Gains from News Media and Social Media. International Journal of Communication, 12, 24.

İKLİM OKURYAZARLIĞI

Prof. Dr. E. Didem Evcı Kiraz

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

ORCID ID: 0000-0003-0090-5590

İklim değişikliğinin elle tutulur, hissedilir, yaşamları değiştirir ve en önemlisi geri dönüşü olmayan sonuçlar yaratır hale gelmesiyle birlikte, iklimi anlama telaşı başlamıştır. Halbuki, 900 yıllardan itibaren alışılmadık düzeyde ısınmanın geleceğe yansımaları tartışılmaya başlanmıştır. Jean-Baptiste Fourier, Dünya'yı normalden daha sıcak tutabilecek atmosferik etkiyi, günümüzde kullanılan sera etkisi benzetmesini, ilk kullanan kişi olarak kabul edilmektedir (1). 1827'de Fourier'in açıklamalarından sonra, 1863'de John Tyndall, su buharının sera gazı olabileceğini belirtmektedir (2). “1896'da Svante Arrhenius, fosil yakıt tüketiminin küresel etkilerinin olacağını belirtmiş, ancak kimse inanmamıştır. Eğer bu yaklaşım dikkate alınmış olsaydı; 1979 yılında gerçekleşen Birinci Dünya İklim Konferansı'nda, iklimin

sağlık etkileri gündemin ilk maddesi olabilirdi.”(3). 1990'da iklim taraflarının ilk bilimsel raporu yayınlanmıştır (4). Hükümetlerarası İklim Değişikliği Paneli (IPCC)'nin ilk raporu, gezegenin 0,5°C ısındığını göstermiştir. IPCC, artan sera gazı emisyonlarını durdurmanın önemini ve işbirliği ihtiyacını dile getirmiştir.

IPCC ve tarafların bir araya geldiği konferans serileri (COP) iklim okuryazarlığının teknik ve bilimsel ayağını oluşturmaktadır. Tüm bu etkinliklerin sosyal medya ayağı da oluşmuştur. Teknik ve bilimsel raporların analizlerini konuşturmak yanı sıra, sosyal medyanın da analizi ile toplumun okuryazarlık düzeyi tespit edilebilir. Şu an yapılmaya çalışılan iklim okuryazarlığı ölçümlerinde kullanılan araçlar ve metodoloji farklı olduğu için, küresel, bölgesel, ülke ve şehir düzeyinde karşılaştırmalı bir sonuç vermek zordur. Ancak, “Dünya iklim okuryazarı değildir” demek yalan olmaz (5).

Bir halk sağlığı doktoru olarak, iklim okuryazarlığı düzeyi yerine “iklim sağlık okuryazarlığı” düzeyinin belirlenmesinin ve izlemeye alınmasının önemli olduğunu vurgulamak isterim. İklim değişikliğinin etkileriyle baş etme yöntemleri olarak “ikiz eylem” tanımlanmıştır: azaltım (mitigation) ve uyum (adaptation) (6). Azaltım “sera gazı yutaklarını geliştirmeye veya bu gazlara yol açan kaynakları azaltmaya yönelik insan müdahalesi”; uyum “var olan ya da beklenen iklime ve bunun etkilerine yönelik uyum sağlama süreci”dir. İklim okuryazarları azaltımı daha rahat anlayabilmekte, tanımlayabilmekte ve mücadele unsuru olarak görebilmektedir. Uyum tarafı biraz daha karmaşıktır. İklim okuryazarları arasında “uyum alt okuryazarlık düzeyi” ölçmek gerekse, azaltıma göre daha düşük olduğu görülecektir. Uyumun merkezinde sağlık yer almaktadır. İklim değişikliğinin olumsuz etkileri halk sağlığını etkileyecektir. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin yeterli düzeyde olmadığı toplumlarda bu etki daha güçlü hissedilecektir, hassasiyeti yüksek toplumlar haline dönüşeceklerdir. Halkın “iklim sağlık okuryazarlığı” düzeyine bağlı olarak da, iklim değişikliğinin etkilerine ve mücadele yöntemlerine uyum kapasitesi daha düşük olacaktır. Hassasiyet ve uyum kapasitesi birlikte analiz edilerek, toplumun “etkilenebilirlik” düzeyi hesaplanabilir.

İklim, sağlık, sağlığın iklim değişikliğinden korunması, erken uyarı, hızlı yanıt verme, olayı yönetme, olaylar geçtikten sonra hızla sağlıklı ve güvenli yaşam ortamlarını inşa etme ve yaşama devam etme kapasitesini “iklim sağlık okuryazarlığı”nı geliştirerek arttırmak mümkündür. Kapasitesi arttırılacak olan hedef kitle, toplumun tümüdür. Toplumun tümünü aşağıdaki göstergelerle ele almak mümkündür (Tablo 1).

Tablo 1. İklim Sağlık Okuryazarlığı Tespitinin ve İzlenmesinin Yapılacağı Hedef Kitleyi Belirleyen Göstergeler, Prof.E.Didem Evcı Kiraz, 2021

Gösterge	Açıklama
Nüfus	İklim sinyallerinin etkisi tüm nüfusu etkileyecektir
Nüfus yoğunluğu	
Çocuk nüfus	0-14 yaş
Yaşlı nüfus	65+ yaş
5 yaş altı nüfus	0-4 yaş
Sadece kadın nüfustan oluşan hane sayısı	
Sadece 65+ nüfustan oluşan hane sayısı	
Kıyı şeridinde yaşayan nüfus	
Tarım ve deniz ürünleri sektöründe işsizler	
Güvenilir içme suyuna erişenler	
Kanalizasyon şebekesine sahip olanlar	
Kentte yaşayanlar	Nüfusun yoğun olduğu ve çevresel faktörler dahil olmak üzere, insan eliyle oluşturulan çevrelerin kümülatif etkilerinin daha fazla insan sağlığını tehdit ettiği yerleşim alanları kentlerdir.
Kırda yaşayanlar	İklim değişikliği sinyaline ve bölgede sağlık hizmetleri modelinin hizmet kapsama alanına göre kırsal bölge dikkatle değerlendirmelidir.
Yaşlı Bağımlılık Oranı	“15-64” yaş grubundaki her 100 kişi için “65 ve üzeri” yaş grubundaki kişi sayısı
Çocuk Bağımlılık Oranı	“15-64” yaş grubundaki her 100 kişi için “0-14” yaş grubundaki kişi sayısı
15-49 yaş kadın nüfus	Sağlığın sosyal belirleyicisi olan “yaşama sağlıklı başlamak” için değerlendirmeye alınır üreme çağındaki kadınların sayısı arttıkça toplum hassasiyeti artar
Sosyal hizmet uzmanı	
Sağlık hizmeti sunulan yer ve sunanlar	İnsan kaynağı+sağlık tesisleri+bütçe+iklime duyarlı strateji+iklime duyarlı bilgi sistemleri’nden oluşur.
Liderler	İklim Eylem Planlarında «sağlık» bölümü ve/veya yerel sağlık iklim uyum planları hazırlayanlar

İklim okuryazarlığı müdahaleleri arasında yer alan farkındalığın arttırılması ve eğitim ile toplum ilgisi ve iklim değişikliğine yönelik korunma, önlem, geliştirme talebi arttırılabilir. Burada çok ince bir çizgi olduğu unutulmamalıdır. Talebi arttırınca, arzın da artmış olması, tatmin edici düzeyde var olması ve erişilebilir olması şarttır. Yüksek iklim okuryazarlığı düzeyine sahip toplumlarda, arzı

sağlayan insan gücü ve arzın maliyeti karşılanamazsa, sürdürülebilir modeller üretilmediyse sorunlar yaşanabilir. Azaltım ve uyum gibi iklim değişikliği ile mücadelede yer alan tüm mekanizmaların birlikte işletilmesinde yarar vardır.

İklim okuryazarlığı çalışmalarını başlatmak için eğitimcilerin eğitilmesi, eğitimcilerin eğitime yönelik müfredatın geliştirilmesi gereklidir. Eğitim dili, iklim değişikliği ile ilgili disiplinler ve sektörler için ortak bir dil olmalıdır. Toplumun ortak dili sağlıktır. Sağlık merkeze konmalı, her politika sağlıkla başlamalıdır.

Kaynaklar

1. Fleming, James. (1999). Joseph Fourier, the 'greenhouse effect', and the quest for a universal theory of terrestrial temperatures. *Endeavour*. 23. 72-75. 10.1016/S0160-9327(99)01210-7.
2. Britannica (erişim: 06.09.2022). John Tyndall, Irish physicist <https://www.britannica.com/biography/John-Tyndall>.
3. Evcı Kiraz, E.D. (2022). İklim Değişikliğinin Sağlık Etkilerinin Yükü. M. Bulut ve C. Korkut (Eds). *Döngüsel Ekonomi ve Sürdürülebilir Hayat* (s. 339-358). Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları. DOI: 10.53478/TUBA.978-605-2249-97-0.ch13
4. IPCC, History of the IPCC, <https://www.ipcc.ch/about/history/>, erişim: 06.09.2022.
5. Allianz (2021). Allianz Research Allianz Climate Literacy Survey: Time To Leave Climate Neverland. file:///C:/Users/Dell/Desktop/1ocak2022denbaslar/ileti%C5%9Fimkongresi2022/literat%C3%BCr/2021_10_27_Climate-literacy.pdf, erişim: 06.09.2022.
6. İklimi Duy, Terimler Sözlüğü, İklim Değişikliğine Uyum Konusunda Kurumsal Kapasitenin Geliştirilmesi Eğitim Projesi, https://www.iklimiduy.org/wp-content/uploads/2021/09/iklim_glossary.pdf, erişim: 06.09.2022.

SAĞLIKTA ŞİDDETİN HUKUKİ BOYUTU

Arb. Av. Özgün Lale Çavuşoğlu

Değerli hocalarım kıymetli meslektaşlarım öncelikle hepiniz hoş geldiniz.

Sağlık personeli olarak en çok hangi suçların mağduru olduğumuzla başlamak isterim. Edindiğim tecrübeye göre suçları sıklığına göre sıralarsak en çok hakaret ve tehdit suçlarının mağduru oluyoruz. Hastanelerin yerle bir edildiği olaylar olduğu gibi, bazen şahsi telefon vb. eşyalarımızın kırılması ile bizde doğrudan mala zarar verme suçunun mağduru olabiliyoruz. Daha da ileri boyutta öldürme ve yaralama suçlarının mağduru olabiliyoruz.

Kamuoyunda, sağlıkta şiddet yasası olarak anılan 2020 yılındaki düzenlemeye bir bakalım. Düzenleme ile, kasten yaralama, tehdit, hakaret ve görevi yaptırmamak için direnme suçların ceza kanununa göre cezası belirlendikten sonra, bu suçların sağlık personeline karşı işlenmesi halinde, belirlenen cezanın !yarı oranında artırılacağı!, !erteleme hükümlerinin uygulanmayacağı! kaydedilmiştir.

Kamu görevlisine hakaret, yaralama ya da öldürme suçu normalden daha ağır ceza gerektirir. Düzenleme öncesi devlette çalışan sağlık personeline hakaret özelde çalışana göre daha ağır cezayı gerektiriyordu. Bu düzenleme ile özelde çalışan personelinde bu suçların mağduru olması halinde !kamu görevlisi sayılacağı! Düzenlenmiştir.

Peki bir şiddet olayıyla karşılaştığınızda ne yapacağız? İlk iş savcılığa ya da adli kolluğa şikayet ediyoruz. Aynı anda Beyaz Kod da verebilirsiniz. Ama kurumunuz bildirim yapana kadar, deliller kaybolabiliyor. Örnek: Kamera kayıtları siliniyor, tanıkların belirlenmesi, tanıkların olayın oluş şeklini hatırlaması zorlaşıyor. Deliller eksiksiz toplanmadığında, suçun sabit olduğu yani şiddet tam olarak ispat edilemediği için, şüpheden sanık yaralanır ilkesi gereğince, saldırgan beraat edebiliyor. Bu ceza hukukunun genel ilkelerinden biridir. Deriz ki; masum bir gün dahi haksız yere mahkum olacağına bin suçlu cezasız kalsın.

Biliyorsunuz Alo 113 Beyaz kod hattı. Özelde veya devlette çalışmanız fark etmez arayabilirsiniz. Tavsiyem bu aramayı yapmadan önce kısa bir süre sakinleşin ve diyeceklerinizi kronolojik olarak toparlayın. Çünkü görüşmeler kayıt altında. İleride bu kayıtlar mahkemede delil olarak kullanılabilir. Telefondaki ifadelerinizde ileride çelişki olması şüphe doğması halinde, yine sanık şüpheden yararlanabilir.

Beyaz kod verdiniz bu şikayeti ve akabindeki davayı, sağlık personeli olarak takip etmek zorunluluğunuz yok. İsterseniz takip edebilir açılan davaya katılabilirsiniz. Ama siz takip etmeseniz de, kamu adına soruşturma devam eder. Katılmanızın faydası olayı yaşayan ve detaylara hakim olan siz olduğunuz için yargılamada eksik kalan ya da dikkate alınmayan hususlara yönelik sizin katılan olarak itiraz etme hakkınız olur.

Beyaz Kod verdik. Hemen orada bulunan olaya şahit olan meslektaşlarınız ya da özellikle 3. Taraf başka hastalar ile tutanak tutulması önemli. Kim, kime, ne dedi, kim duydu, nerede dedi, önce kim başlattı boşluk bırakılmaması önemli. Varsa kamera kayıtlarını bir cd veya usb içine yedeklenmesi ve tutanağa eklenmesi önemli. Malumunuz kamera kayıtları bir süre sonra siliniyor. Burada dikkat kamuya açık alanda sizde kayıt alabilirsiniz. Sizin çektiğiniz görüntüler varsa sosyal medyada hele de kişiyi hedef gösterecek beyanlar ile yayınlamayın, sadece adli makamlar ile paylaşın.

Sağlık personeline karşı işlenen başta saydığım suçların bildirimi zorunludur. Şikayetçi olmasanız bile kurumunuzca adli mercilere iletilir. Ya da ihbar yoluyla adli merciler durumu öğrendikleri takdirde soruşturma başlatır. Olayın olduğu kurumda yöneticiyseniz dikkat, size bildirilen ya da beyaz kod verilen suç olayını adli mercilere ihbar sorumluluğunuz var. Eğer bildirmezseniz, bu da ileride suçu bildirmeme veya görevi ihmal suçu olarak karşınıza çıkabilir.

Görüyoruz ki “aman kim uğraşacak” “adliyeye karakola kim gidip gelecek, “ diye düşünüp bildirimde bulunamayabiliyoruz. Sağlık personeli olarak, mağdur ya da tanık fark etmez, ifadelerimiz kolluk tarafından çalıştığımız kurumda alınır. Bazen sağlık personeli olduğunuz gözden kaçırılıp, ifade için karakola çağrılabilirsiniz. Geçtiğimiz aylarda görevi sırasında şiddete uğrayan bir doktor; ifadesinin hastanede alınmadığını başhekim ve il sağlık müdürünün araya girerek ifadesinin hastanede alınmasını sağladıklarını paylaştı sosyal medyada gündem oldu. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek Madde 12 bu konuda çok açıktır. kolluk tarafından İfadelerinizin görev yaptığınız sağlık kuruluşunda alınması gerekir. Aksine bir uygulama ile karşılaştığınızda polise mutlaka bu konuyu hatırlatın. Düzenleme yeni ve maalesef ceza kanununda değil sağlık hizmetleri temel kanununda yapıldığı için uygulamada aksaklıklar olabiliyor.

Şiddete uğradığınızda tedaviden çekilme hakkınız var evet. Aman dikkat yerinize bakabilecek başka bir sağlık personeli olması kaydıyla. Hele hele hasta acilse.

Sağlık bakanlığına bağlı bir kuruluştaki çalışıyorsanız, sadece ceza davanızla sınırlı, bakanlık tarafından “ücretsiz” avukat desteği alabilirsiniz. Şayet uğradığınız şiddet sebebiyle tazminat davası açmak isterseniz, bakanlık bu konuda avukat desteği vermez. Ölüm halinde, personel yakınları da, hukuki yardım talebinde bulunabilir. Üniversite hastaneleri bu kapsamda değil maalesef. Düzenlemeye göre bu yardımdan stajyer veya intörnler yararlanamaz. Hukuki yardımın detayları için bu slayttaki mevzuatı inceleyebilirsiniz.

Doğru bilinen yanlışlara değinelim birazda: Sağlıkta şiddette hapis cezası verilse bile erteleniyor. Şayet bir kişiye Sağlık personeline karşı kasten yaralama, tehdit, hakaret Görevi Yaptırmamak İçin Direnme suçlarından ceza verilmişse 2020 yılındaki düzenleme uyarınca ertelenmez.

Bir diğer yanlış sağlıkta şiddette ceza verilmiyor, hapis cezası verilse bile suçlular hapis yatmıyor. Hukukun sanığın duruşma tutanaklarına yansıyan olumsuz bir davranışı ve bilinen olumsuz bir kişilik özelliği yoksa, hakim sanığın yeniden suç işlemeyeceği kanaatine varırsa, mağdurun zararının giderilmesi gibi bir takım özel Şartların da olması halinde 2 yıl veya daha az süreli hapis cezasında

hükümün açıklanmasının geri bırakılması kararı kısaca hagb kararı verilebilir ve sanık 5 yıllık denetime tabi tutulur.

HAGB kararı nedir? Kişi 5 yıl boyunca kasten bir suç işlemez yükümlülüklerini yerine getirirse, hüküm ortadan kaldırılır. Yargılanan kişi davadan önceki hukuki durumuna geri döner. Nedir bunun anlamı “bak bir suç işlemişsin sana 1 yıl 3 ay ceza verdim ama bu cezayı açıklamıyorum şayet 5 yıl boyunca kasten bir suç işlemezsen dava düşecek adli siciline işlenmeyecek.” demektir

Yani HAGB verildi demek, suçlu salıverildi demek değildir. HAGB denetimli bir şekilde sanığa verilen ikinci bir şanstır. Düşünün 5 yıl boyunca dikkat etmeniz trafikte bile tartışmamanız gerektiğini aksi halde önceki suçla birlikte ceza alabileceğinizi artık biliyorsunuz.

Sadece bu da değil. Kişinin herhangi bir suçtan hüküm giymiş olmasına çeşitli kanunlarda bir takım sonuçlar bağlanmıştır. Sağlık personelinin en sık mağdur olduğu hakaret, tehdit, yaralama suçları kasten işlenebilen suçlardır. Bu suçlardan bir yıldan fazla hapis cezasına mahkum olanlara ya da değişik zamanlarda işlediği ikiden fazla suçtan dolayı mahkum olanlara “silah ruhsatı verilmez.” Varsa ruhsatı iptal edilir.

Yine Kasten işlenen bir suçtan dolayı 1 yıl veya daha fazla süreyle hapis cezasına mahkum olan kişi memuriyete kabul edilemez şayet memursa görevine son verilir.

Yani sağlıkçıya şiddet uygulayan kişinin hapse girmemesi HAGB verilmesi ceza verilmediği anlamına gelmez, Saldırgan memursa, hagb kararı açıklanırsa memuriyetinin yanacağını bilir. Memur değilse bir daha memur olamayacağı korkusunu yaşar, ya da bugün size hakaret eden kişinin, yarın bir hiddet anında bir başka meslektaşınızı çekip vuracağı silahı yanında elinin altında olmaz. Bu sebeple, küçük büyük demeyin, size karşı işlenen suç hakkında beyaz kod verin, adli mercilere bildirilmesini sağlayın. Dosyanızı takip edin. Burada medyanın da sorumluluğu büyük. Yapılan yanlış haberler ve medya popülist başlıkları nedeniyle, hiç suç işlememiş, HAGB kararı nedir bilmeyen vatandaş zannediyor ki, döverim asarım keserim, nasıl olsa bir şey olmuyor haberlerde sağlıkçıya şiddet uygulayana ceza verilmiyor salıveriliyor diyor.

Bugün size sopayla saldıran şahıs belki de sizden önce, başka bir meslektaşınıza hakaret etmesine rağmen beyaz kod verilmemiş ya da adli mercilere bildirilmemiş bir şahıstı ve belki zamanında şikayet edilseydi hagb kararı da olsa bugün size saldırırken iki kere düşünecek nasılsa bir şey olmuyor diyemeyecekti.

Kısa kısa suçlara ve her suçla ilgili bildirim sırasında nelere dikkat edeceğinize değinip bitireceğim.

Kanun kamu görevlisine hakaret suçunun cezasının 1 yıldan az olamayacağını düzenlemiş. Hakaretin alenen işlenmesi halinde de cezanın artırılacağını kaydetmiş. Hakaret suçu için önemli olan bir husus kişi size nerde hakaret etti. Çünkü herkesin izinsizce gelip geçtiği bir yerde hakaret daha ağır cezayı gerektirir. Mesela kişi size muayene odasında hakaret etti. Muayene odası herkesin izin almadan bulunabildiği bir yer olmadığı için aleniyet unsuru oluşmadı. Ama kişi size

hastanenin bahçesinde ya da acil servisin koridorunda hakaret etti artık aleniyet unsuru oluştu ve daha ağır cezayı gerektirir. Tutanağa yazın. Olay bahçede oldu. Olay acil servisin koridorunda oldu.

Peki neler hakaret sayılır? Küfür ve sövme, eşek, köpek gibi hayvan isimleriyle hitap, kişinin mevcut bir fiziksel ya da psikolojik durumuna vurgu yapmak. Örn: Kekeleyerek konuşan birine Allah'ın kekemesi demek Sadece sözle değil yazı mimik el hareketi ile de hakaret suçu işlenebilir. Sadece orta parmağın kaldırılarak gösterilmesi gibi. Tutanağa açıkça yazın bana şunu dedi ya da şu hareketi yaptı.

- Yargıtay'ın kimi cümleleri serzeniş veya rahatsız edici, kaba ve nezaket dışı hitap tarzı niteliğinde olduğunu belirttiği ve ifade özgürlüğü içerisinde değerlendirdiğini görüyoruz.
- Örneğin bir Yargıtay kararında “*kalsın muayene olmuyorum, **bu ne biçim doktor, bunu kim koymuş buraya, bunda doktor kılığı yok***” şeklindeki ifadeler bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sanığın mağdura yönelttiği sözlerin, mağdurun onur, şeref ve saygınlığını rencide edici boyutta olmayıp, rahatsız edici, kaba ve nezaket dışı davranış - ağır eleştiri niteliğinde olduğu belirtilmiş ve hakaret olarak kabul edilmemiş.
- Terbiyesiz, edepsiz, yalancı, lan, ulan gibi sözler kaba ve nezaketsiz sözler olarak nitelendirilir hakaret suçu oluşmaz.
- Allah belanı versin gibi beddua niteliğindeki sözler hakaret olarak değil, yaratıcıdan bir temenni olarak nitelendiriliyor. Suç oluşmuyor.

Çok sık karşılaşmasak da bazen sağlık personelinin hasta ve yakınlarıyla girdiği tartışma sırasında sarf ettiği bazı amacı aşabilen sözler, personeli haklı iken haksız konuma düşürebiliyor ve verilecek cezada olayın oluş şekline göre haksız tahrik hükmü tartışılarak indirime gidilebiliyor. Örnek:

“...sanığın, bir hafta önce müşteki sağlık personelinin davranışları nedeniyle eşinin baygınlık geçirdiğini, bir hafta sonra sonuçları göstermek için gittiklerinde müşteki sağlık personelinin içeride hasta olması nedeniyle “çıkın dışarı” şeklinde ters davranışlarda bulunduğu, eşinin kullandığı ilaçları hatırlamadığını belirtmesi üzerine “siz ne biçim hastasınız kullandığınız ilaçları dahi bilmiyorsunuz” demesini mahkeme haksız tahrik yönünden dikkate almış ve sanığın cezasında indirime gitmiştir.

Söylenen sözlerin öncelik sonralık sırası da önemli, Sizde karşılığında hakaret etmeniz olayın oluş şekline göre indirim sebebi sayılabilir ya da hakim ceza vermektan vazgeçebilir.

Örnek bir başka karar. Devlet hastanesinde çocuk hastadan kan almak için hemşireler uğraşiyor alamıyorlar bu sırada çocuğun ağlamaya başlaması üzerine kan alması için başka bir hemşire çağırılıyor, sanık **çocuğunun ağladığını ve kan alnamadığını öğrenmesi üzerine hemşireye «sen sus, seni sinkaf ederim»** diyor. hemşirenin üzerine yürüyor araya başkaları girip sanığı uzaklaştırıyorlar. Beyaz kod verilmiş.

Yerel mahkeme hakaret suçunun oluştuğunu tespit edip, Çocuğun kolundan kan alınamamasını da haksız tahrik olarak sayıp cezada indirime gitmiş 7 ay 23 gün ceza vermişti. İstinaf mahkemesinin

kararında kamu personeline hakaret suçunun sabit olduğu, yerel mahkeme kararının aksine **sanığın çocuğundan kan alma işleminin başarısız olmasının sanık lehine haksız tahrik oluşturmayacağı ifade edildi ve haksız tahrik indirimi yapılamayacağı kaydedildi.** suçun kan alma biriminde yani aleni işlendiği de göz önünde bulundurularak cezada artırım uygulandı 11 ay 20 gün hapis cezası verildi. Bu kararı Yargıtay nasıl değerlendirecek bilemiyorum. Kanın tek seferde alınamaması elbette ki tıbbi bir hata değildir. Hastaya haksız bir davranış hatalı bir müdahale yoksa bunun haksız tahrik olarak değerlendirilmesi mümkün değil. ***İstinaf*** kararı bence yerinde bir karar.

Tehdit suçu ile devam edelim.

Tehdit suçunda kamu personeli olmak cezanın ağırlaştırılmasını gerektirir bir hal olarak sayılmamış ama sağlık personeli tehdit de 2020 yılı düzenlemesine göre ceza yarı oranında artırılır. Bakın burada sağlık personeli lehine ek bir düzenleme yapılmış

Burada tehdit suçunun nitelikli hallerini, yani kanunda daha fazla ceza gerektiren hallerini görüyoruz. Sağlık personeline karşı en çok rastlanılan silahla veya birden fazla kişi tarafından birlikte tehdit. Bu nitelikli hallerde siz şikayet etmeseniz bile re'sen soruşturulur. Bu nitelikli halleri bilelim ki, olay anında tutacağımız tutanaklarda veya beyaz kod verirken telefondaki ifadelerimizde, varsa bu durumları özellikle belirtelim. “

Kasten yaralama

Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle işlenmesi halinde ceza yarı oranında artırılır.

Silahla yaralama cezada artırımı ve alt sınırdan uzaklaşmayı gerektirir. Peki silahla yaralama sayılması için illa tabanca ya da bıçak mı olması lazım hayır, masada bulunan küllük, vazo vs. ya da cebinizdeki kalem gibi tüm eşyalar adam yaralama amacıyla kullanıldıkları takdirde silah olarak kabul edilir. Bunu da mutlaka tutanağa yazın bana küllükle vurdu, yangın tüpünü fırlattı...

Yine 2020 yılındaki düzenlemeye göre kasten yaralama suçu sağlık personeline karşı işlenmesi halinde tutuklama nedeni varsayılan suçlar arasına dahil edilmiş ve tutuklamanın önü yasal olarak açılmış kolaylaştırılmıştır. **Mayıs 2022 yılında yapılan son değişiklik ile bu madde Sağlık Hizmetleri temel kanunundan çıkartılıp ceza muhakemesi kanunu 100. maddesine eklenmiştir.)**

TCK MADDE 62 DE YAPILAN DÜZENLEME: (Ek cümle:12/5/2022-7406/1 md.) Ancak failin duruşmadaki mahkemeyi etkilemeye yönelik şekli tutum ve davranışları, takdiri indirim nedeni olarak dikkate alınmaz. Takdiri indirim nedenleri kararda gerekçeleriyle gösterilir.⁽

Kasten öldürme suçunun cezası müebbet haptir

Suçun Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle işlenmesi halinde, kişi ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılır

Doktor Ersin Aslan'ın 2012 yılında göğsünden ve karnından bıçaklayarak öldüren 17 yaşındaki sanığa 24 yıl hapis cezası verilmiştir. Burada detayları bilemiyorum ama sanıyorum ki cezanın ağırlaştırılmış müebbet olmamasında sanığın yaşıda etkili.

Şiddetin sadece ceza sorumluluğu yok. Tazminat boyutuda var. Bu noktada da haklarınızı arayın. Hakaret Tehdit Mala zarar verme Kasten yaralama Kasten öldürme suçları sebebiyle maddi ve manevi tazminat davası açılabilir. Zararlarınızı tazmin edebilirsiniz. Mesela yaralandınız, hastane masrafları, iş gücü kaybı yada kazanç kayıplarınız, yaşadığınız psikolojik etkiler sebebiyle manevi tazminat ya da bu sebeple psikiyatrik destek almak zorunda kaldınız bu konudaki harcamalarınız talep edilebilir. Ölüm halinde kişinin yakınları da bu davayı açabilir. Destekten yoksun kalma tazminatı manevi tazminat talebinde bulunabilir. Kimler hangi kalemlere ilişkin tazminat talep edebilir olay özelinde daha da detaylandırılır diyerek sunumumu tamamlıyorum. Mümkün olduğunca özet ve kanun metinlerinden ziyade sağlık personeli için pratik bilgilerle uygulamaya dönük anlatmaya çalıştım hiçbir meslektaşımın bu bilgilere ihtiyacı olmamasını dilerim.

KADINA YÖNELİK ŞİDDET VE MÜCADELEDE MAĞDURLARLA İLETİŞİM

Av. Seda Bulut

Ankara Barosu Gelincik Merkezi, Gelincik Merkezi Başkan Yardımcısı

Gelincik Merkezinde çalışma usulü;

Ankara Barosu'nun projesi olan Gelincik projesi; 2 Nisan 2011 tarihinde toplumda özellikle kadına uygulanan şiddeti önlemeye gönüllü Ankara Barosu tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Ankara Barosu kadına ve çocuğa yönelik şiddetin artması sonucu toplumsal sorumluluk üstlenerek bu projeyi başlatmıştır. Şiddetle mücadelede, şiddete uğrayan bireyle iletişimden, acil müdahaleye, davaların takibine kadar ayrı bir uzmanlık alanı olduğundan yasalara ve uluslararası mevzuata hakim eğitilmiş avukatlar eliyle takibi ve ciddi bir gönüllülük esası ile gelincik merkezinde çalışmaktayız.

Gelincik projesinin amacı; Şiddete uğramış hedef kitlenin yani, öncelikle kadın olmak üzere, çocuk, LGBTİ bireyler, bakıma muhtaç yaşlı ve engellilere karşı uygulanan fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddet sonucu bireylere hukuki yardım yapmak ve şiddetin önlenmesi konusunda farkındalık yaratmak ve buna ilişkin verileri tutarak önleyici tedbirler alınmasına ilişkin kurumlarla görüşmeler sağlamaktır.

Temel hak ve özgürlüklerinin korunmasına; bunun için hak arama özgürlüklerinin en üst düzeyde yaşama geçirilmesini sağlamaya çalışır. Mağdurlara hukuki yardımda bulunur. Ayrıca sosyal ve psikolojik destek de verir.

Avukatlar toplumsal cinsiyet, Adli Yardım, CMK 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, Medeni Kanun ve Ceza Kanunu ve uygulamaları, Uluslararası Mevzuat, Mağdur kadınla iletişim eğitimleri almakta, bu eğitimler yasa değişiklikleri olduğunda ve rutin olarak yenilenmektedir.

Bu kapsamda gelincik merkezine ilk başvuranlar şiddet mağduru öncelikle kadın olmak üzere, çocuk, LGBTİ bireyler, bakıma muhtaç yaşlı ve engelliler olmaktadır. Karşılaşılan bireyler fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddet ile karşılaşmış olduklarından hukuki kapsamda yardımcı olabilmek adına öncelikli olarak bireyler ile doğru şekilde iletişim kurulması gerekmektedir.

Bu iletişim tekniklerine geçmeden önce şiddetin tanımı ile başlamak istiyorum. Şiddet; güç ve baskı uygulayarak insanların bedensel ve ruhsal açıdan zarar görmesine neden olan bireysel ve toplu hareketlerin tümü olarak tanımlayabiliriz.

6284 Sayılı Ailenin Korunması Ve Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'un 2. Maddesinde ise şiddeti ev içi şiddet ve şiddet olmak üzere ikiye ayırmıştır. Kanun maddesi düzenlemesinde her ne kadar ev içi şiddet olarak belirtilmiş olsa dahi şiddet mağdur, şiddet uygulayanla aynı haneyi

paylaşmasa da aile veya hanede ya da aile mensubu sayılan diğer kişiler arasında meydana gelen her türlü fiziksel, psikolojik ve ekonomik şiddeti kapsamaktadır.

Şiddet mağduru bireyler üzerinde şiddetin kısa ve uzun vadeli etkileri bulunmaktadır. Şiddet mağduru bireyler üzerinde şiddetin kısa vadeli etkisi; Öğrenilmiş çaresizlik, günlük düşünme, gelecek algısının kaybedilmesi, depresyon, ölüm isteği, intihar, suçluluk duygusu öfke patlamaları vb. Duygular öncelikli olarak gözlemlenmektedir. Uzun süreli etkileri ise daha kalıcı ve aşılması güç olan; güvensizlik ve yakın ilişkide sorun, endişe ve panik atak, kendini algılamada bozukluk, toplum ve çevreden kopma olarak sıralayabiliriz.

Şiddete maruz kalan birey ile ilk karşılaşılın ve görüşülen gelincik merkezi olarak şiddet mağduru bireyler ile iletişim esnasında dikkat edilecek hususlar; mağdurun yaşadığı sorunların anlatılmasını onu cesaretlendirmek, tarafsız bir dil kullanmak, yargılayıcı ve suçlayıcı olmamak, öğüt vermeden, emir vermeden, ahlaki ders vermeden dinlemek, alay etmeden, nutuk çekmeden, eleştirmeden dinlemek, yorum ve analizden kaçınmak, iletişim bariyerlerini ortadan kaldırarak bireyin kendisini doğru ifade etmesi için imkan sağlamak gerekmektedir. Çünkü şiddet mağduru bireyin hissettikleri ile birlikte zaman mevhumu çoğu zaman ortadan kalkmakta ve sorunun hukuki boyutları değil de duygusal olarak ifade edilmektedir. Bireyi doğru şekilde yönlendirmek ve olayları doğru şekilde anlamak görevi ise rehber avukatlarımızın görevleri arasında kalmaktadır.

Şiddet mağduru birey ile ilk görüşme yapıldığında; Mağduru doğru bilgilendirmek ve onu ihtiyaç duyduğu kurum ve kuruluşlara yönlendirmek, hakkında alınması mümkün yasal tedbirlerin uygulanması için gerekli hukuki prosedürü işletmek gerekmektedir.

Görüşmede çok önemli bir nokta ise şiddetin önlenmesi, bir daha tekrar etmemesi ve bu yönde alınabilecek en doğru kararı mağdurun almasını sağlayarak, uygulama sürecinde kendisine destek olunmasıdır.

Görüşme esnasında etkili ve aktif dinleme yapılması gerekmektedir. Etkili dinleme olarak;

Konuşurken yüz yüze bakacak şekilde aynı seviyede olmak ve karşımızdakine doğru hafifçe eğilmek, Konuşmacıyla göz teması kurmak (onun söyledikleriyle ilgilendiğimizi gösterir),Aradaki mesafeyi ne çok uzak ne de çok yakın tutmak,Yüz ifadesinin konuşmacının söyledikleriyle tutarlılık göstermesi,Yumuşak bir ses tonu ile acele etmeden konuşmak, Kafa sallamak, gülümsemek v.b yollarla karşımızdaki kişiyi konuşmaya, kendini açmaya cesaretlendirmek, Konuşurken olumlu yaklaşmak ve karşımızdaki kişiyi küçük düşürmekten kaçınmak gerekmektedir.

Etkili dinleme yanı sıra, empatik dinleme de gerekmektedir. Ancak empatik dinlemek sadece kendimizi karşıdaki kişinin yerine koyma değildir. Empati karşımızdaki kişinin duygusunu anlamak hissetmeye çalışmaktır. Eğer şiddet mağduru bireyin ne demek istediğini anlamak istiyorsak onunla empati kurulması gerekmektedir. Bir insanla empati kurmak dünyayı onun gözünden gördüğü gözle görmeye çalışmaktır. Elbette empatik dinleme karşıdakinin hislerini olayları anlamımıza yardımcı olsa da şiddet mağduru kadınlar ile nesnel bir dinlemeye gereksinim de vardır. Empatik dinleyerek

bireyin ne demek istediğinin anlaşılmasına çalışılması ama tarafsız ve nesnel olarak da olay örgüsünün çıkarılarak bireye hukuki yardım yapılması gerekmektedir.

Dinleme esnasında aktif dinleme yapılması gerekmektedir. Bire dikkatli bir şekilde dinlenmelidir. Özetleme yapılmalı, mağdurun duygularının ve endişelerinin sizin tarafından anlaşıldığı hissi uyandırılmalıdır. Mağdura yansıtma yapılarak; mağdurun ifade ettiklerini aynı şekilde tekrar edilmesi, mağdurun kendisini rahat hissetmesine anlaşıldığını hissetmesini sağlayacaktır. Aktif iletişim esnasında sözsüz iletişim kanallarından da yararlanmak gerekmektedir, beden dili ve ses tonuna dikkat edilerek iletişimin kolaylaştırılması gerekmektedir.

Dinleme yapılırken açık ve kapalı uçlu sorular sorarak olayın aydınlatılmasına katkı sağlamamız gerekmektedir. Açık uçlu soru örnekleyecek olursak ; cevabı evet veya hayır olmayan, tek kelime ile cevap verilemeyen sorulardır. Kapalı uçlu soru; cevabı tek kelime olan sorulardır. Gerektiği yerde açık gerektiği yerde ise kapalı uçlu sorular ile mağduru yönlendirmesi yapılmalıdır.

Mağdurun yaşadıklarından dolayı iletişim kurmak da zorluklar ile karşılaşılması mümkündür.

Bu sebeple mağdurla konuşurken hem sözlü hem de bedensel olarak sabırlı olunmalıdır. Mağdurun kendini güvende hissetmediğini ve korkmakta olduğu unutulmamalıdır.

Mağdurla iletişim esnasında söylemlere çok dikkat edilmesi gerekmektedir. Örnek verecek olursak;

«nasıl hissettiğinizi anlıyorum» değil, «bunlar olduğu için üzgünüm»

«daha kötüsü olmadığı için şanslısın» değil, «bunu benimle konuştuğunuz için memnun oldum»

«sakin olun, rahatlayın» değil, «ne kadar kötü hissettiğinizi tahmin etmem mümkün değil»

«güçlü olmaya çalışın» değil «böyle hissetmeniz normal» şeklinde ifadeler kullanmak gerekir.

Sonuç ; Ankara Barosu Gelincik Merkezi olarak şiddet merkezi mağdurları ile ilk karşılaşılacak ve sorunların çözümüne yardımcı olunan bir merkez olarak görevimizi ifa etmekteyiz. Şiddet mağduru bireyleri yaşadıkları olaylar sebebi ile iletişim noktasında güç ve zorluklar ile karşılaşılması, zaman algısının kaybolması mümkündür. Bu sebeple mağdur ile doğru şekilde iletişim teknikleri kullanılması, hem bedensel hem de söz olarak sabırlı olunarak; mağdurun yalnız olmadığını hissedip, kendini ifade edeceği bir ortamın sağlanması gerekmektedir. Mağdur ile iletişim doğru şekilde yapılarak olay örgüsünün oluşturulması tespit edilmesi ve alınacak hukuki tedbirlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu anlamda ilk iletişim çok önem arz etmektedir.

KADINA YÖNELİK ŞİDDET VE MÜCADELEDE KANUN UYGULAMALARI

Av. Zeynep Tepegöz

Ankara Barosu Gelincik Merkezi, Gelincik Merkezi Başkan Yardımcısı

Konuşmaya kadına yönelik şiddetin önemi vurgulamak adına bazı rakamsal veriler ile başlamak istiyorum. Ne yazık ki Türkiye Cinsiyet Eşitliği'nde 142 ülke arasında 125. Sırada yer almaktadır. Türkiye'de her 5 kadından 2'si fiziksel şiddet görmektedir.

Şehirlerde evli kadınların %18'i, kırsalda ise %76'sı eşleri tarafından dövülüyor ve ne yazık ki bu şiddetin %57,7 si evlendikleri gün başlıyor. Aile içi suçlarda ise %90 ını kadına karşı işlenen suçlar oluşturuyor.

Sosyal devlet ilkesi gereği ise devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle kadının ve çocukların korunması ve aile planlaması öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri almak ile anayasa ile yükümlü tutulmuştur. Anayasanın 'Sosyal ve Ekonomik Hak ve Ödevler' başlıklı üçüncü bölümünün 'Ailenin Korunması' başlıklı 41. Maddesinde 'Aile, Türk toplumunun temelidir ve eşler arasında eşitliğe dayanır' amir hükmü yer almaktadır.

Ama ne yazık ki Anayasamızdaki bu açık hükme rağmen; 1998 yılına kadar ailenin gerek dış etkilere karşı gerekse kendi arasında korunması konusunda genel düzenlemeler dışında özel bir düzenleme yapılmamıştır.

14.01.1998 yılında ise 4320 sayılı 'Ailenin Korunmasına Dair Kanun' aile içi şiddeti düzenlemek amacıyla düzenlenen ilk kanundur. 6284 sayılı Ailenin Korunmasına Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun ise 2012 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu kanun şiddete uğrayan ve şiddete uğrama tehlikesi bulunan kadınların, çocukların, aile bireylerinin ve tek taraflı ısrarlı takip mağduru olan kişilerin korunması ve kişilere yönelik şiddetin önlenmesi amacına yöneliktir.

Bu kanundan bahsedecek olursak; en önemli özelliği ivedi şekilde önleyici tedbir alınmasını sağlamasıdır. Bu kanun hükmü uyarınca, şiddete uğrayan mağdurun kendisi, akrabaları, komşuları ve şiddeti gören diğer kimselerin tedbirler için masraf alınmaksızın başvuruda bulunabilirler. Bir dilekçe ile en yakın yerdeki; Cumhuriyet Başsavcılığına, Aile Mahkemesine, Karakola veya mülki amire gidilebilir.

Hakim ve Mülki Amir koruyucu tedbirleri alma yetkisine sahiptir. Mülki amire bu yetkinin verilmesi ise çok geniş kapsamlı bir ayrılalıktır. Önleyici tedbirler ise hakim tarafından alınmaktadır.

Mülki Amirden istenebilecek koruyucu tedbirlerden bahsedecek olursak;

- Kendisine ve gerekiyorsa beraberindeki çocuklara, bulunduğu yerde veya başka bir yerde uygun

barınma yeri sağlanması,

- Diğer kanunlar kapsamında yapılacak yardımlar saklı kalmak üzere, geçici maddi yardım yapılması,
- Psikolojik, meslekî, hukukî ve sosyal bakımdan rehberlik ve danışmanlık hizmeti verilmesi
- Hayatî tehlikesinin bulunması hâlinde, ilgilinin talebi üzerine veya resen geçici koruma altına alınması,
- Gerekli olması hâlinde, korunan kişinin çocukları varsa çalışma yaşamına katılımını desteklemek üzere dört ay, kişinin çalışması hâlinde ise iki aylık süre ile sınırlı olmak kaydıyla, on altı yaşından büyükler için her yıl belirlenen aylık net asgari ücret tutarının yarısını geçmemek ve belgelendirilmek kaydıyla Bakanlık bütçesinin ilgili tertibinden karşılanmak suretiyle kreş imkânının sağlanması,

Mülki amir gecikmesinde sakınca olan hallerde, bu tedbirlerden birine, birkaçına veya uygun görülecek benzer bir tedbire karar verilebilir. Burada kanun hükmünde yer alan uygun görülecek benzer bir tedbir hükmü önem arz etmektedir. Yani kanun koyucu burada alınacak Tedbirleri sınırlı sayıda saymamış somut olayın özelliklerine göre mülki amire gerekli önlemleri alması için yetki tanımıştır.

Hakimden istenebilecek koruyucu tedbir kararları ise;

- İşyerinin değiştirilmesi
- Kişinin evli olması halinde müşterek yerleşim yerinden ayrı yerleşim yeri belirlenmesi
- Türk Medeni Kanunundaki şartların varlığı halinde ve korunan kişinin talebi üzerine tapu kütüğüne aile konutu şerhi konulması
- Korunan kişi bakımından hayati tehlikenin bulunması ve bu tehlikenin önlenmesi için diğer tedbirlerin yeterli olmayacağının anlaşılması halinde ve ilgilinin aydınlatılmış rızasına dayalı olarak Tanık Koruma Kanunu hükümlerine göre kimlik ve ilgili diğer bilgi ve belgelerinin değiştirilmesi
- Şiddet mağduruna yönelik olarak şiddet tehdidi, hakaret, aşağılama veya küçük düşürmeyi içeren söz ve davranışlarda bulunmaması
- Müşterek konuttan veya bulunduğu yerden derhal uzaklaştırılması ve müşterek konutun korunan kişiye tahsis edilmesi
- Korunan kişilere, bu kişilerin bulundukları konuta, okula ve işyerine yaklaşmaması
- Çocuklarla ilgili daha önce verilmiş bir kişisel ilişki kurma kararı varsa, kişisel ilişkinin refakatçi eşliğinde yapılması, kişisel ilişkinin sınırlanması ya da tümüyle kaldırılması

- Gerekli görülmesi halinde korunan kişinin, şiddete uğramamış olsa bile yakınlarına, tanıklarına ve kişisel ilişki kurulmasına ilişkin haller saklı kalmak üzere çocuklarına yaklaşmaması
- Korunan kişinin şahsi eşyalarına ve ev eşyalarına zarar vermemesi.
- Korunan kişiyi iletişim araçlarıyla veya sair surette rahatsız etmemesi.
- Bulundurulması veya taşınmasına kanunen izin verilen silahları kolluğa teslim etmesi
- Silah taşınması zorunlu olan bir kamu görevi ifa etse bile bu görevi nedeniyle zimmetinde bulunan silahı kurumuna teslim etmesi
- Korunan kişilerin bulundukları yerlerde alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmaması ya da bu maddelerin etkisinde iken korunan kişilere ve bunların bulundukları yerlere yaklaşmaması, bağımlılığının olması halinde, hastaneye yatmak dahil, muayene ve tedavisinin sağlanması
- Bir sağlık kuruluşuna muayene veya tedavi için başvurması ve tedavisinin sağlanması.

Olarak belirtilmiştir.

Koruma tedbirleri ilk defasında 6 aylık süreye kadar alınmaktadır. Ancak şiddeti uygulama tehlikesinin devam edeceğinin anlaşılması halinde hakim resen, korunan kişinin ya da bakanlık ya da kolluk görevlilerinin talebi üzerine tedbirlerinin süresinin uzatılması mümkündür.

6284 Sayılı Kanunun 2. Maddesinde şiddet” Kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranışı,” olarak tanımlanmıştır.

6284 sayılı Kanunun amacı ve kapsamı, daha net ve geniş bir şekilde tanımlanmıştır. Evli olan, olmayan kadın ayrımı ortadan kaldırılmıştır. Kanunda Kadına Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi’ne atıfta bulunulması, uluslararası belgelerin kadına yönelik şiddette dayanak oluşturması anlamında önemlidir.

6284 Kanun İle getirilen önemli bir yenilik ise Israrlı takip mağdurlarını da kapsamasıdır. Israrlı takip mağdurları ile ilgili olarak İstanbul Sözleşmesi 34. Madde ve 6284 Sayılı kanunla tek taraflı ısrarlı takip mağduru olan kişilerin korunmasına da yer verilmiştir. Korunma altına alınmayı gerektiren takip eylemlerinin ayrı bir suç oluşturması gerekmemektedir.

Bugün şiddet mağduru en etkin şekilde koruduğumuz mevzuat olan 6284 SK, İstanbul Sözleşmesi’nin kabulü ile birlikte düzenlenmiştir. İstanbul Sözleşmesinin feshinden sonra yaratılan „mağdur erkekler „ algısı ile bu kanun da yürürlükten kaldırılmasına çalışılmakta, şiddet mağduru kadın kanuni

himayeden yoksun güçsüz bırakılmaya çalışılmaktadır. Bu nedenle İstanbul Sözleşmesinden çıkılsa dahi öncelikle İstanbul sözleşmesini anlatmak gerekir.

İSTANBUL SÖZLEŞMESİ

Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi (Mayıs 2011’de Türkiye tarafından İstanbul’da imzalandığı için kısaca İstanbul Sözleşmesi olarak anılan) kadına yönelik şiddet, özellikle de ev içi şiddet konusunda, uluslararası alanda bölgesel olarak hazırlanmış ilk Avrupa Konseyi Sözleşmesidir ve kadına yönelik ev içi şiddetle ilgili yaptırım gücü olan ilk uluslararası sözleşmesi özelliğini taşımaktadır. (6284 sayılı Kanunun temeli İstanbul Sözleşmesine dayanmaktadır. 6284 sayılı Kanun hazırlanırken de İstanbul Sözleşmesi’nde devletlere yüklenen sorumluluklar esas alınmış, yasanın ana çerçevesi İstanbul Sözleşmesi olmuştur.)

Türkiye’nin 2011 yılında imzaladığı ve 10 Şubat 2012’de Bakanlar Kurulu Kararı ile onaylanan “Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi” Cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile feshedilmiştir.

Danıştay 10. Dairesi İstanbul Sözleşmesi feshine ilişkin 20 Mart 2021 tarihli Cumhurbaşkanı Kararının iptal istemini 3’e karşı 2 oyla reddetti. İtiraz üzerine davada nihai kararı, Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulu verecek.

İstanbul Sözleşmesi’nin en önemli özelliği, biyolojik veya hukuki, ailevi bağ olup olmadığına bakılmaksızın ev içi şiddetin (örneğin eski veya mevcut eşler, evlilik dışı partnerler, birlikte ikamet edilen aile fertleri, akrabalar veya birlikte ikamet edilen başkaları tarafından yöneltile şiddetin) ve kadınlara yönelik her türlü şiddetin önlenmesi ve bunlarla mücadeleyle ilişkin standartlar öngören ve Avrupa ülkelerini hukuki olarak bağlayan ilk belge olmasıdır.

Sözleşmenin amacı birinci maddesinde şu şekilde sayılmaktadır:

- Sözleşme kadınları her türlü şiddete karşı korumak ve kadına karşı şiddeti ve aile içi şiddeti önlemek, kovuşturmak ve ortadan kaldırmak;
- kadına karşı her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılmasına katkıda bulunmak ve kadınları güçlendirmek de dahil olmak üzere, kadınlarla erkekler arasında önemli ölçüde eşitliği yaygınlaştırmak;
- kadına karşı şiddet ve aile içi şiddetin tüm mağdurlarının korunması ve bunlara yardım edilmesi için kapsamlı bir çerçeve, politika ve tedbirler tasarlamak; kadına karşı şiddeti ve aile içi şiddeti ortadan kaldırma amacıyla uluslararası işbirliğini yaygınlaştırmak;
- kadına karşı şiddet ve aile içi şiddetin ortadan kaldırılması için bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi maksadıyla kuruluşların ve kolluk kuvvetleri birimlerinin birbiriyle etkili bir biçimde işbirliği yapmalarına destek ve yardım sağlamak.

Sözleşmenin 3. maddesi kadına yönelik şiddeti bir insan hakkı ihlali ve ayrımcılık türü olarak

tanımlayarak başlar. Bu şiddet tanımının içerisinde psikolojik, fiziksel, cinsel ve ekonomik şiddet biçimleri yer alır.

Sözleşmenin 4. maddesinde; sözleşmenin cinsiyet, toplumsal cinsiyet, ırk, renk, dil, din, siyasi veya başka tür görüş, ulusal veya sosyal köken, bir ulusal azınlıkla bağlantılı olma, mülk, doğum, cinsel yönelim, toplumsal cinsiyet kimliği, sağlık durumu, engellilik, medeni hâl, göçmen veya mülteci statüsü veya başka bir statü gibi herhangi bir temele dayalı olarak ayrımcılık yapılmamasını koruma altına aldığını görürüz. Ayrıca türü fark etmeksizin çerçevesi çizilen şiddetin ve yaşanabilecek olası mağduriyetlerin (potansiyel mağduriyetler) yetkili kurumlara iletilmesini teşvik etmek ve buna uygun bir ortam sağlamak da sözleşmenin gerektirdiği yasal tedbirler arasında ele alınmıştır. Bu madde ile sözleşmenin farklı toplumsal statüleri ve dezavantajlı grupları koruma alanına dahil ettiğini, kapsamlı bir eşitlik talebine vurgu yaptığını söyleyebiliriz.

İstanbul Sözleşmesi nasıl koruyor?

- Şiddete maruz kalanlar için hukuki ve psikolojik danışmanlık hizmeti, finansal yardım, konut sağlama, eğitim, öğretim ve iş bulma destekleri ile korur.
- Her türlü şiddet olayıyla ilgili ülke çapında 7 gün 24 saat, çok dilli ve erişilebilir ücretsiz acil destek hizmeti sunan telefon hatları ile korur.
- Şiddete maruz kalanlar, özellikle kadın ve çocuklar için kalacak güvenli yer sağlamak üzere yeterli sayıda ve kolayca erişilebilir sığınaklar ile korur.
- Cinsel şiddetten hayatta kalanlar için tıbbi ve adli tıp muayenesi yapmak, travma desteği ve danışmanlık hizmetleri sağlamak üzere cinsel şiddet kriz merkezleri ile korur.
- Şiddete ilişkin iddia ve şikayetlerin kolluk ve idari makamlar tarafından süratle ve etkin bir şekilde araştırılmasını sağlayan mekanizmalar ile korur.
- Şiddete ilişkin iddia ve şikayetlerin yargısal sürecinde kadınların tekrar ayrımcılık ve psikolojik şiddete uğramasını önleyerek korur.
- Sözleşme taraflardan şiddet olaylarıyla ilgili, gizlilik ilkesi kapsamında ve ülke çapında 7 gün 24 saat faaliyet gösteren ücretsiz telefon hatları ile koruyor
- Cinsel şiddet mağdurlarına hem tıbbi hem de psikolojik destek sağlanması ile koruyor
- Şiddet olayına tanıklık eden çocuklara da psikososyal danışmanlık hizmeti sağlanması ile koruyor
- Sözleşme ile kolluk kuvvetlerinin her türlü şiddet eylemine karşı mağdurlara yeterli korumayı derhal sağlamaları ve müdahalede bulunmak için yasal ve diğer tedbirleri almaları zorunlu kılmakla koruyor
- Sözleşmeyle birlikte taraflara, ulusal anayasalarına veya ilgili diğer mevzuata kadın erkek eşitliği ilkesini dahil etme ve bu ilkenin uygulanmasını sağlama, kadınlara karşı ayrımcılığı yasaklama

ve kadınlara karşı ayrımcılık yapan yasa ile uygulamaları yürürlükten kaldırma zorunluluğu getiriliyor.

- Devlet görevlilerinden ve kurumlarından sözleşmenin getirdiği yükümlülüklerle uygun bir biçimde hareket etmeleri isteniyor.
- Taraflardan sözleşme hükümlerinin yerine getirilmesi için gerekli finansal ve insani kaynakları tahsis etmelerinin yanında, kadına karşı mücadelede aktif rol oynayan sivil toplum kuruluşlarının çalışmalarını desteklemeleri ve bu kuruluşlarla işbirliğine gitmeleri de isteniyor.

6284 Sayılı kanunda Mahkeme tarafından verilen tedbir kararlarına uymayan kişiye yönelik de "kararda hükmolunan tedbirlere aykırı davranılması halinde tutuklanacağı ve hürriyeti kısıtlayacak cezaya hükmedileceği hususunun kuşurlu eşe ihtar edilmesi" düzenlenmiştir. Tedbir kararlarına aykırı davranılması halinde ise; şiddet uygulayan hakkında 3-10 gün, tekrarı halinde 15-30 gün süre ile zorlama hapsi uygulaması yapılmaktadır.

6284 Sayılı kanunda Şiddet Önleme ve İzleme Merkezlerinin açılması düzenlenmiştir. Bu kapsamda Yedi gün 24 saat hizmet verecek bu merkezlerde şiddete karşı koruyucu ve önleyici hizmetlerin yerine getirilmesi hedeflenmiştir. Son verilere göre Türkiye'de ASP ve Belediyelere bağlı 1400 ün üzerinde kadın sığınma evi bulunmakta, 81 ilde de ŞÖNİM hizmet vermektedir.

6284 SK kanunda teknik araçlarla izlem olarak düzenlenen ve yönetmelikle kullanım biçimi detaylandırılan en etkin koruma yönetmelerinden olandan Elektronik İzleme / Elektronik Kelepçe Uygulamasından bahsetmek de yarar vardır.

Elektronik izleme teknolojileri kavramı, hükümlüler veya haklarında denetimli serbestlik tedbiri uygulanan yükümlüler hakkında uygulanacak, denetim ve izleme işleminin kalitesini ve seviyesini yükseltmeyi ve eksiksiz yerine getirilmesini amaçlayan bilgi toplama ve denetim aracı olarak tanımlanabilir.

Başka bir söylemle elektronik izleme; şüpheli, sanık veya hükümlülerin elektronik yöntem ve araçlar ile toplum içinde izlenmesini, gözetim ve denetim altında tutulmasını sağlar. Bu yöntemin mağdurun ve toplumun korunmasını destekleyen kararların infaz edilmesinde kullanıldığı ifade edilebilir.

Denetimli serbestlik sisteminde elektronik izleme sistemlerin kullanımı ile infazın yerine getirilmesi mevzuatımızda yer alan altı kanun maddesi hükmü kapsamında yerine getirilmektedir. Bunlar; adli kontrol tedbirleri (CMK 109), kısa süreli hapis cezasına seçenek yaptırım (TCK 50), hükmün açıklanmasının geri bırakılması (CMK 231), hapis cezasının konutta çektirilmesi (CGTİHK 110), denetimli serbestlik tedbiri uygulanarak cezaların infazı (CGTİHK 105/A) ve mükerrerlere ve bazı suç faillerine özgü infaz rejimi ve denetimli serbestlik tedbiri (CGTİHK 108) kararlarıdır.

Sistem Nasıl Çalışıyor?

Bir hükümlü hakkında elektronik izleme programı uygulandığında, genel olarak kol saatine benzeyen elektronik iletici bir kelepçe kişinin ayak veya el bileğine takılarak, her hükümlü/yükümlü için ona ait bir sinyal tespit edilir.

Bu sinyal ile hükümlünün toplum içinde bulunduğu yerin kayıtları sağlanmakta ve merkezi izleme istasyonuna gönderilmektedir.

Bu şekilde hükümlünün evinde kalması, belirli bir yerde bulunmasının veya gidilmesinin yasaklanması gibi önceden tespit edilmiş şartları ihlal edip etmediği tespit edilerek denetim ve izleme çalışmalarının verimliliği ve etkinliği yükseltilebilmektedir.

Elektronik kelepçe takmakla yükümlü kişi, şiddete maruz kalma ihtimali olan kişiye mahkeme kararının belirttiği mesafeden fazla yaklaşırsa merkeze GPS üzerinden uyarı sinyali düşüyor.

Uyarı doğrultusunda izleme personeli eş zamanlı olarak hem yükümlüyü hem de mağduru arıyor ve bulunduğu koordinattan ayrılmasını istiyor. Yükümlünün harekete devam etmesi ihtimali göz önüne alınarak mağdurla da irtibat kuruluyor ve kendini güvenli bölgeye alması, koruması için bir ekip gönderileceği söyleniyor. Yükümlü hareketine devam ederse kolluk personeli tarafından müdahale ediliyor ve hakkında gerekli işlemler başlatılıyor.

Eğer yükümlü kendisine takılan elektronik kelepçe ünitesini şarj etmezse veya kelepçeye yönelik bir sabotaj girişimi olursa; kayışı kesme, koparma, klips olarak ifade edilen aparatı çıkarma ya da farklı bir teşebbüs olursa elektronik kelepçe izleme personelinin ekranına bir uyarı düşüyor.

Personel tarafından hükümlünün bu hareketten vazgeçmesi isteniyor. Yükümlü, mağdura yaklaşmaya devam ederse kolluk personelinin kendisine müdahale etmesi sağlanıyor.

Bunun yanı sıra hükümlünün akrabaları ve yakınları tarafından şiddete uğrayacağı yönünde mağdurun bir rahatsızlığı olması halinde ise mağdura panik butonu veriliyor. Bu butona bastığı anda izleme personelinin ekranına 'mağdur panik butonuna bastı' yönünde bir ihbar geliyor. Doğrudan bu ünite veya cep telefonu üzerinden mağdurla iletişime geçilerek güvenlik güçlerinin müdahale etmesi sağlanıyor.

Sonuç olarak kadınları gördüğü şiddetten koruyan 6284 Sk kanun, Türk Ceza Kanunda kadın lehine yapılan değişiklikler , kız çocuklarını koruyan Çocuk Koruma Kanunu ve daha bir çok yasal mevzuat bulunmakyken, devletin kadını ve çocuğu koruma görevi ve ödevi anayasa da tanımlanmış, devletin koruma yükümlülüğünü ihalle ettiğine ilişkin AHm ve AYM tarafından verilmiş bir çok karar mevcuttur.

318 kadının öldürüldüğü, 478 kadın tecavüze, 722 kadın tacize uğramış. 6 bin 423 kadın ise aile içi şiddet nedeniyle hastaneye başvurduğu bir şiddet bilançosunda sadce kanunların ve kanun uygulayıcıların kadını koruyamadığı açıkça ortadır. Verilere göre kadına yönelik cinsel saldırı suçlarında son beş yılda %30 artış meydana gelmiştir. Yasal mevzuatta getirilen değişikliklere karşın, şiddetin önlenemediği çıplak bir gerçek olarak ortadır. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin bir iktidar politikası ya da hedefi olarak belirlenmediği bir toplumda şiddetin sürekli tırmandığı gerçeği ile mücadeleye devam ederek şiddetsiz bir toplumu inşa etmenin bir yolunu bulacağız. Son söz aileyi yıkan İstanbul Sözleşmesi değil şiddetin ta kendisidir.İstanbul Sözleşmesi Yaşatır.

SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞINA KARŞI MEDYA/SOSYAL MEDYA: PARADOKS MU?

Dr. Öğr. Üyesi Özgür Çalışkan

Anadolu Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Sinema-Televizyon Bölümü, İletişim Sistemleri Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

İnternet ile birlikte kitle iletişiminin yönü tek taraflı olmaktan çıkıp iki yönlü bir hal almıştır. Gazete, radyo ve televizyon gibi araçlar kitle ile iletişimi sağlarken, İnternet aracılığıyla artık kitle kendi içerik ve mesajlarını üretmeye başlamıştır (Roberts, 2014, s. 93). İnternet, iletişim araçları arasındaki simetri ve asimetri derecelerini de farklılaştırmış; gazete radyo ve televizyon takipçileri arasında belirli bir asimetri varken dijital iletişim dengeyi simetri kurarak sağlamaya çalışmaktadır (Tilly, 2008, s. 156). Her medya aracı bir mesajın taşıyıcısı ve her aracın içeriği ayrı bir mesaj içermektedir (McLuhan, 2009, s. 1). İnternet özellikle; erişilebilirlik, gizlilik/özellik, doğruluk, hacim, hız, menzil, dayanıklılık ve arınabilirlik gibi özelliklerle farklı bir ortam sunmaktadır (Poe, 2015, s. 35-36). Bu ortam da gelişerek ağlara dönüşmektedir. Oluşan medya ağları “toplumsal pratikler” meydana getirmekte ve bu toplumsal pratikler ise “ilişkili değerler yaratmaktadır” (Poe, 2015, s. 39). Burada önemli olan her medyayı, özellikleri bağlamında kendi ağı içerisinde değerlendirmek gerektiğidir.

21. yüzyılın ilk on yılında İnternet ve yeni medya hem bireysel hem de toplumsal yaşamda geniş bir kullanım alanı kazanmıştır. İnternet dışında sahip olunan kimlikler ve olaylar İnternet’teki paylaşımları ve kullanım biçimlerini etkilerken, İnternet’teki paylaşım ve olaylar, İnternet’in dışındaki yaşamımızı da etkilemeye başlamıştır. Bu noktada, İnternet ve bireye çok yönlü iletişim imkânı sağlayan yeni medya yeni bir araç olarak karşımıza çıkmıştır. Bu nedenle de iletişim aracı olarak kendi içinde belirli bir biçim yaratmıştır. Diğer iletişim araçlarından farklı olarak, İnternet, daha geniş bir bağımsızlıkla zaman ve mekânın akışını yeniden düzenlemiş, ayrıca pratiklerin, hiyerarşilerin ve yapıların görünüşüne uyum sağlayarak kendi tarihsel içeriğini oluşturmuştur (Papacharissi, 2015, s. 7).

İnternet’e bir kitle iletişim aracı olarak bakıldığında kullanıcılar ve üreticiler dört grupta ele alınabilirler. İlk olarak e-posta gibi bire bir eş zamansız iletişim, ikinci olarak elektronik ilan panoları gibi belirli konu ya da konularda paylaşım yapılan kitleden kitleye eş zamansız iletişim, üçüncü olarak bir kişiden bir kişiye, bir kişiden birkaç kişiye ya da bir kişiden kitleye eş zamansız iletişim sağlayan konuşma odaları ya da çok kullanıcıli oyun ortamları ve son olarak ise İnternet siteleri gibi kullanıcının bilgiye ulaşmak için site aramasıyla karakterize olan eş zamansız iletişim (Morris ve Organ, 2009, s. 238-239). Bu dört grup, İnternet aracılı iletişim ve içinde barındırdığı yeni medyanın farklı bir iletişim sunduğunun ve kendinden önceki iletişim araçlarından farklılaştığının göstergesidir. Yeni medyanın araç olarak iletişim biçimine kattıkları bağlamında olumlu ve olumsuz görüşler de bulunmaktadır. Bu görüşler; faydalar / zararlar; kolaylıklar / zorluklar; etkiler / tepkiler; özgürlükler / sınırlar olarak sınıflandırılmaktadır.

21. yüzyıl toplumu hızlı teknolojik gelişmelerle iletişim alanında İnternet'in ortaya çıkmasına ve İnternet ile birlikte "yeni medya", "sosyal medya" ve "sosyal ağ" ve "sosyal ağ siteleri" gibi alanların oluşmasına tanık olmaktadır. Bilgisayar aracılı olarak gelişen yeni medyanın içerisinde yer alan sosyal ağ siteleri ise, İnternet'in sunmuş olduğu Web 2.0 ve kullanıcı üretimi içerik olanağı ile iletişim ve sosyalleşme olgusunu yeni medya ortamına taşımıştır (Kaplan ve Haenlein, 2010, s. 59-62). İnternet ortamının gelişmesi ile insanlar kendi İnternet sitelerini tasarlayıp yayınlamaya başlamış; Web 2.0 uygulamalarının yayılmasıyla bu durum sosyal ağ sitelerine taşınmış ve günümüzde sadece bir cep telefonu ile günlük yaşam yoğun ve derin bir şekilde ağ iletişimiyle aracılanmıştır (Giddings ve Lister, 2011, s.328).

Sosyal medya, toplulukların bir araya gelmelerini, iletişim kurarak paylaşımda bulunmalarını sağlayan ve zaman içerisinde de sosyal yazılımların yerine kullanılmaya başlayan ve birçok araştırmacının, bilgisayar aracılı iletişim, bilgisayar destekli iletişim gibi kavramların gerçekleştiği pratiklerin tanımlanması için kullandığı araçların bütünüdür (Boyd, 2009'dan aktaran Fuchs, 2014, s. 35-36). Sosyal ağ siteleri, bireyin günlük hayatına, kişiliğine ve kimliğine ait özellikler sunduğu ortamlardır. Özellikler arasında kişinin hem gerçek kimliğine ilişkin bilgiler hem de sosyal ağ sitelerinde paylaştığı biçimiyle yarattığı kimliğine ilişkin bilgiler bulmak mümkündür. Kişinin paylaştığı haberler, fotoğraflar, bağlantılar ya da üye olduğu, beğendiği veya takip ettiği gruplar ve sayfalar kişinin sosyal ağ siteleri pratikleri arasında yer almaktadır. Ayrıca, sosyal ağ siteleri homojen bir ortam sağlamazlar; bazı ortamlar geri dönüt imkânı sağlarken, bazı ortamlar ise farklı anonim ve görünürlük seviyeleri sunarlar ve bu durum sosyal ağ sitelerinin kullanıcılarına çeşitli sosyal etki biçimleri sunarak onların sanal Alana katılımlarının daha fazla ya da az olmasına neden olabilirler (Margetts vd., 2016, s. 13).

Sosyal medya mekan algısını da değiştirmektedir. Özellikle fiziksel, sosyal ve elektronik mekanlar arasındaki sınırları yıkarak, hem bunları bütünleştirmekte hem de tek kanaldan karşılıklı iletişim yoluyla bireyi bu mekanın içerisine çekmektedir. Bu içeriye çekilme durumunda da çevrimdışı alanda olduğu gibi çevrimiçi alanda da güç ilişkileri oluşmaktadır. Eskiden fiziksel olan şehir merkezi ya da buluşma noktaları sosyal medya merkezlerine dönüşmüştür. Sosyal medya kullanıcı olan bireylerin seçenekleri sonsuzmuş gibi gözükse de çoğunluğun tercih ettiği uygulamalar ve sosyal ağ siteleri, sosyal medyanın merkezini oluşturmaktadır. Bunun sonucunda da bu sosyal medya merkezlerine kimin erişebildiği ve bu merkezleri kimin kontrol ettiği sorunsalı da doğmaktadır.

Sosyal ağ sitelerinin olanaklarının, kullanıcılarının kamuya açık olarak paylaşılan benlik imajını manipüle etmelerine izin verme biçimleri, Goffman'ın performans kavramını yeni medya çağına taşıyor gibi görünür. Goffman'ın yaklaşımında bir toplumsal durumdaki toplam etkinlik, gözlemci ve katılımcılardan oluşur. Aktörler, performansı ortaya koyan "bir rutini oynayan kişilerdir". Kişiler başkalarının karşısında bir performans ortaya koyarken performanslarını sürekli gözden geçirirler. Bu performans şu süreçleri içermektedir; geçici kimliği kalıcı kılmaya çalışma, geçici kimliğe bağlılık, kimliği katmanlara ayırma ve mümkünse kimlikleri birleştirme çabası. Bu performans süreçlerinde de kişi sosyal medya ve onu çevreleyen teknolojiye isteyerek ya da istemeyerek bir bağlılık oluşturur. Bu bağlılık aslında sadece sosyal medya ile oluşmamıştır. İnsan ve teknoloji arasındaki bağlılık ilişkisi teknolojinin ilk olduğu andan itibaren inşa edilmeye başlamıştır.

Dijital geleceğin monolitik olduğu tartışılmaktadır; “her şey dijital olacak, herkes kablolu olacak, tüm medya bir araya gelecek” ve fiziksel dünya ortadan kalkacaktır (Agre, 2009, s.325). Buna ek olarak, “teknoloji kendini mahremiyetlerimizin mimarı olarak önermektedir ve sunduğu şey insani zaaflarımızla buluştuğunda baştan çıkarıcıdır” ve “sosyal robotlar bakışlarımızla buluşur, bizimle konuşur ve bizi tanımayı öğrenir” (Turkle, 2011, s.1-2). Açıkçası, insan ve teknoloji arasındaki ilişkinin geleceği, insanların makineler hakkında ne ve nasıl hissettikleri üzerinden şekillenecektir ve bu da sevgi ve nefret duygularıyla yakından ilişkilidir. Dolayısıyla, gündelik hayatımızın kültürümüzle ilişkili olduğunu düşünürsek, teknoloji tanımımızın ve algımızın da gündelik hayatımızdan etkilendiğini söyleyebiliriz. Bu, günlük hayatımıza devam ettiğimizde, teknolojiyi kullandığımızda bizi etkileyen algılar olduğu anlamına gelir.

İnsanlar dijital teknolojileri kullanırken küresel kurallar, bilgiler, gelenekler ve ortak davranışları takip ederler. Dolayısıyla bu durum teknolojiyi kültürel bir özne haline getirmektedir. Kültür, bir bireyin sadece bir unsurunu içeren bir şey değildir, çeşitli unsurları içerir. Kültür kimliği içerdiği gibi teknolojiyi de içerir. Başka bir deyişle, bir teknoloji ürünü kişinin kimliğinin bir parçası olabilir. Bu nedenle, insanların sahip oldukları eşyaları sevmeleri, sevmek için de bu cihazların görünüşlerini beğenmeleri ve onlarla özdeşleşmeleri gerekir. David Orr (2002, s.25-26), bir insan olarak nesneden ilham almak için “duygusal bağlılığa” ve “derin sevgiye” ihtiyaç duyduğumuzu belirtmektedir. Bu nedenle insan, teknoloji için de “duygusal bağlılık” ve “derin sevgi”ye ihtiyaç duymaktadır.

Teknofil kelimesi ve onun diğer versiyonları olan teknofili ve teknofilik, modern ve postmodern kavramlar arasındaki geçiş döneminde dilimize ve hayatımıza giren kavramlardır. Teknofil teriminin bilinen ilk kullanımı 1968 yılında (Merriam-Webster’s Learner’s Dictionary), zıttı olan teknofobiden sadece 3 yıl sonradır (Merriam-Webster’s Learner’s Dictionary). Dolayısıyla, kelimenin tam anlamıyla, insanların hayatlarına müdahale eden şey olan teknolojiye duydukları sevgiden önce korkularını tanımlamaları gerektiği iddia edilmektedir. Bu durum önemlidir çünkü insan ve teknoloji arasındaki etkileşim için tanımlar bulma ihtiyacı, bu etkileşimin her zaman sevgi ve nefret başta olmak üzere duygular taşıdığını kanıtlamaktadır. Dolayısıyla her şeye karşı nasıl zıt duygular hissediyorsak, makinelerle karşı da aynı zıt duyguları hissediyoruz ve bugün insan, teknolojiye karşı -fobik ve -filik duygular besliyor. Ancak tarihsel ve gerçek anlamda teknofobiden sonra teknofilin gelmesi nedeniyle, teknofobinin yerini alarak insan duyguları üzerinde büyüyen bir duygu olan teknofili fikri üzerinde durmak daha önemlidir. Elbette teknofobi hala var ve her zaman da var olacak, ancak son on yılda teknofili önemli ölçüde arttı ve teknolojiye yönelik nefret ve sevgi duygularımız arasında bir denge oluştu.

Teknofilin genel tanımı “teknolojiden kaynaklanan olumlu faydaları gören ve toplumdaki ekonomik, sosyal ve siyasi sorunlara çözüm olarak teknolojinin daha fazla kullanılmasını savunan kişi” şeklindedir (Sociology Index, t.y., para. 1). Dale Carrico’ya (2006) göre “teknofil, teknolojiye karşı naif ya da eleştirel olmayan bir coşku atfettiğimiz kişidir.” Teknofili için - filik- terimi kullanıldığı gibi, teknofilin bir bağımlılık mı yoksa hastalık mı olduğu da tartışmaların bir parçasıdır. “İnternet bağımlılığı” gibi bir terimin kullanışlı olup olmadığı henüz net değildir çünkü abartılı internet kullanımı

hala bir alışkanlık olarak adlandırılmaktadır. Ancak, alışkanlığın bağımlılıktan bir önceki seviye olan bir rutin olduğunubelirtmek önemlidir. Bu nedenle teknoloji herhangi bir nedenle teknoloji bağımlılığı olarak değerlendirilmemelidir. Aslında ve kolayca, teknolojiyi herhangi bir nedenle sevmek anlamına gelir; örneğin bir makine ya da uygulama bizi mutlu edebilir, hayatımızı kolaylaştırabilir ve toplum içinde bizi iyi bir konumda temsil edebilir. Bu nedenle, teknolojiye sahibiz çünkü bizi daha iyi hale getirdiğini düşünüyoruz ve teknolojinin gerçekte ne anlama geldiği fikri budur. Dahası, teknoloji kasıtlı olmak zorunda değildir ve her zaman bilinçli bir duygu değildir. Örneğin, birçok insanın evinde buzdolabı vardır ve buzdolaplarını sevdiklerini asla düşünmezler. Ancak içten içe zaten bu cihaza bağımlıyızdır ve mutfakta buzdolabı olmadığında ona tekrar ihtiyaç duyduğumuzu hissederek, bu teknolojik bir duygudur. Bu duygu, tatildeyken “bilgisayarımı özledim” denildiğinde ya da ihtiyacımız olduğunda etrafta internet bağlantısı yoksa, internete bağlanacak bir yer bulma zorunluluğu ve baskısı hissetmemiz ya da arabalarımızı, cep telefonlarımızı ve bilgisayarlarımızı istediğimiz gibi, sevdiğimiz gibi görünmeleri için dekore etmemiz gibidir.

Teknofili genellikle sosyoloji alanında insanın yeni teknolojilere ve her türlü bilgisayar, cep telefonu, araba, ev elektronik ürünleri, televizyon veya konsol/PC oyunları gibi görsel teknolojileri içeren diğer teknolojik icatlara olan bağlılığını tanımlamak için kullanılır. Ayrıca, teknoloji kavramı sadece tekno-insan ve teknoloji arasındaki tek yönlü yönü içermez; aynı zamanda kişinin teknoloji sevgisi aracılığıyla toplum içindeki iletişimi; bir kişinin teknoloji sevgisi duygusunu kullanarak toplumda nasıl davrandığı için de kullanılabilir. Ayrıca teknoloji, kişinin teknoloji olmadan yaşayamaması durumu olarak da açıklanabilir; belki kendimizi teknoloji olarak adlandırmıyoruz ama daha önce sahip olduğumuz teknolojiye ve makinelere ulaşamadığımızda kendimizi hasta, çaresiz, engelli, güçsüz veya terk edilmiş hissediyorsak; bu makinelere bağımlı veya bağımlı olduğumuz anlamına gelir ve bu bağımlılık, kontrolümüz dışında zorunlu bir sevgiyi veya bilerek teknoloji ile birlikte olmak istediğimizde arzularımızla coşkulu bir sevgiyi getirir.

Kevin Kelly (2009) teknoloji hakkında şunları vurgulamaktadır; “akıllı hominidlerden Sapiens’e dönüşümümüz aletlerimiz tarafından üretildi ve insan özümüzde üretilmiş şeylere karşı doğuştan gelen bir yakınlık barındırıyoruz. Bunu itiraf etmekten utanıyoruz ama teknolojiyi seviyoruz... teknoloji ile özdeşliğimiz derinlere, özümüze kadar uzanıyor”.

Günümüz insanına, özellikle de gençlere, hepsinin değil ama birçoğunun bedenlerinin ve kimliklerinin uzantısı olan makineler olmadan yaşayamayacağını hatırlatıyor; cep telefonları, bilgisayarlar ve benzerleri. Ayrıca teknoloji modası insanlar için, özellikle de gençler için ek bir etken. Örneğin; bir araştırmaya göre; bir teknoloji olarak cep telefonu popülerliğin, güzelliğin ve heyecanın sembolüdür (Katz vd. 2003, s.79). Dolayısıyla, insanlar bir makine satın alırken; araba, bilgisayar, televizyon ve hatta buzdolabı; makinenin tarzı, rengi ve şekli onlar için önemlidir çünkü beğendikleri ya da görünüşünü sevdikleri bir makineyi satın almak isterler. Dolayısıyla beğeni, insan ve makine ilişkisinin ilk adımıdır. Dahası, zevklerimiz zamanla değişir, makinelerimizden sıkılırız ve onları sevmeyiz, bu yüzden onları değiştiririz çünkü makinelerimizle bağlantı kurma niyetimizi kaybederiz. Dolayısıyla mecazi anlamda insanlar çevrelerini sevdikleri ürün ve makinelerle tasarlıyor ve sevilen teknolojiyle

çevrelenen tekno-insan için teknolojik bir alan yaratıyor.

Teknofil birey, tüm zihinsel ve duygusal süreçleriyle teknolojik bir ağıta duygusal anlam yükleyerek onun çağrışımsallığını yaratır. Sherry Turkle, çağrıştırıcı nesne hakkındaki düşüncesi için “sevdiğimiz nesnelerle düşünürüz ve birlikte düşündüğümüz nesneleri severiz” demektedir (Turkle, 2007, s.5). Dolayısıyla günümüzde herkesin birlikte düşünceği bir nesne var ve teknoloji kimseyi onsuz düşünmeye bırakmıyor, her zaman insana birlikte düşünmesi için baskı yapıyor, ona seveceği bir nesne bulmasını söylüyor. Turkle’in nesnelerden bahsettiği gibi, teknoloji fikri nesneler tarafından yürütülüyor, ancak teknoloji çizgisi etrafımızda ihtiyacımız olmayan makineler olduğunda başlıyor. Ayrıca insan, nesnelerin hayatımıza katılmasıyla onlarla bir bağ kuruyor ve nesneler bizim için birer yoldaş haline geliyor.

Kevin Kelly (2009) günümüz toplumunu technium -teknoloji ve kültürün bütün uyarlanabilir sistemi- olarak tanımlarken, technium ve teknoloji arasındaki ilişkiyi şöyle anlatır;

“Belirli bir teknolojiyi sadece faydalı olabileceği için değil, etrafımızda olmasından hoşlandığımız için de etrafımızda tutuyoruz. Donanımlar, cihazlar, ağlar birbiriyle ilişkili parçalardan oluşan birbirine bağlı bir ekosistem oluşturuyor ve bunun hayatta kalması için bir teknoloji var Yeni fikirler ve yeni eserler üretmeye devam ediyoruz, bunlara her zaman ihtiyacımız olduğu için değil, technium’un ihtiyacı olduğu için ve technium’u çekici bulduğumuz için.»

Dolayısıyla günümüz insanı, Kelly’nin technium’unun bir parçası olabileceği gibi, teknoloji bir varoluşa da sahip olabilir; inorganik varlıklara duyduğu arzu ve sevgi içinde kaybolabilir. Technium, “yazılım, hukuk ve felsefi kavramlar gibi maddi olmayan şeyler” de dahil olmak üzere “parlak donanımın ötesine geçerek kültür, sanat, sosyal kurumlar ve her türden entelektüel yaratımı kapsar” (Kelly, 2010, s.12). Kelly (2010, s.182-183) technium’u biyolojik evrim ve teknolojik evrim üçlüsünde yaşamın üç evrimsel vektörünü karşılaştırarak

tanımlamaktadır. Biyolojik evrimin işlevsel/uyumsal vektörü, amaçlı/açık vektöre dönüşmektedir. Başka bir deyişle, “işlevsel vektör, kasıtlı olan eşdeğer bir güç tarafından işgal edilir” ve ayrıca “techniumda uyarlanabilir işlev, doğal seçim gibi bilinçsiz değildir, bunun yerine insanın özgür iradesine ve seçimine açıktır” (Kelly, 2010, s.183). Teknofili kavramı düşünüldüğünde, technium’un bir üyesi olan bireyin teknoloji kişi olmak için iki yönü vardır. Teknolojik evrim, işlevsel vektörü kasıtlı hale getirdiğinde; bir birey için, insan özgür iradesine açık olsa bile; teknoloji olma tercihlerinin iki yönü vardır: kasıtlı veya kasıtsız. Bu nedenle, bireyin etrafında technium’dan teknolojiye doğru bir dörtgen oluşturmak mümkündür. Technium teknoloji birey olmanın iki yönünü açıklamaktadır ve technium bireyin kasıtlı bir vektör için özgür iradeye sahip olmasına izin verdiğinden, teknoloji olmak hala iki yönde gerçekleşmektedir.

Günümüzde teknoloji fiziksel dünyanın dışında sosyal dünyaya da daha fazla nüfuz ettiğinden son on yılda daha öncesindeki teknoloji kavramı daha çok bağımlılık kavramıyla anılmaktadır. Yapılan

çalışmalarda bağımlılık türleri bile oluşturulmuştur. Bu bağımlılık türlerinin başlıcaları; oyun, sosyal medya, çevrimiçi kumar ve çevrimiçi alışveriş bağımlılıklarıdır.

Tartışmalara sebep olan “İnternet bağımlılığı” terimi ilk kez Kimberly S.Young tarafından Amerikan Psikoloji Derneği’nin 1996’da gerçekleştirilen yıllık toplantısında tanımlanmıştır. Young, internet bağımlılığı tanımını yaparken “patolojik kumar oynama” kriterlerini temel almıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği’nin 1994 yılında yayınlanmış olan, DSM IV Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayısal El Kitabı listesinden yararlanmıştır. 8 maddeden 5 tanesinin yaşanması halinde kişi bağımlı olarak tanımlanabilmektedir. Bu kriterler şunlardır:

1. İnternet ile ilgili aşırı zihinsel uğraş
2. İnternette geçirilen zamanda artışa ihtiyaç duyma
3. İnternet kullanımını azaltmaya veya bırakmaya yönelik başarısız girişimlerde bulunma
4. İnternet kullanımının azaltılması sonrası yoksunluk belirtileri (huzursuzluk, öfke vb.)
5. Günlük aktiviteleri planlama ile ilgili sorunlar
6. Aşırı internet kullanımı sebebiyle okul, iş ve sosyal çevre ile ilgili problemler
7. İnternette kalma süresi ile ilgili aileye, arkadaşına veya terapistle yalan söylemek, dürüst olmayan davranışlar sergilemek
8. İnternete bağlı olduğu süre içerisinde duygulanımda değişikliğin olması, internetin olumsuz duygulardan (huzursuzluk, suçluluk, kaygı) kaçmak için kullanılması. Bağımlılıkların yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar ise şunlardır:

Fiziksel Sorunlar

- Göz hastalıkları
- Boyun kaslarında ağrı ve sertleşme
- Beden duruşunda bozukluk
- Elde uyuşukluk
- Halsizlik
- Çocukların motor gelişimiyle ilgili problemler
- Obezite
- Solunum ve dolaşım sistemi problemleri

Psikolojik Sorunlar

- Uyku bozuklukları
- Yeme bozuklukları
- Uyum problemleri
- Davranış bozuklukları
- Gerçeği değerlendirme yetisinin gelişmemesi veya gerilemesi
- Duygu düzenleme becerisinin gelişmemesi
- Olumsuz kimlik gelişimi ve kişilik bozuklukları

Sosyal Sorunlar

- Akademik başarıda düşüş
- İletişim kurma ve iletişimi sürdürme problemleri
- Fiziksel ve sosyal aktivitelerin azalması
- Sosyal alandan uzaklaşma ve sosyalleşememe
- Sorumlulukların ertelenmesi, ihmal edilmesi ve zaman yönetiminde başarısızlık
- Aile işlevlerinin bozulması
- Yalnızlaşma, yabancılaşma, toplumsal olaylara karşı duyarsızlaşma

Genel olarak, cep telefonundan arabaya kadar etrafımızdaki tüm teknolojiye karşı olumlu arzular hissediyoruz ve bazı durumlarda onlar olmadan kendimizi çaresiz hissediyoruz ve onlara ihtiyacımız olduğunu fark ediyoruz. Bu bağlamda sevginin ve bağımlılığın anlamı da değişti çünkü günümüzde neyi sevdiğimiz önemli değil çünkü seviyecek pek çok şey var. Önemli olan neden sevdiğimizdir ve bu noktada teknolojiye olan sevgimizin nedenini açıklamak kolaydır. Teknoloji bize yardım eder, bizi bağlar, taşır, kurtarır ve destekler. Kısacası hayatımızı kolaylaştırır. Öte yandan, teknoloji ile aramızdaki bu duygusal ve olumlu ilişkide hala sınırlamalar var, çünkü hala geçmişten gelen bir korku duygusu var. Dahası, teknofili ile ilgili tüm örneklerde olduğu gibi, bunlar aynı zamanda teknofobinin de sonucudur. Tüm cihazlar ve ağlar bizi daha rahat, daha bağımsız, daha sosyal ve bazen de daha mutsuz hissettirebilir. Henüz tüm insanlar teknofil ya da bağımlı olmasa da gelişen teknolojiler insanları teknoloji dünyasına ve aygıtlarına daha bağımlı hale getirmektedir. Teknoloji ve insan arasındaki karşılıklı bağımlılık, her yeni teknolojinin gelişmesiyle birlikte artmaktadır. İnsanlar daha fazla makine kullandıkça, makinelerle olan ilişkilerini de yeniden tanımlamaktadır. Makineler her geçen gün insanlar için daha çağrışımca hale gelmektedir. Her şeye rağmen, teknolojiye karşı duyduğumuz sevgi ve nefret duyguları gerçek hayatta dengelenmeye çalışmaktadır. Ancak yine de insan ve teknoloji,

sevgi ve nefret arasında öngörülen savaş noktasına henüz gelmedik; onlardan yok edecek kadar nefret etmiyoruz ve kendimizi öldürecek kadar da sevmiyoruz. Sadece bazen kabullenilmiş bazen de inkâr yoluyla kurduğumuz bir bağ(ım)lılık ilişkimiz var. Bunun sonucunda da bağımlılığı inkar ettiğimiz ama giderek de bağlandığımız bir alana karşı paradoksal bir iletişim dünyası yaşıyoruz.

Kaynakça

1. Agre, P. E. (2009). Designing genres for new media: Social, economic, and political contexts. In L. A. Lievrouw and S. Livingstone (Eds.), *New media volume II technology: Artefacts, systems, design* (pp.325-348). London, England: SAGE.
2. Carrico, D. (2006, August 12). Technoprogressivism: Beyond technophilia and technophobia [Web log post]. Retrieved from <http://ieet.org/index.php/IEET/more/11>
3. Fuchs, C. (2014). *Social media: a critical introduction*. London: SAGE Publications Ltd.
4. Giddings, S. ve Lister, M. (2011). Network culture. S. Giddings ve M. Lister (Editörler), *The new media and technocultures reader* içinde (s. 327-328). Abingdon: Routledge.
5. Kaplan, A. M. ve Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! the challenges and opportunities of social media. *Business Horizons*, 53 (1), 59-68.
6. Katz, J. E., Aakhus, M., Kim Dong, H. & Turner, M. (2003). Cross-cultural comparisons of ICTs. In L. Fortunati, J. E. Katz and R. Riccini (Eds.), *Mediating the human body* (pp.75-86). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.Inc.
7. Kelly, K. (2009, June 8). Technophilia [Web log post]. Retrieved from <http://kk.org/thetechnium/technophilia/>
8. Kelly, K. (2010). *What technology wants*. New York: Viking/Penguin Books.
9. McLuhan, M. (2009). The medium is the message. L. A. Lievrouw ve S. Livingstone (Editörler), *New media volume I: visions, histories, mediation* içinde (s. 1-11). London: SAGE Publications.
10. Margetts, H., John, P., Hale, S. ve Yasseri, T. (2016). *Political turbulence: how social media shape collective action*. New Jersey: Princeton University Press.
11. Morris, M. ve Organ, C. (2009). The internet as mass medium. L. A. Lievrouw ve S. Livingstone (Editörler), *New media volume I: visions, histories, mediation* içinde (s. 235-246). London: SAGE Publications.
12. Orr, D. W. (2002). *The nature of design: Ecology, culture, and human intention*. Oxford: Oxford University Press.
13. Papacharissi, Z. (2015). *Affective publics: sentiment, technology, and politics*. New York: Oxford University Press.
14. Poe, M. T. (2015). İletişim tarihi: konuşmanın evriminden internete medya ve toplum. (Çev. U.
15. Y. Kaya). İstanbul: Isık Yayınları.

16. Roberts, J. M. (2014). New media & public activism: neoliberalism, the state and radical protest in the public sphere. Bristol: Policy Press.
17. Tilly, C. (2008). Toplumsal hareketler yirmi birinci yüzyıla giriyor. Y. D. Çetinkaya (Editör), Toplumsal hareketler: tarih, teori ve deneyim içinde (s. 143-188). İstanbul: İletişim Yayıncılık.
18. Turkle, S. (2007). Evocative objects: Thing we think with. Massachusetts: MIT Press.
19. Turkle, S. (2011). Alone together: Why we expect more from technology and less from each other. New York: Basic Books.

TÜTÜN VE MADDE BAĞIMLILIĞINDA TOPLUMSAL İLETİŞİM

Prof. Dr. Gamze Çan

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

DSÖ, etkili, entegre ve koordineli iletişimi tüm dünyadaki insanlar için daha iyi ve daha sağlıklı bir gelecek inşa etme hedefinin ayrılmaz bir parçası kabul eder. Oluşturulan çerçeve tüm sağlık konularına yönelik iletişim için öneriler içermektedir. Tütün bağımlılığına yönelik içerik de bu ilkelerle geliştirilebilir.

DSÖ'nün iletişim ürünleri ve faaliyetleri için teknikler, izleyiciler ve kanallar farklıdır ancak hepsinin amacı aynıdır: karar vericilere (kilit kitleler) bireylerin, ailelerin, toplulukların ve ulusların sağlığını koruyacak acil eylem için bilgi, tavsiye ve rehberlik sağlamaktır.

İletişimle ilgili personeli DSÖ'nün bilgilerinin, bireylerin, ailelerin, toplulukların ve milletlerin sağlığını korumak için tavsiye ve rehberlik etmek üzere kilit kitlelere etkili bir şekilde ulaştığından emin olmalıdır.

Etkili İletişim İçin DSÖ Stratejik Çerçevesi:

1-ERİŞİLEBİLİR OLUN

Bilgileri çevrimiçi kullanılabilir hale getirin

Etkili kanalları belirleyin

Erişilebilirliği Sağlayın

İletişimcileri toplumların sağlıkla ilgili bilgileri kimlerden aldığı bu konuları kimlerle tartıştıklarını dikkate alarak planlama yapmalıdırlar. (Toplum liderleri) Kitleler sağlık bilgisi almak için hangi kanallara ulaşırlar? Hangi kanallar aracılığıyla sağlık bilgisini ararlar bu işler için hangi kanalları tercih ederler?

DSÖ ve Ulaşılması zor kitleler tarafından kullanılan ortak kanalları var mı?

Karar vericiler ve DSÖ arasında Hangi kanallar izleyicilerle iki yönlü etkileşimi teşvik ederek etkileşimi mümkün kılıyor?

En iyi fırsatlar ve tekrarlar hangi kanallarla yapılmalı?

Eğer bir davranış değişikliği hedeflenmiş ise hangi kişiler bu anlamda rol model olabilir (örn AP için muhtarın eşi)

2- İLGİLİ OLUN

Hedef/Risk grubunuzu tanıyın

Hedef/Risk grubunuzu dinleyin

Vermek istediğiniz mesajı uyarlayın

Hedef/Risk grubunuzu motive edin

Cevaplanması gereken sorun kitleyle ilişkili mi? Kitle gerçekten sorunu risk olarak kabul ediyor mu? Tehdit ile ilgili bilgilendirme yapıldığında bireyler risk altında olduklarını algırlar mı? Bazı bireyler aşırı endişelenebilir

Daha önce aynı veya benzer konuyla ilgili deneyimleri var mı? Bunlardan yararlanmak mümkün olabilir mi?

İletişimciler bu noktaları takip ederek planlama sürecini başlatabilir ve ilgili mesajların nasıl oluşturulacağını düşünebilir;

- Etkili mesajlar ve stratejiler tasarlamak için hedef kitlenin özelliklerini anlamak
- Hedeften kitleden örnekler veya hedef referanslar içeren mesajlar ve materyaller oluşturun Alternatif olarak, örnekler ve referanslar, hedef kitlelere benzer olabilir.
- izleyicinin endişelerinin nasıl ele alacağını belirlemek için hedef kitleyi ve bu kitleyle çalışan paydaşları dinleyin.
- İçeriği ve mesajları hedef kitlenin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlayın
- Hedef kitlenin uygun eylemleri gerçekleştirmeye hazır olup olmadığına göre mesajlar tasarlayın.

İletişimci karar vericiler için mesaj oluşturmada önce hedef kitleyi anlamalıdır .İletişimci etkili bir mesaj geliştirirken Yaş cinsiyet eğitim coğrafik özelliklerin hedef kitleyi nasıl etkilediğini anlamalıdır

Hedef kitleyi bu konuyu nasıl ele aldığı nasıl algıladığını anlamak için dinlemek önemlidir

Bu konudaki soruları nelerdir?

Konu ile ilgili ortakların görüşleri önemli

3-HAREKETE GEÇİN

Hedef/Risk grubunuzu harekete geçirin

Davranışı değiştirmeye yönelik kampanyalar yürütün

Acil durumlarda iletişim kurun

4-ZAMANLAMA

Erken iletişim kurun

Tam zamanında doğru anda iletişim kurun

Görüşmeyi hazırlayın

5-GÜVENİLİR OLUN

Kanıtı dayalı tıbbi bilgi (Teknik doğruluk)

Şeffaf olun

İlgili uzman kişilerle ve kurumlarla birlikte ortak hareket (ekip çalışmasına açık olun)

Ortak tıbbi dil birliği (Sağlıklı Tek Mesaj)

DSÖ markasını kullanın, güvenilir olun, kanıtı dayalı tıbbi dil birliği, (Türkiye’de Sağlık Bakanlığı)

6- ANLAŞILIR OLUN

Sade, anlaşılır bir dil kullanın

Gerçek olay, vaka örnekleri paylaşın

Vermek istediğiniz mesajı görünür bir hale getirin

Hedef/Risk grubunuzun aşına olduğu dilleri kullanın

Sağlık iletişimi, sağlıkla ilgili bireysel ve toplumsal kararlar için iletişim stratejilerinin bilgilendirmek ve etkilemek amacıyla incelenmesi ve kullanılmasıdır. Tütün kontrolünde sağlık iletişimi, bireyleri davranışları değiştirmeye teşvik eder. Devletleri ve toplulukları tütün kullanımını azaltan, başlamayı önleyen ve pasif içiciliğe maruz kalmayı sınırlandıran politikalar benimsemeye teşvik eder. Tütün endüstrisinin pazarlama uygulamalarına karşı koymaya çalıştıkları için “karşı pazarlama” olarak da anılırlar.

Sağlık İletişimi Değişik Yollardan Yapılabilir.

- Ücretli medya stratejileri (TV’ye reklam yerleştirmek için ödeme yapmak, radyo, reklam panoları, toplu taşıma, çevrimiçi platformlar veya medyayı yazdır)
- Kazanılan medya stratejileri (ücretsiz kapsama alanı oluşturma basında ve kamu hizmeti aracılığıyla duyurular)
- Sosyal medya stratejileri (mesaj paylaşma ve sosyal ağ sitelerinde izleyicilerin ilgisini çekmek Facebook ve Twitter gibi)
- Program iletişimleri (mesajların iletilmesi program web siteleri ve paydaşlar aracılığıyla iletişim)

İletişim kampanyaları kısa veya uzun zaman dilimlerine yayılmış olabilir. Tütün kullanıcıları, bunların aileleri, belirli popülasyonlar, sağlık hizmeti sağlayıcıları, medya veya karar vericilere ulaşmaya odaklanabilirler. Kampanyalar en çok daha büyük bir programa entegre olduklarında etkilidir. Örneğin, kampanyalara bırakma hattı numarası veya yeni tütün kontrol politikası hakkında farkındalığı artırmak dahil edilebilir. Tütün Kontrol İletişimi; tütün kullanıcılarını bırakmaya motive etmek, insanları ikinci el dumana maruz kalma zararlarından korumak ve tütün kullanımını önlemek için değişen sosyal normlar başlatma mesajlarına odaklanır.

Sağlık iletişimi kapsamlı tütün kontrol programlarının kritik bir parçasıdır. Etkili bir sağlık iletişimi, tütün kullanımının tehlikeleri hakkında farkındalığı arttırabilir, tütün kontrol programları ve politikalarına toplum desteğini artırabilir ve tütün kullanımını azaltabilir. Sağlık iletişimi özellikle endüstri ürünleri pazarlamak için yeni reklam ve promosyonları taktiklerini giderek daha fazla kullandığından tütün endüstrisi reklamlarına karşı koymak için de önemlidir. İletişim müdahalelerinin etkin olabilmesi için güçlü kanıtlara dayalı olması önerilir. Bu stratejilerle geniş kitlelere hızlı, tekrar tekrar ve uygun maliyetle ulaşılabilir. Bu şekilde tütün kullanımı ve tütünün önlenmesi ve kontrol stratejilerinin kabulünü artırmak konusunda sosyal normları değiştirebilirler. Kitlesele Sağlık İletişim Müdahaleleri; gençlerin başlamasını önler, gençlerde ve erişkinlerde tütün kullanımını azaltır, bırakma girişimlerini arttırır ve bırakma hizmetlerinden yararlanmayı arttırır. Ayrıca bırakanlar arasında yeniden başlama riskini azaltır.

Kitlesele Sağlık İletişimi Müdahale Yöntemleri

- Tütün karşıtı reklamlar
- Davranış değişikliğini teşvik etmek için yeterli erişime, sıklığa ve süreye sahip reklamlar
- Yeni materyal geliştiriliyorsa, kitle içgörü araştırması ve kavram testi
- Mesajları, gizli reklam ve pazarlamayı anlamak için gözetim
- Farkındalığı arttırmak için yerel medya desteği ve topluluk işbirliği ve sosyal normları güçlendirmek
- Daha fazla yaygınlaştırma için dijital teknolojiler
- Bırakmak isteyen tütün kullanıcılarını destekleyen bırakma hizmetlerinin tanıtımı
- Süreç ve sonuç değerlendirmesi içermelidir

Başarılı kampanyalar sağlamak için;

- Bir iletişim planı geliştirmek
- Hedef kitleyi araştırmak
- Etkili mesajlar geliştirmek
- Strateji karışımı kullanma
- Bir kampanya başlatmaya hazırlanmak
- Ücretli medya geliştirme ve yerleştirme
- Gençlerin başlamasını önler
- Gençlerde ve erişkinlerde tütün kullanımını azaltır
- Bırakma girişimlerini arttırır
- Bırakma hizmetlerinden yararlanmayı arttırır
- Bırakanlar arasında yeniden başlama riskini azaltır

Başarılı bir kampanyanın bileşenleri sıralanacak olursa;

- Hedeflere ulaşmak için birlikte çalışan birden çok strateji olması

- Yeterli finansman
- Yeterli erişim ve sıklık
- Tutarlı mesajlar
- Genel program amaçları ile koordinasyon
- Amaca göre uyarlanmış stratejiler
- Bırakma hizmetlerine bağlantılar
- Kültürel açıdan yetkin mesajlar ve stratejiler
- Kampanya öncesi ve sonrası değerlendirmeler içermelidir.

BAĞIMLILIK VE İLETİŞİM

Prof. Dr. Murat Topbaş

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

murattopbas@yahoo.com

Sağlık İletişimi, sağlık ve iletişim profesyonellerinin ayrı ayrı değil, iş birliği içerisinde çalışmaları gereken özel bir alan haline gelmiştir. Öyle ki, sağlık amaçlı üretilen ve iletilen bir mesajda en küçük bir hata veya yanlış anlaşılmalara geri dönülemez ve yaşamsal sorunlara neden olabilir. Yani “kaş yapalım derken, göz çıkartılabilir.”

Günümüzde bilgi herhangi bir süzgeçten geçmeden saniyeler içerisinde kıtalararası yayılım gösterebilmektedir. Acil sorunların fark edilmesi ve hızlıca ülkeler arası geniş baş etme mekanizmalarının aktif hale getirilmesi ile bu acil sağlık sorunları kontrol altına alınabilir. Ancak her zaman bu durum istendik ölçüde ilerlememektedir. Çoğu zaman üretilen ve yayılan bilgiler alıcılarda farklı nitelikte algı ve tepkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle sağlıkla ilgili üretilen mesajların amaçları ve hedef kitle çok önemlidir.

Sağlık açısından tehlike ve zararlar içeren tütün ve tütün ürünleri bağımlılığı, alkol kullanım bozuklukları, madde bağımlılığı, davranışsal (internet, kumar ve şans oyunları, oyun, alışveriş, porno / seks vb) bağımlılıkları günümüz dünyasında hemen tüm ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Yukarıda tanımlana bağımlılık türlerinin görülme sıklıkları ve boyutları, etyolojik risk faktörleri, bağımlılıkların sosyodemografik açıdan özellikleri ile sağlık ve sosyal etkilerinde ortak ve farklı alanlar bulunmaktadır. Çoğu zaman “bağımlılık” kelimesi ile bağımlılık türleri bir arada anlaşılacakla birlikte ayrıntıda ciddi farklılıkları vardır. Bu nedenle “bağımlılık iletişimi” bu birliktelik ve farklılıklara göre şekillenmesi gereken bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bağımlılık iletişiminde dikkat edilmesi gereken özellikler şunlardır:

1. Bağımlılık Türleri

- Hangi tür bağımlılığa karşı mesaj üretilecek? Tütün için üretilen mesaj ile internet veya kumar bağımlılığı için üretilen mesajların niteliği ve özelliği aynı olamaz.

2. Hedef Kitle

- Üretilcek mesajın hedef kitlesi kimdir? Hangi bireylere, hangi topluma, toplumun hangi alt grubuna yönelik olacak?
- Hedef kitlenin belirlenme gerekçeleri nelerdir? Nasıl belirlenecektir?

3. Amaç

- Mesaj üretmenin amacı nedir?

- b. Bağımlıktan koruyucu / önleyici
- c. Bağımlı olanlara bunlarla baş etme mekanizmalarını ve tedavi yollarını gösterici / motive edici / cesaretlendirici / güdüleyici, devam ettirici
- d. Bağımlı olanların medikal ve sosyal rehabilitasyonunu sağlayıcı / esenlenmesini sağlayıcı

4. İletişim teknikleri

- a. Mesajın iletim yolları nasıl olacak?
- b. Etkinlik türleri neler olacak? Nasıl planlanacak? Yer, zaman, tarihler nasıl belirlenecek? İş birliği yapılacak kişi, kurum, kuruluşlar nasıl belirlenecek?
- c. Hangi yöntemler ve araçlar kullanılacaktır? Sosyal medya kullanılacaksa, sosyal medya bağımlılığı nasıl kontrol altına alınacaktır veya önlenecektir?
- d. Üretilen mesajlarda yalınlık, sadelik nasıl sağlanacaktır? Her bilgiyi vermek mi, seçili bilgiler üzerinden mi hareket edilecektir?
- e. Hedef kitle ile bilgi arasında uyum nasıl belirlenecektir?
- f. Mesajları üreten veya mesajları iletişim dilene çeviren kişilerin yeterlilik ve yetkinlikleri nasıl olmalıdır? Yetkinlikleri nasıl değerlendirilmelidir? Yetkin olmayan ama yetkili kişilerin etkileri nasıl minimize edilecektir?
- g. Mesajı üreten veya ileten de baş edilmeye çalışılan türde bağımlılığı varsa, bu nasıl yönetilecektir? Örneğin; tütün ve tütün ürünlerinin zararlarını işleyen bir kişi, kendisi tütün bağımlısı ise ve hedef kitle bunu biliyor veya görür veya öğrenirse bu sorunla nasıl baş edilecektir?
- h. Hedef kitlenin merakı nasıl çekilecektir? Devamlılığı nasıl sağlanacaktır? Üretilen mesajların yayım hangi sıklık veya periyotta olacaktır?
- i. Üretilen mesajın algılanabilir ve anlaşılabilirliği nasıldır? Nasıl ölçülecektir?
- j. Bağımlılıkta merak çok önemlidir. Üretilen mesajlar ve kullanılan iletişim araçları baş etmeye çalışılan bağımlılık türüne karşı merak ve özenti uyandırabilir mi? Kötü reklam etkisi nasıl önlenecektir? Kaş yapalım derken, göz çıkartmamanın önüne nasıl geçilecektir?

5. Bağımlılık İletişim Ürünlerinin ve Etkinliklerin yarar ve başarısının ölçümü

- a. Üretilen mesajların veya yapılan etkinliklerin bireyde/bireylerde, toplumda, toplum alt gruplarında nasıl algılanmış ve anlaşılmıştır?
- b. Bilgi, tutum, davranışta ne tür değişiklikler olmuştur? Bunlar nasıl ölçülecek ve değerlendirilecektir? Üretilen mesajların veya iletişim araçlarının başarısı ne olmuştur?

c. Sağlık, sosyal ve ekonomik yararları nasıl ölçülecektir?

6. Özel durumlar

- Hedef kitlede Güven inşası nasıl sağlanacaktır?
- Okul çağındaki tütün, alkol, madde bağımlısı olanlar nasıl yönetilecektir?
- Özellikle madde bağımlılığına tedaviye yöneltilmeye çalışılan kişilerin hukuksal durumları nasıl yönetilecektir?

Bağımlılık iletişimi oldukça karmaşık bir yapıya sahip olup, sağlık ve iletişim alanlarından uzmanlarca profesyonelce planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi gereken bir sağlık iletişimi alanıdır.

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ; TANI VE TEDAVİ SÜRECİNDE PROFESYONELLER ARASI İLETİŞİM

Doç. Dr. Ahmet Turla

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye
aturla@omu.edu.tr

Çocukların fiziksel, duygusal ya da cinsel yönden istismar ve ihmal edilmesi tüm toplumlarda yaygın görülen birçok sosyal yönü de olan önemli bir sağlık sorunudur. Çocuk istismarı ve ihmalini; çocuğun anne, babası ya da çocuğa bakmakla yükümlü olan bir kimse tarafından çocuğun fiziksel ve duygusal gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve ihmallerin tümü olarak tanımlayabiliriz. Dünya Sağlık Örgütü de benzer bir tanımlama yaparak çocuk istismarını; “bir sorumluluk, güven ya da güç ilişkisi bağlamında, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ya da onuru açısından fiilen zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar verebilecek her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal ya da ihmalkâr davranış veya ticari amaçlı, ya da diğer her türlü sömürü” olarak tanımlamaktadır.

Tüm dünyada özel değere sahip, korunması gereken birey grubunu oluşturan çocuklar, gerek bedensel gerekse ruhsal gelişim olarak olumsuz dış etkilere karşı koyma yeteneğini kazanamamış olduklarından her türlü istismara açık durumdadırlar. Aynı zamanda istismar edilmiş çocuğun duygusal ve fiziksel gelişimi olumsuz yönde etkilenir. Duygusal gelişimleri bozulan çocukların yaşam kaliteleri düşer ve sonraki yaşamlarında ciddi psikolojik ve iletişim sorunları yaşarlar. Bu olumsuz etkiler sadece mağdurları değil, tüm toplumu, ülkeleri ve daha geniş anlamda insanlığı etkileyen sosyal ve ekonomik sonuçlar doğurmaktadır. Yapılan çalışmalar, istismar mağduru çocukların uzun yıllar boyunca olumsuz sağlık problemlerinin yanında ciddi boyutlarda ekonomik sıkıntılar da yaşadığını göstermiştir.

Çocuk istismarı öğrenilen ve nesilden nesile aktarılan bir davranıştır. Çocuklarını istismar eden kişilerin bir zamanlar kendilerinin de çocukluklarında istismara maruz kaldıkları bilinmektedir. Çocuk istismarı bir çeşit şiddet döngüsü halini gelebilmektedir. Bugünün çocuk istismarı mağdurlarının yarının çocuk istismarcıları olma ihtimali de yüksektir.

Çocuk istismarı, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal (psikolojik) istismar ve ihmal şeklinde temel olarak 4 ana başlık altında sınıflandırılmaktadır. En geniş kapsamı ile “çocuğun kaza dışı ve önlenabilir davranışlar sonucunda fiziksel zarar görmesi” ya da “çocuğun kaza dışı yaralanması” olarak açıklanabilen fiziksel istismar, itaati sağlama, cezalandırma ya da öfke boşaltma amacı ile elle ya da herhangi bir aletle vurma, itme, tekmeleme, sallama, sarsma, ısırma, boğma, yakma, zehirleme ve benzeri şiddet içeren eylemler ile çocuğun vücuduna iz bırakacak/bırakmayacak şekilde zarar verilmesi olarak da tanımlanabilmektedir. Cinsel istismar; psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, bir yetişkin tarafından zorlanarak, mecbur bırakılarak, ikna edilerek ya da kandırılarak

cinsel uyarılma amacıyla kullanılması şeklinde tanımlanmıştır. En sık karşılaşılan ama en zor tanı alan istismar formu duygusal istismardır. Duygusal istismar ve ihmali; çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli kötülenmesi, sosyal ilişki ve kaynaklarla ilişkisinden sürekli yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun, topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak tanımlanmıştır. Çocuk ihmali; başta anne ve baba olmak üzere, çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sevgi ve sağlık gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır. Çocuk ihmalinin pasif bir durum olması, diğer istismar türlerinden en önemli ayırt edici özelliğidir. Fiziksel, duygusal, tıbbi ve eğitimsel ihmal olarak alt başlıklara ayrılmaktadır. Fiziksel ihmal; çocukların yemek, barınma, giyecek gibi temel ihtiyaçlarının çeşitli sebepler ile sağlanmamasıdır. Duygusal ihmal; çocukların ihtiyaç duyduğu sevgi ve ilginin gösterilmemesi, psikolojik desteğin karşılanmamasıdır. Tıbbi ihmal; çocukların ihtiyaç duyduğu tıbbi bakımın zamanında ve uygun şekilde sağlanmaması olarak tanımlanabilir. Eğitimsel ihmal ise; çocukların eğitimsel gelişiminin sağlanmaması ya da desteklenmemesidir. Tüm ihmal türlerinde çocuğa bakmakla yükümlü ebeveynlerin göstermiş olabileceği bilinçsiz davranışların yanı sıra, yaşanan ekonomik sıkıntılar da bu tabloların ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir.

İstismarın ortaya çıkarılması, ağırlaşan sonuçlarının önlenmesi, başka çocukların da istismara uğramaması açısından önemlidir. Her ne kadar suçun ortaya çıkartılması, soruşturulması ve kovuşturulması, önleyici düzenlemelerin yapılması kamunun esas görevi ise de, bu durum kamu düzenini ilgilendiren bir suçla karşılaşan bireyleri de sorumluluktan kurtarmamaktadır. Bu kişilerin de “ihbar yükümlülüğü” bulunmaktadır. O halde suçların önlenmesi ve suçluların cezalandırılması bir hak olmakla beraber aynı zamanda bir yükümlülüktür. Bu doğrultuda Türk Ceza Kanununda (TCK) suçu bildirmeme suçuna yer verilmiş, bu suçtan bağımsız bir şekilde kamu görevlisinin suçu bildirmemesi ve sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi suçları düzenlenmiştir.

Çocuk İstismarı İddialarında Profesyoneller Arası İletişim

Son yıllarda artan çocuk istismarı olguları, bu konunun tanı, tedavi ve önlenmesinde görev yapan adli tıp uzmanlarının, çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlarının, hukukçuların, eğitimcilerin, psikologların, polislerin ve sosyal hizmet uzmanlarının daha fazla iletişim kurmasını ve sorunun çözümünde ortak bir dil kullanımının önemini bir kez daha ortaya çıkartmıştır.

Süreci yönetirken tüm tarafların bilgi ve bu konudaki duyarlılığı, sürecin sağlıklı ilerlemesi ve sonuçlanmasının temel taşıdır. Çocuk istismarı olgularının yönetiminde yasal anlamda görev yapan kurum ve kişiler belli olmakla birlikte, konunun en önemli boyutunun bu kişilerin iletişimsel yetkinliği olduğu unutulmamalıdır. Bu konuda görev yapan profesyoneller çocuk istismarı iddialarının yönetiminde iletişim ilkeleri, kriz durumunda iletişim, bilgi paylaşımı, medya iletişimi, mahremiyetin sağlanması ve koordinasyon konusunda gereken yetkinliği kazanmış olmalıdır. Olayın

ortaya çıkması sonrası temel ilkeler çerçevesinde hareket etmek, çocuğun tıbbi ve psikolojik tedavi sürecinin öncelenmesi ve her aşamada evrensel kurallar çerçevesinde çocuğun toplumsal ve hukuksal haklarının korunması ana unsurlar olmalıdır.

Çocuk istismarı iddiasının ortaya çıkması ile birlikte bilgi ve dolaşımının sağlıklı yapılması da oldukça önemlidir. Dolayısıyla böylesi durumlara ilişkin bilgi kontrolünü ve sağlıklı bilgi paylaşımını yapabilmek amacıyla bir iletişim stratejisinin belirlenmesi gerekmektedir. Çocuk istismarı vakalarında olay ile ilgili mahrem bilgilerin paylaşılması gerekmektedir. Çocuklara ilişkin koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarının alınması ile uygulanmasına ilişkin tüm süreçlerde, çocuğun avukatı hariç olmak üzere; çocuğun kimliği, adresi, fotoğrafları, yaşadığı travmalar, klinik durumu gibi çocuğa ve yakınlarına ait her türlü bilgi ve bu bilgilerin yer aldığı belgeler ile kayıtlar gizli tutulmalıdır. Çocuk istismarı olaylarında dikkat edilmesi gereken mahremiyet meselesi söz konusu medya araçları olunca daha büyük bir önem arz etmektedir.

Çocuk istismarı iddialarının hukuki-tıbbi ve rehabilitasyon açısından yönetiminde, bir istismar olayı gerçekleşmeden tüm tarafları kapsayan gerekli iletişimsel (kişilerarası iletişim unsurları ve kriz iletişim planı gibi) alt yapı oluşturulmalıdır.

Çocukların korunması sadece bireysel değil aynı zamanda toplumsal bir sorundur. Çocuk sağlığı üzerinde birçok probleme yol açan ve sonuçları itibarıyla ciddi bir halk sağlığı sorunu olan çocuk istismarından korunmak; istismarı engellemede en önemli aşamalardan biri olup, bütüncül ve sistematik bir yaklaşım ile mümkün olabilmektedir. Çocuk istismarını önlemek için istismara yol açan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ve çocukların sağlıklı gelişimi için ihtiyaç duyduğu sosyal desteğin karşılanması gerekmektedir.

Çocuk istismarı ancak tüm toplumun ortak mücadelesi ile engellenebilir. Çocuk istismarının zararları konusunda toplumda duyarlılık oluşturulması mücadelenin birinci basamağıdır. Bu bilinç toplumun tüm kesimlerini kapsayıcı etkili kamu politikalarıyla desteklendiğinde gerçek başarı elde edilebilir.

İSTİSMARA UĞRAMIŞ ÇOCUKLA İLETİŞİM

Doç. Dr. Gökçe Nur Say

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

Çocuk istismarı, kısa ve uzun dönem ciddi sorunlara yol açan ruhsal bir travmadır. Çocuk istismarı fiziksel, cinsel veya duygusal istismar şeklinde ortaya çıkmaktadır. Çocuklar gelişimsel özellikleri sebebiyle ebeveynlerin korumasına, bakımına ve sevgisine muhtaçtırlar. Çocuklar aynı zamanda anababalarına ve çevrelerindeki yetişkinlere güven duyarlar. Çocuk istismarı ise ne yazık ki, genellikle bakım verenler veya çocuğa yakın biri tarafından gerçekleştirilir ve çoğunlukla kroniktir. Çoğu durumda çocuğun bakım ve sevgi ihtiyacı devam ederken istismar da devam ediyordur. Bu sebeple, ortaya çıkması ve çocuk tarafından ifade edilmesi oldukça güçtür. Olayların üstünün örtülmesi oldukça sık rastlanan bir durumdur.

Çocuk istismarı ile çalışan profesyoneller ise istismara dair ivedilikle bilgi toplamak ve çocuğu korumakla yükümlüdür. İstismar mağduru çocuklar yaşadıkları travma sebebiyle güven duymakta zorlanabilirler ve fiziksel temastan kaçınabilirler. İstismar olayını anlatmak veya fizik muayene çocuk için travmatize edici olabilmektedir. Bu sunumda istismara uğramış çocukla ve ailesiyle iletişim konusu ele alınacaktır.

KRONİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİNDE İLETİŞİMİN ROLÜ

Doç. Dr. Dilek Öztas

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş

Kronik hastalıkların, dünya üzerindeki yükü, büyük ölçüde, tütün kullanımı, obezite/diyet, hiperkolesterolemi, alkol kullanımı, hareketsiz yaşam tarzı, bazı bulaşıcı hastalıklar ve hipertansiyon dahil olmak üzere ana risk faktörlerindeki azalma tarafından belirlenecektir. Ayrıca, demografik değişiklikler, yoksulluk ve diğer sosyal belirleyicilerin, küreselleşme ve çevre gibi daha dolaylı faktörlerin de, bu risk faktörleri üzerindeki etkileri vardır. Hem birey hem de toplum temelli bağlamda, etkili önleme çabalarının örneklerinin sunulması ile sağlık sistemlerinin kronik hastalıkları önlemedeki özel rolünün ana hatlarını çizilmesi, önemi günden güne arttıran iki konudur.

Kronik Hastalıklar İçin Risk Faktörleri

Kronik hastalıkların risk faktörlerindeki ve hastalık yükündeki eğilimler, son yıllarda kapsamlı bir şekilde değerlendirilmektedir. Bu risk faktörlerini ve bunlara atfedilebilen hastalık yükünü ölçmek, uygun şekilde hedeflenmiş sağlık politikaları yoluyla kronik hastalıkların nasıl önleneceğini anlamanın anahtarıdır. 1990'da yayınlanmasından bu yana, Küresel Hastalık Yüğü'nde ana hatlarıyla belirtilen yaklaşım, hastalığın sağlık sistemleri ve popülasyonları üzerindeki etkisini değerlendirmek ve araştırma önceliklerini belirlemek için temel sağlamak için ana yöntem haline gelmiştir. Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasındaki tanı kategorilerini ve ana risk faktörlerini kullanarak hastalık yüklerini tanımlamak için ortak bir ölçü sağlar.

Risk faktörleri ve bunların kronik hastalıklara neden olarak nasıl değerlendirilebileceği konusunda, beş nedensel kriter göz önünde bulundurulmalıdır.

- İlişkinin tutarlılığı (consistency of the association)
- İlişkinin gücü (strength of the association)
- İlişkinin özgüllüğü (specificity of the association)
- İlişkinin zamansal durumu (temporal relationship of the association)
- İlişkinin uygunluğu (coherence of the association)

Risk faktörünün ortadan kaldırılması, hastalıkta azalma ile ilişkilendirilebilir. Önleme, risk faktörlerine maruz kalmayı azaltarak kronik hastalık yükünü azaltabilir; önleme çerçevesi birincil, ikincil veya üçüncül yaklaşımları içermelidir. Kısaca, birincil koruma hastalık başlamadan önce çalışır (örneğin, akciğer kanserini önlemek için gençlerin sigaraya bağımlı hale gelmesinin önlenmesi); kronik hastalığın erken belirtileri veya ön koşulları olanlar üzerinde ikincil koruma çalışmaları (örneğin, bu durumu kontrol etmek ve inmeyi önlemek için klinik hastalarda hipertansiyon taraması); ve üçüncül önleme, engelliliği ve morbiditeyi azaltmak için yerleşik hastalığı olanlar üzerinde çalışır (örneğin, nüksü önlemek için ilk myokard enfarktüsünden sonra düşük doz aspirin almak). Sosyoekonomik

durum, demografik değişiklikler, küreselleşme, çevresel dezavantajlar ve kronik hastalık risk faktörleri hakkında yetersiz bilgi gibi risk faktörlerinin önemi başlangıçta vurgulanmalıdır.

Tütün kullanımı

Kronik hastalık için önlenabilir bir risk faktörü olarak tütün kullanımı, diğerlerinden daha fazla çalışılmıştır. İlgili başlıca kronik hastalıklar kanserler, kardiyovasküler hastalıklar ve solunum hastalıklarıdır ve bunların gelişiminde tütün kullanımının oynadığı rol konusunda artık hiçbir şüphe yoktur. Çeşitli kronik hastalıklar ile pasif içiciliğe maruz kalma arasındaki nedensel ilişki hakkında da önemli kanıtlar vardır. Tütün kullanımı, kardiyovasküler hastalığa (hiperkolesterolemi, diyabetes mellitus ve hipertansiyon) neden olmak için diğer risk faktörleriyle sinerji içinde hareket eder; böylece bu çeşitli risk faktörleri kümelenirken kardiyovasküler hastalık riskini çoğaltır. Artık farklı ulusal ortamlarda hem nüfus hem de bireysel müdahale düzeyinde bir dizi önleyici çabanın etkililiğine dair önemli kanıtlar bulunmaktadır. Yaklaşık 1990'dan beri kapsamlı bir tütün kontrol programının uygulandığı Kaliforniya'da, yetişkin sigara içme prevalansı diğer tüm eyaletlerden daha hızlı bir şekilde azaldı. 1988-1997 yılları arasında, yaşa göre ayarlanmış akciğer kanseri insidansı, Amerika Birleşik Devletleri'nin diğer bölgelerinde sadece %2,7'ye kıyasla Kaliforniya'da %14 azalmıştır.

Tütün müdahaleleri

Dünya Bankası tarafından ifade edilen ve Hastalık Kontrol Öncelikleri Projesi (2007) tarafından vurgulanan, tütün kontrolünde çeşitli özel önleme yaklaşımlarının etkinliğine dair açık kanıtlar vardır. Etkili müdahalelerden biri sigara fiyatlarının artırılmasıdır. Vergilerin arttırılması, hem devlet gelirlerini arttıracığı hem de sigara içme yaygınlığını azaltacağı anlamına gelir. Kamuda sigara içme yasakları da bu konudaki etkili önlemlerden biridir. Ayrıca, kamuya açık bilgi verilmesi de yapılan bir diğer faydalı faaliyettir. Bir diğer konu, reklam ve promosyon yasaklarıdır. Tütün endüstrisinin, bu tür kısıtlamaların amacını yıkmak için kanıtlanmış kapasitesi nedeniyle, kısmi yasakların çok az etkisinin olması beklenebilir.

Sigara bırakma

Sigaraya atfedilebilir ölüm oranındaki azalmalar, ancak sigarayı bırakma durumunu, mevcut sigara içenler tarafından daha yaygın olarak benimsenmesi durumunda görülecektir. Davranışsal yardım, kendi kendine yardım kılavuzlarını, toplum temelli programlar ve minimal veya yoğun klinik müdahaleleri içerir.

Ayrıca, kaçakçılığı kontrol etmek, küçüklere satış üzerindeki kısıtlamalar, genel olarak sigara satışı yasakları veya ürün ikamesi ve çeşitlendirme gibi tarımsal müdahaleler ile ilgili bir etkiyi destekleyen çok az kanıt vardır. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (FCTC), reklam yasaklarının, etiketleme kısıtlamalarının, kaçakçılıkla mücadele eylemlerinin, daha yüksek fiyatların, halka açık yerlerde sigara içilmesinin kısıtlanmasının, sigara bırakma hizmetlerinin artırılmasının ve diğer kanıta dayalı yaklaşımların, iç hukuk yoluyla yürürlüğe konan, ancak uluslararası anlaşma kapsamında zorunlu kılınan uygulamaların uygulanmasını gerektirmektedir.

Fazla kilo ve obezite

Enerji dengesi kalori alımı ve fiziksel aktivite dengesi ile belirlenir. Dolayısıyla beslenme fazlalığının yanı sıra kentleşme gibi sosyo-çevresel ve demografik değişiklikler aşırı kilo/obezite düzeylerinin artmasına neden olabilir. Gelirler arttıkça, diyet değişiklikleri, gıda pazarlarının küreselleşmesinden etkilenen yüksek yağlı hızlı yiyecekleri destekleyebilir. Obezitenin “küreselleşmiş” bir dünyada can sıkıcı bir sorun olduğu açıkça ortaya çıkmaktadır. Bir takım politik eylemler sonucunda Avrupa’da obeziteyi önlemede ilerlemeler kaydedilebilmektedir.

Kamuya açık bilgi ve ifşa, tüketicileri, trafik ışığı şemalar ile, ilave sodyum, yağ ve şekerden kaynaklanan riskler hakkında, paketlenmiş gıdalar üzerindeki kolay anlaşılır etiketler aracılığıyla bilgilendirmek gerekmektedir. Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri, önceden paketlenmiş gıdalarda trans yağ asitlerinin etiketlenmesini zorunlu kılmaktadır. Sosyal normlar değişecekse, bilinçli tüketiciler çok önemlidir. Çocuklar ve ergenler hedef alınmaktadır. Araştırmalar, reklamların çocukların ve gençlerin yeme alışkanlıklarını ve ebeveynlerinin satın alma alışkanlıklarını önemli ölçüde şekillendirebileceğini göstermektedir. Gençlere yönelik yanıltıcı mesajları önlemek için gıda reklamlarının içeriğinin düzenlenmesi, onları yaşam boyu yanlış tavsiye edilen yeme alışkanlıklarından koruyabilir. Sağlıksız gıdaların vergilendirilmesi de önemlidir. Bazı halk sağlığı savunucuları, yüksek oranda tanıtılan sağlıksız gıda ürünleri üzerinde ekonomik bir caydırıcı olarak bir “yağ vergisi” önermektedir.

Hipertansiyon

Dünyada, ölümlerin yaklaşık %14’ü ve engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yıllarının (DALY’ler) %6’sı hipertansiyona atfedilebilir ve gelişmiş ülkelerde daha yüksek bir oran (ölümlerin %17,6’sı ve DALY’lerin %9,3’ü) hipertansiyona atfedilebilir. Uzun vadede, kontrolsüz hipertansiyondan kaynaklanan kalp ve kardiyovasküler sistem hasarı, iskemik kalp hastalığı, felç ve son dönem böbrek hastalığı için önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Alta yatan böbrek hastalıkları da nihayetinde hipertansiyon üretir ve bu da daha sonra gelişmiş ülkelerdeki en büyük ölüm nedeni olan iskemik kalp hastalığına yol açar. Hipertansiyon, özellikle hiperkolesterolemi, obezite, sigara ve hareketsiz yaşam tarzı gibi çoklu kardiyak ve vasküler risk faktörleri bağlamında düşünülmelidir. Bu nedenle, hipertansiyona yaklaşım tekil olmamalı, diğer iskemik kalp hastalığı risk faktörlerini azaltma stratejileri ile birleştirilmelidir; Bu, hem popülasyon hem de bireysel klinik düzeylerde kapsamlı programlar aracılığıyla en etkin biçimde ele alınır. Hipertansiyon müdahaleleri; kan basıncının sürekli düşürülmesi, bireysel hastalarda iskemik kalp hastalığı, felç ve birçok böbrek hastalığı formunun ilerlemesini yavaşlatacaktır. Hipertansiyonda birincil ve ikincil koruma arasındaki ayrım, toplum sağlığı açısından gereksizdir. Aile öyküsü, çoklu risk faktörleri olan ve açık iskemik kalp hastalığı öyküsü olmayan hastalar tedavi gerektirir ve pozitif bir iskemik kalp hastalığı, inme veya böbrek hastalığı öyküsü olanlar, çoklu risk faktörlerini azaltmak için dikkatli bir şekilde incelenmelidir.

Alkol kötüye kullanımı

Alkole bağlı hastalıklar her yıl küresel DALY’lerin yaklaşık %4’ünü oluştururken, Doğu Avrupa için rakam %10,7’dir. Bu hastalık yükünün yaklaşık %75’i alkol bağımlılığı, hipertansiyon gibi

damar hastalıkları, karaciğer sirozu ve çeşitli kanserleri içeren kronik hastalıklardır. Yaralanmalar (özellikle karayolu trafik kazaları) DALYS'nin önemli bir kısmına (%25) katkıda bulunmaktadır . Alkolün kötüye kullanımıyla mücadele politikaları, çoğu durumda tütün kullanımına benzer. Alkolün vergilendirilmesi fiyatı yükseltir ve böylece tüketimi azaltır. Reklam yasaları, aşırı içmenin sosyal kabul edilebilirliğini azaltabilir. Alkol satışı, sınırlı lisanslı perakende satış mağazaları, minimum yaşlar veya sınırlı saatlerle sınırlandırılabilir. Sıkı bir şekilde uygulanan alkollü araç kullanma yasaları aşırı alkol alımını caydırır ve trafik kazalarını önler. Bu önlemler, reşit olmayanlara veya sarhoş kişilere yasa dışı satışları azaltmak için polislik, ruhsatlandırma konusunda düzenleyici yaptırımlar ve alkol satıcılarının eğitimi dahil olmak üzere etkili uygulama ve yasalar gerektirir. Sınırlı miktarlarda alkol tüketimi, önceden var olan bir riski olanlarda (40 yaşın altındaki hemen hemen tüm insanları hariç tutan) kalp hastalıklarının önlenmesi üzerinde bazı ölçülebilir etkilere sahip olabilir, ancak alkol kötüye kullanımı son derece maliyetli ve can sıkıcı bir halk sağlığı sorunudur.

Sedanter yaşam tarzı

Düzenli fiziksel aktivite, kilo kontrolünde ve obezitenin önlenmesinde kilit bir unsurdur. Ayrıca düzenli fiziksel aktivite koroner arter hastalığı, felç, tip 2 diyabet, kolon ve meme kanseri, osteoporotik kırıklar, osteoartrit ve depresyon riskini azaltır. Her gün yarım saat yürümek bile önemli sağlık yararları ile ilişkilendirilmiştir, ancak daha uzun fiziksel aktivite süreleri ve daha yoğun aktivite ile riskte daha fazla azalma görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde spor, fiziksel çalışma veya fiziksel olarak aktif bir ev yaşamıyla meşgul olmak için giderek daha az fırsat ve motivasyon vardır. Fiziksel aktivitede çarpıcı azalmalar, yürüme ve bisiklete binmeye daha az erişim ve emeğin mekanizasyonu ile kentleşmenin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Bu, aşağıda yapıları çevre ile ilgili bölümde daha ayrıntılı olarak tartışılmaktadır. Fiziksel aktiviteyi teşvik eden müdahaleler; fiziksel aktivite özellikle çocukların ve gençlerin sağlıklı gelişimi için önemlidir ve fiziksel aktivite fiziksel refahı iyileştirecek ve yaşlı insanlar arasında kronik hastalıkların, özellikle kardiyovasküler hastalık ve diyabetin etkisini azaltacaktır. Sağlık sunucuları tarafından fiziksel aktivite konusunda özel tavsiyeler, hastalar için yönetilebilir hedefler sağlayarak öz bakımı iyileştirebilir.

Avrupa'da, fiziksel aktivite düzeyi (PAL; toplam günlük enerji harcamasının tahmini bazal metabolizma hızına oranı) için hedefler, sağlayıcılar tarafından hastalara sunulabilecek bir tür reçete olarak geliştirilmiştir (1,75'in üzerindeki hedef 60-80'dir. kilo alımını önlemek için günlük dakika yürüyüş ve kalp damar hastalıkları ve diyabeti önlemek için günde 30 dakika) (Tablo 5.2).

Bulaşıcı hastalıklar

Kanserlerde, çeşitli enfeksiyöz ajanların, özellikle virüslerin etiyolojik rolü için artan kanıtlar ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında öne çıkanlar, hepatit B virüsü ve insan papilloma virüsüdür (HPV). Bağışıklama yoluyla sırasıyla hepatik karsinom ve serviks kanserinin önlenmesi sağlanabilir, mide kanserine neden olan bir bakteri olan *Helicobacter pylori*, antibiyotiklerle kolayca tedavi edilebilir. Diğer kanserojen enfeksiyon ajanları arasında karaciğer parazitleri, şistozomlar, Epstein-Barr virüsü, herpes simpleks ve T-lenfotrofik virüsler bulunur. Kronik hastalığa neden olan enfeksiyöz

ajanlar arasında hepatit C virüsü (akut enfeksiyona ve kronik aktif hepatite neden olur), insan immün yetmezlik virüsü (HIV, edinilmiş immün yetmezlik sendromuna (AIDS) neden olur), şu anda antiretroviral tedavinin mortaliteyi azalttığı ülkelerde kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bulaşıcı hastalık müdahaleleri karaciğer kanseri ve kronik aktif hepatit için mevcut önleme çabaları, doğumda çocuklara, çocukluk döneminde uygun bir programda ve enfekte olmuş kişilerin ev üyelerine verilen hepatit B aşısının evrensel uygulamasına odaklanmalıdır. Hepatit B aşısı, bir kanser türünü önleyen ilk aşıydı. Rahim ağzı kanserini önlemeye yönelik HPV aşısı, Amerika Birleşik Devletleri'nde cinsel aktivitenin başlangıcından önce kızlar için kullanım için onaylanmıştır.

Kronik Hastalık Risk Faktörleri Üzerindeki Dolaylı Etkiler

Yoksulluk ve Sosyal Eşitsizlikler

Yoksulluk ve sosyal eşitsizlikler dünya çapında kötü sağlığın en önemli belirleyicileri olabilir ve yoksulluğun kendisi de kronik hastalık için birçok risk faktörünün bağımsız bir belirleyicisi olabilir. Örneğin, tütün kullanımı ve alkol kötüye kullanımı, düşük sosyoekonomik statüye sahip kişiler arasında çok daha yaygındır.

Demografik Değişiklikler

Avrupa'daki demografik değişiklikler, mevcut ve gelecekteki kronik hastalık yükleri ve ardından önleme fırsatları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Birincil demografik belirleyiciler, nüfusun yaşlanmasını, doğurganlığın azalmasını, artan kentleşmeyi ve devam eden ekonomik büyümeyi içerir.

Küreselleşme

Küreselleşme birden fazla anlamı olan bir terimdir, ancak genel olarak ulusların, işletmelerin ve insanların artan ekonomik entegrasyon, iletişim, seyahat ve kültürel yayılma yoluyla ulusal sınırlar boyunca daha fazla birbirine bağlı ve birbirine bağımlı olma biçimini kapsar. Nüfuslar arasında bilgi asimetrisi olduğu ve hizmet sunumunda sosyal adalet sorunlarının ortaya çıktığı göz önüne alındığında, küreselleşme etik kaygılar doğurur.

Çevre

Fiziksel aktiviteye katılım sadece spor veya organize aktivite yoluyla değil, aynı zamanda insanların yaşadığı yerleşik, doğal ve sosyal ortamlardan da etkilenir. Kentsel tasarım, fiziksel aktivite ve aktif yaşam için bir teşvik ya da engel olabilecek ortamlara erişime izin verebilir. Kolektif sosyal normlar da fiziksel aktiviteye katılımı büyük ölçüde etkiler. Kent planlama teorisi ve mahallenin karmaşıklığı ve kökenleri üzerine ampirik kanıtlarla desteklenen anlamlı yaklaşım kombinasyonlarına ihtiyaç vardır. Fiziksel aktivite, çocuklar ve yetişkinler arasında hareketsiz yaşam ve obezite sorunlarını çözmeyi amaçlayan herhangi bir stratejinin temel bir bileşenidir. Aktif yaşam, bireysel fiziksel ve zihinsel sağlığa katkıda bulunur, aynı zamanda sosyal uyum ve toplum refahına da katkıda bulunur. İnsanlar parklar, yeşil alanlar, işyerleri ve dükkanlar gibi önemli tesislere kolayca erişebildikleri zaman daha aktif olurlar. Aktif yaşamın önündeki diğer engeller arasında suç ve yol güvenliği, ulaşım emisyonları

ve kirlilik, erişim ve/veya eğlence tesislerinin eksikliği ile ilgili sorunlar ve fiziksel aktiviteye karşı olumsuz tutumlar yer almaktadır.

Kronik hastalıkların önlenmesi, hükümet politikasını, sağlık sistemlerini ve önleyici uygulama standartlarını, kamuoyunu bilgilendirmeyi ve kişisel bakım için bireysel sorumluluğu içeren entegre bir yaklaşım üzerine kurulmuştur. Tütün kullanımı durumunda, etkili entegre müdahalelere ilişkin önemli kanıtlar mevcuttur. Obezite ile, popülasyon ve hatta klinik temelli yaklaşımlar için kanıtlar sınırlı kalmaktadır. Kronik hastalık yükünde kardiyovasküler hastalıkların ilk sırada yer almasıyla birlikte, hem popülasyon hem de bireysel düzeyde çoklu risk faktörünü azaltma yaklaşımına ilişkin yeterli kanıt bulunmaktadır. Hipertansiyon, hiperkolesterolemi, sigara, obezite ve fiziksel hareketsizlik, optimal etki için birden fazla müdahale kanalı gerektirir. Sağlık sistemi bu açıdan kritik öneme sahiptir, çünkü riskleri olan ancak kardiyovasküler hastalığı olmayanlar ile erken veya subklinik kronik hastalığı olan hastalar etkili bir şekilde tedavi edilebilir. Bu, hem sağlık sistemi hem de hasta üzerindeki gelecekteki yükleri azaltacaktır. Bununla birlikte, hükümetin, özel sektörün, sağlık sisteminin ve bireyin artan kronik hastalık salgınına bilimsel temelli önleme uygulamalarını uygulamak için önemli sorumlulukları olduğu için önlemenin gerçekten “herkesin işi” olduğu açıktır.

Kronik Hastalıkların Yönetiminde Kendi Kendine Yönetimi Desteklemek

Diabetes mellitus, inme ve kardiyovasküler hastalık gibi kronik durumlar, bireylerin hem zihinsel hem de fiziksel sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Kronik durumların prevalansındaki artış, dünya çapında sağlık sistemleri için büyüyen bir zorluğu temsil etmektedir. Bazı sağlık sistemleri, Kronik Bakım Modeli gibi bir çerçeveye dayalı sistem çapında bir yaklaşım benimsemişken, diğerleri bakımın belirli unsurlarına odaklanmakta veya yoğun hizmet kullanıcıları olan kişileri hedeflemektedir. En büyük hastaneye yatış riski kronik hastalıklardadır. Bu koşulların uzun vadeli doğası göz önüne alındığında, hükümetler ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, kronik koşullarla yaşayan insanları kendi sağlıklarını yönetmeleri için desteklemenin yeni yollarını geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunmaktadır. Azaltılmış risk ve iyileştirilmiş sonuçların yalnızca sağlık profesyonellerinin eylemlerine bağlı olmadığı, aynı zamanda bireyin kendi eylemlerine de bağlı olduğu konusunda artan bir anlayış vardır. Bu nedenle, insanların kendi kendine bakımlarını desteklemesi, artan kronik hastalık dalgasıyla mücadeleyle yönelik herhangi bir politikanın hayati bir unsurudur. Bu durumda; öz-bakım, öz-yönetim ve öz-yönetim desteği gibi terimler ön plana çıkmaktadır. Kronik hastalıklarda kendi kendine yönetim desteğinin doğası ve etkinliği, birden fazla koşulu olan veya sosyal yoksunluk yaşayan kişilere bu tür bir desteği sağlamanın zorlukları vurgulanarak eleştirel bir şekilde analiz edilmektedir.

Öz-Bakım, Öz-Yönetim ve Öz-Yönetim Desteğinin Tanımlanması

DSÖ öz-bakımı, “bireylerin, ailelerin ve toplulukların sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek, hastalıkları sınırlamak ve sağlığı eski haline getirmek amacıyla üstlendikleri faaliyetler” olarak tanımlamaktadır. Diğer bir tanım; “insanların kendileri, çocukları ve aileleri için formda kalmak ve iyi bir fiziksel ve zihinsel sağlığı sürdürmek için yaptıkları eylemler; sosyal ve psikolojik ihtiyaçları

karşılama; hastalık veya kazaları önlemek; küçük rahatsızlıklar ve uzun süreli koşullar için bakım; ve akut bir hastalıktan veya hastaneden taburcu olduktan sonra sağlık ve esenliği sürdürmek" şeklindedir. Öz bakım, sağlıklı, hastalık riski taşıyan, semptomlar yaşayan, bir hastalık teşhisi konmuş veya tedavi gören kişilerin davranış ve eylemlerini içerebilir. Bu nedenle, kendi kendine teşhis, kendi kendine yönetim, kendi kendine ilaç tedavisi ve kendi kendini izleme gibi belirli kendi kendine bakım türlerini kapsar.

Öz yönetim

Öz-yönetim terimi ilk olarak, hastaların tedavilerine aktif katılımını belirtmek için kullanılmıştır. Öz yönetimin amacı, kronik hastalığın fiziksel sağlık durumu ve işleyişi üzerindeki etkisini en aza indirmek ve insanların hastalığın psikolojik etkileriyle baş etmelerini sağlamaktır. Öz-yönetim, hasta ve sağlık pratisyeni arasındaki işbirliğine dayalı bir faaliyet olarak tanımlanır. Öz-yönetim faaliyetleri genellikle hasta tarafından sağlık pratisyenleri ve hizmetleri ile planlanan temaslar arasında gerçekleştirilir. Bu faaliyetler semptomları yönetmeyi, durumu tedavi etmeyi, kronik bir durumla yaşamının doğasında var olan fiziksel ve psikososyal sonuçlarla başa çıkmayı ve yaşam tarzı değişiklikleri yapmayı içerir. Evde yönetim görevleri ve stratejileri, bireyin doktoru ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarının işbirliği ve rehberliği ile üstlenilir. Bu itibarla, öz-yönetim bir seçenek olarak değil, birinci basamak bakımın ayrılmaz bir parçası olması gereken kaçınılmaz bir faaliyetler dizisi olarak görülmektedir.

Kendi Kendine Yönetim Desteği

Öz-yönetim desteği, hasta aktivasyonu, eğitim ve güçlendirmeyi teşvik etmek için hasta merkezli işbirlikçi bir yaklaşımı içerir. Öz-yönetim desteği, sağlık profesyonellerinin rolünü bilgi ve geleneksel hasta eğitiminden, hastaların güven inşa etmelerine ve daha iyi öz-yönetim ve daha iyi sonuçlara yol açan seçimler yapmalarına yardımcı olmayı içerecek şekilde genişletir. Kendi kendine yönetim desteği, bilgilendirilmiş, aktif bir hastanın üretken hasta-sağlayıcı etkileşimlerine yönelik merkeziliğini vurgulayan Kronik Bakım Modeli'nin önemli bir özelliğidir. Öz-yönetim desteği, hasta eğitimini, yaşam tarzı değişikliğini teşvik etmek için çok çeşitli davranışsal değişim tekniklerinin işbirlikçi kullanımını, sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesini ve bir dizi kronik koşulda beceri gelişimini içerir. Hastalar problem çözme, hedef belirleme ve diyabet, kalp yetmezliği, hipertansiyon gibi kronik durumlarda kanıta dayalı standart müdahalelerin kullanımı konusunda eğitilir. İşbirliğine dayalı bakım planlaması, bireysel hizmet sağlayıcıların öz yönetimi destekleyebilecekleri önemli bir yoldur. İşbirlikçi bir bakım planı sadece durumun tıbbi yönetimine odaklanmakla kalmaz, aynı zamanda rol yönetimini, kronik hastalığın gerektirdiği davranış değişikliğinin müzakeresini ve kronik bir hastalıkla yaşamının duygusal etkisinin yönetimini kolaylaştırır.

Öz Yönetim Desteğinin Teorik Temeli

Kronik rahatsızlıkları olan kişilere sağlanan çoğu öz-yönetim desteği, davranışlarını bir şekilde etkilemeyi amaçlar. Bir veya daha fazla kronik hastalığı olan kişilerin durumlarını yönetmek

için çeşitli faaliyetlerde bulunmaları beklenir ve hastalığın etkisini en aza indirmek ve daha fazla kötüleşmeyi önlemek için davranışlarını değiştirmeleri gerekebilir. Örneğin, yardımcı cihazları kullanmak, semptomları ve ağrıyı yönetmek, ilaçları belirtildiği gibi almak veya hastalıklarının sınırlamalarıyla başa çıkmak için yeni becerilere veya bilgilere ihtiyaçları olabilir. Daha düzenli egzersiz yapmaları, kilolarını kontrol etmeleri, diyetlerini değiştirmeleri, sigarayı bırakmaları veya alkol alımlarını azaltmaları önerilebilir. Birçok öz-yönetim destek müdahalesi, bir veya daha fazla insan davranışı teorisine dayanmaktadır. Örneğin, motivasyonel görüşme ve kısa müzakere gibi teknikler, açıkça kendini algılama teorisi (insanlar, başkalarının söylediklerinden ziyade kendilerinin söylediklerinden daha güçlü bir şekilde etkilenirler) ve karar dengesi teorisi (karar verme belirli bir konunun avantajları ve dezavantajları tartılarak kolaylaştırılır).

Rasyonel Seçim Teorisi

Fayda teorilerinden türetilen karar verme teorileri, ekonomi ve siyaset biliminde yaygın olarak kullanılır. Bireylerin eylemde bulunurken veya karar verirken refahlarını en üst düzeye çıkarmaya çalıştıklarını varsayarlar. Rasyonel karar verme, insanların bir dizi alternatifle karşı karşıya kaldıklarında, beklenen maliyet ve faydaları tartarak, istikrarlı tercihler doğrultusunda bir eylem seçtiklerini varsayar. Sağlık davranışları söz konusu olduğunda, rasyonel seçim, bireylerin yalnızca davranışlarını değiştireceklerini veya bunu yapmanın değerinin maliyetlerden daha ağır bastığını algıladıkları yeni davranışları benimseyeceklerini öne sürer. İnsanlar belirli bir davranış veya eylemin sonuçları hakkında tam olarak bilgilendirilmezlerse, bu, etkili özyönetim için önemli bir engel teşkil edebilir. Bu nedenle, bir kişinin durumu, mevcut tedavi seçenekleri ve önleyici ve yönetim stratejileri hakkında bilgiyi artırmayı amaçlayan eğitim müdahaleleri, öz-yönetim desteğinin önemli bir unsurudur. Bununla birlikte, davranışların etkisi hakkında bilgi, mutlaka davranış değişikliğine yol açmaz. Spor salonu üyeliği kuponlarında olduğu gibi, örneğin sigaraları vergilendirerek veya faydalı davranışların maliyetlerini sübvans ederek riskli davranışların maliyetlerini artırmak gibi stratejiler de davranışı değiştirmek için kullanılır. Kanıtlar, ekonomik teşviklerin etkili olduğunu göstermektedir.

Planlı Davranış Teorisi

Planlı davranış teorisine göre, davranışsal niyetler büyük ölçüde tutum (inançlar ve sonuçların değerlendirilmesi), öznel normlar (yani algılanan sosyal baskı) tarafından belirlenir). Tutum/sosyal etki/öz yeterlilik (ASE) modeli olarak adlandırılan benzer bir model, orijinal teorinin bir uzantısıdır ancak öz yeterliliği üçüncü bir bileşen olarak içerir. Bu model üzerine inşa edilen müdahaleler, yalnızca insanların davranışa yönelik tutumlarını ve sonuçlara ilişkin algılarını etkilemeye (yani buna değer mi?) insanların harekete geçme konusunda kendinden emin olup olmadığı (yani, bunu yapabilir miyim?) konusunda çalışmalardır.

Kendi Kendini Düzenleme Modeli

Bireyin semptomlar, hastalığın nedenleri ve prognozu ve kontrol olasılıkları hakkındaki inançları, hastalık temsilleri olarak bilinir. 1970'lerden beri yapılan araştırmalar, hastalık temsillerinin hasta

davranışı üzerindeki önemini göstermiştir. Bunlar, depresyon ve yaşam kalitesi gibi sağlıkla ilgili sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Durumsal uyaranlar (semptomlar gibi) hastalığın hem bilişsel hem de duygusal temsillerini oluşturur; İnsanlar kendileriyle başa çıkmak için davranışları benimserler ve sonra bu davranışların etkililiğini değerlendirirler. Hastaların hastalık temsillerinin değiştirilmesinin, miyokard enfarktüsünü takiben iyileşmeyi ve diyabet ve edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS) gibi çeşitli durumlar için hasta sonuçlarını iyileştirdiği gösterilmiştir.

Trans-Teorik Değişim Modeli

Trans-teorik veya işlemsel model, motivasyon veya değişim niyetine odaklanır. Davranışı değiştirmek için atılması gereken bir dizi motivasyonel adımı tanımlar: Ön tefekkür, tefekkür, eylem, sürdürme ve nüksetme. İnsan davranışının “değişim aşamaları” teorisi sağlık alanında yaygın olarak uygulanmaktadır.

Sosyal Bilişsel Veya Sosyal Öğrenme Teorisi

Sosyal öğrenme teorisi, davranışın sonuç beklentilerinden (davranışın etkililiğine ilişkin inançlar, örneğin bir eylemin avantajları ve dezavantajları), gözlemsel öğrenme (sosyal normlar, sosyal destek veya baskı dahil sosyal etkiler) tarafından etkilendiğini varsayar. Hastaların öz-yeterlik inançlarını geliştirmek, birçok öz-yönetim destek müdahalesinin temel bir unsurudur. Akran modellemenin kullanımı (yani diğer hastaları rol model olarak kullanmak) ve akran desteği bu teoride temellenen yaklaşımlardır. Kendi kendine yeterliliğin sağlık davranışı değişikliklerini benimseme ve sürdürme olasılığında önemli bir rol oynadığına ve daha iyi etki, artan motivasyon, daha iyi işlev, tedaviye uyum ve iyileştirilmiş klinik ve sosyal sonuçlarla ilişkili olduğuna dair önemli kanıtlar vardır.

Stresle Başa Çıkma Modeli

Kronik bir hastalık, adaptasyon için ciddi zorluklar oluşturan bir dizi tekrarlayan stresli durumla karakterize edilen önemli bir yaşam olayı olarak görülür. Kronik rahatsızlıkları olan kişiler çeşitli stresörlerle karşı karşıyadır. Örneğin, diyabet hastalarının karmaşık bir diyet rejimine uyması ve günlük olarak kendi kendini yönetme görevlerini yerine getirmesi gerekebilir. Artritli hastalar ağrı, şekil bozukluğu, fonksiyonel yetenek kaybı ve remisyon dönemleri ile uğraşmak zorundadır. Bu stresörlerle başa çıkma yetenekleri, yeterli düzeyde fiziksel, sosyal ve duygusal işleyişi ne kadar iyi sürdürebileceklerini etkiler. Stresle başa çıkma modeline dayalı müdahaleler, başa çıkma stratejilerini vurgular ve hastalara uyarlanabilir başa çıkma stratejilerini öğretir. Birçok müdahale, sosyal desteği ve ustalık, öz saygı veya öz yeterlilik gibi kişisel başa çıkma kaynaklarını artırarak başa çıkmayı iyileştirmeye çalışır.

Kendi Kaderini Tayin Teorisi

Kendi kaderini tayin teorisi özerkliğin önemini vurgular. Bu teoriye göre, sağlık pratisyenleri hastaların doğal motivasyonunu en üst düzeye çıkarmalıdır. “Motivasyon, bir kişiyi belirli bir hedefe doğru iten psikolojik güçler veya enerjileri ifade eder”. Bir hastanın öz-yönetime katılma motivasyonu, sağlık pratisyenlerinin özerkliği ne ölçüde desteklediği ve bireyin bu davranışı başlatmak ve sürdürmekten kendini ne ölçüde sorumlu hissettiği ile tahmin edilir.

Özetle, insan davranışını destekleyen teorileri anlamak, bireyleri durumlarını yönetmede destekleyen müdahaleleri tasarlamak ve değerlendirmek için önemlidir. Öz-yönetim genellikle insanların yeni davranışlar benimsemesini gerektirir. Burada gözden geçirilen teoriler, insanların sağlıklarını iyileştirmek ve durumlarını yönetmek için harekete geçmelerini desteklemeye yönelik müdahalelerin, her kişinin bilgi düzeyine, hastalığına ve sağlık inançlarına, davranışa yönelik tutumlarına bağlı olarak bir dizi strateji gerektirdiğini ileri sürmektedir. güven düzeyi, sosyal ağların gücü ve motivasyon düzeyidir. İhtiyaç duyulan destek, farklı sosyal koşullarda, hastalıklarının farklı evrelerinde ve farklı beceri seviyelerinde (örneğin okuryazarlık) bulunan kişiler için farklılık gösterecektir. Bu teorilere dayalı olarak, eğitim desteği, mali teşvikler, akran destek grupları, motivasyonel görüşme, problem çözme, hedef belirleme, eylem planlama ve başa çıkma becerilerini güçlendirmeyi içerenler dahil olmak üzere çok çeşitli müdahaleler geliştirilmiştir.

Hedef kitle

Kendi kendine yönetim destek programlarının çoğu, tek bir hastalığı olan kişilere odaklanır. Müdahalelerin çoğunun ya astımı ya da diyabeti ya da daha nadiren artrit ve kalp hastalığını ele almak için tasarlandığını göstermiştir. Çoğu destek programı, kronik rahatsızlığı olan kişiyi hedefler. Bakıcılar ve aile üyeleri, kişiye seanslardan birinde eşlik edebilir, ancak bakıcılar veya aile üyeleri için özel olarak tasarlanmış öz-yönetim destek programları nadirdir. Mevcut oldukları yerde, esas olarak, örneğin felç, bunama veya hastalıklarının son aşamasında olanlar gibi yoğun evde bakıma bağımlı olan kronik hasta hastaların bakıcılarına odaklanırlar. Bu programlarda, yoğun bakıma muhtaç bir kişiyle yaşamının ve ona bakmanın duygusal yönleriyle başa çıkabilmesi için bakıcıya yardımcı olmaya en çok dikkat edilir.

Kendi kendine yönetim, bütün bir sistem yaklaşımı gerektirir. Öz-yönetim desteğini “özyönetimi kolaylaştırmak için sağlık sistemlerinde ve toplumda çok düzeyli değişiklikler yapma ve iyileştirme süreci” olarak tanımlamıştır. Sağlık sistemi, sağlayıcılara öz yönetimi teşvik etmeleri için teşvikler vermelidir. Hizmet sağlayıcıların daha fazla aktivite için ödüllendirildiği bir sistemde, bu hastaya çok az fayda sağlasa ve seyahat maliyeti ve iş kaybı nedeniyle dezavantaj olsa bile hastaları sık sık görmeye istekli olacaklardır. Hastalar, kan basıncı, kan şekeri seviyeleri ve en yüksek solunum akışı gibi birçok rutin izlemeyi üstlenecek şekilde eğitilebilir. En az bir yıllık bakım veya sonuçla ilgili ödemeleri kapsayan kişi başı ödemeler, kendi kendine yönetimi teşvik etmek için teşvikler sunar. Mali teşvikler, özellikle de klinisyen ödülleri, kronik hastalıkları olan hastaların nasıl desteklendiğine ilişkin değişiklikleri yönlendirmek için birçok ülkede kullanılmaktadır.

Sonuç

Kronik hastalıkları olan kişiler için geçerli olan öz bakımın en önemli unsuru öz yönetime odaklanmaktır. Öz-yönetim, bireylerin davranışlarını değiştirmek için harekete geçmelerini gerektirir. Çoğu birey bu rolde başarılı olmak için desteğe ihtiyaç duyacaktır. Öz-yönetim desteğini tasarlarken ve değerlendirirken, insan davranışına ilişkin anlayışımızdan yararlanmak önemlidir. Öz-yönetim destek programlarının sonuçları iyileştirdiğine dair kanıtlar mevcuttur. Ancak hangi bileşenlerin

hangi sonuçları etkilediğini ve iyileştirmelerin uzun vadede sürdürülüp sürdürülmediğini anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Destek programları, tasarımları ve içerikleri bakımından farklılık gösterir. Farklı insanların ihtiyaçlarını karşıladığından emin olmak için öz-yönetim desteğine ihtiyaç vardır. Öz-yönetim desteği, kronik bakımın önemli bir unsuru olarak kabul edilse de, çok az ülke bu süreci desteklemek için sistematik stratejiler geliştiriyor veya uyguluyor gibi görünüyor.

Kaynaklar

1. ACT Government (2007) Welcome to Health First. Canberra: ACT Government. [http:// www.healthfirst.net.au/providersearch.ser](http://www.healthfirst.net.au/providersearch.ser) (accessed 5 January 2007).
2. Ajzen, I. and Fishbein, M. (1980) Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
3. Balas, E.A., Krishna, S., Kretschmer, R.A. et al. (2004) Computerized knowledge management in diabetes care, *Med Care*, 42: 610–21.
4. Chodosh, J., Morton, S.C., Mojica, W. et al. (2005) Meta-analysis: chronic disease selfmanagement programs for older adults, *Ann Intern Med*, 143: 427–38.
5. Davis, K., Schoen, C. and Schoenbaum, S.C. (2006) Mirror, Mirror on the Wall: An Update on the Quality of American Health Care Through the Patient's Lens. New York: Commonwealth Fund.
6. Eales, C.J. and Stewart, A.V. (2001) Health and responsibility: self-efficacy, self-care and self-responsibility, *S Afr J Physiother*, 57: 20–5.
7. Farrell, K., Wicks, M.N. and Martin, J.C. (2004) Chronic disease self-management improved with enhanced self-efficacy, *Clin Nurs Res*, 13: 289–308.
8. Gibson, P.G., Powell, H., Coughlan, J. et al. (2002) Limited (information only) patient education programs for adults with asthma, *Cochrane Database Syst Rev*, 2: CD001005.
9. Glasgow, R.E., Hampson, S.E., Strycker, L.A. and Ruggiero, L. (1997) Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management, *Diabetes Care*, 20: 556–61.
10. Glasgow, R.E., Toobert, D.J., Hampson, S.E. and Strycker, L.A. (2002) Implementation, generalization and long-term results of the “choosing well” diabetes self-management intervention, *Patient Educ Couns*, 48: 115–22.
11. Kaiser Permanente (2005) Behavior Change Counseling Using the Brief Negotiation Method. Oakland, CA: Regional Health Education, Northern California Region.
12. Labonte, R. and Schrecker, T. (2006) Globalization and Social Determinants of Health: Analytic and Strategic Review Paper. Ottawa: University of Ottawa Institute of Population Health.
13. Oxford Health Alliance (2006) Oxford Health Alliance Newsletter, Issue 1(April). Oxford: Oxford Health Alliance. www.oxha.org.
14. Wang, L.Y., Yang, Q., Lowry, R. and Wechsler, H. (2003) Economic analysis of a school-based obesity prevention program, *Obes Res*, 11: 1313–24. WHO (2003) Obesity and Overweight. Geneva: World Health Organization.

KRONİK HASTALIKLARA GÜNCEL BAKIŞ

Dr. Öğr. Üyesi Egemen Ünal

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş

Kronik Hastalıkların Genel Özellikleri

Kronik hastalıklar olarak bilinen bir grup hastalık, genellikle yavaş seyir gösteren, başlangıcından belirti gösterme aşamasına kadar uzun bir sessiz periyodu olan, genellikle 6 aydan daha uzun süren, multifaktöryel bir yapıya sahip, tedavisi uzun ve yüksek maliyetli olan ve genellikle tam olarak mümkün olmayan, komplikasyonları ve neden olduğu ölümler nedeni ile ülkelerin sağlık harcamaları içinde önemli yer tutan hastalıklardır [1]. Bu hastalıklar arasında Hipertansiyon (HT), kardiyovasküler hastalıklar (KVH), diabetes mellitus (DM), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kanserler, obezite, Alzheimer tipi demans sayılabilir. Kronik hastalıklar arasında elbette başkaca birçok sağlık durumu daha sayılabilir ancak bu bölümde kronik hastalıklara güncel bakış başlığı altında güncel verilerle en sık görülen “HT, KVH, DM ve KOAH” ele alınmaya çalışılacaktır.

Kronik Hastalık Risk Faktörleri

Kronik hastalıklar içerisinde her durumun kendine ait farklı risk faktörleri var ise de genel olarak kronik hastalıklara yatkınlık yaratan ve ortaya çıkmalarını sağlayan değiştirilebilir ve değiştirilmesi mümkün olmayan bazı risk faktörleri bulunmaktadır.

Başlıca sigara-tütün kullanımı, fiziksel inaktivite, aşırı alkol tüketimi, kan yağlarının yüksekliği, obezite, sağlıksız ve dengesiz diyet, sağlık bakımlarının zamanında yapılmaması gibi değiştirilebilir risk faktörleri [2][3] özellikle genetik olarak kronik hastalığa yatkınlığı olan bireylerde hastalığın daha erken dönemlerde ortaya çıkmasına, komplikasyonlarının daha ağır seyretmesine, ölüm ve sakatlıklara neden olabilmektedir. Halk sağlığının bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da adlandırılan kronik hastalıklara karşı elindeki en büyük silah, bu hastalıkların önlenmesi çalışmalarının toplumun tüm basamaklarına uygun şekilde uygulanmasıdır. Bunun yanı sıra cinsiyet, eğitim durumu, sosyoekonomik seviye, genetik faktörler, ırk ve yaş kronik hastalıklar için değiştirilemez risk faktörleri arasında sayılmaktadır [4]. Bu faktörler hastalığın çevresel ve değiştirilebilir etmenler aracılığı ile ortaya çıkmasını sağlayan başlıca faktörlerdir.

Dünyada Kronik Hastalıkların Görülme Sıklığı ve Mortalitesi

Dünyada özellikle yüksek gelirli ülkeler başta olmak üzere, orta ve düşük gelirli ülkelerde kronik hastalıklar sağlık sistemlerini ve halk sağlığını zorlamakta ve her geçen gün etkisini artırmaktadır. Bu artış trendi ilerleyen yıllarda gerekli halk sağlığı önlemleri alınmazsa etkisini daha da artıracaktır. Bugün yüksek gelirli ülkelerdeki ölümlerin büyük bölümü kronik hastalıklar nedeni ile olurken,

kronik hastalık görülme sıklığının artışı, enfeksiyon hastalıklarından ölümlerin görece daha yüksek olduğu düşük gelirli ülkelerde de büyük bir sorun haline gelmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde hem kronik hastalıkların hem de bulaşıcı hastalıkların oluşturmuş olduğu çifte yük halk sağlığını ve sağlık sistemini olumsuz etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada her yıl yaklaşık 41 milyon insan (toplam ölümlerin %71'i) kronik hastalıklardan ölmektedir [1]. Bu ölümler içinde en sık ölüm nedeni yaklaşık 18 milyon ile KHV olurken, kanserler (9,3 milyon), solunum yolu hastalıkları (4,1 milyon) ve DM (1,5 milyon) diğer ölüm nedenleri içinde sırasıyla yer almaktadır. Bu dört hastalık grubu, tüm erken kronik hastalıklardan ölümlerinin %80'inden fazlasını oluşturmaktadır. Kronik hastalıkların görülme sıklıkları gelişmiş ülkelerde görece daha yüksek olmasına rağmen sağlık sistemlerinin yetersizliği dolayısı ile tüm kronik hastalık ölümlerinin %77'si düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanmaktadır [1].

DSÖ "Dünya İstatistik 2022" verilerine 2019'da başta gelen on ölüm nedeninden yedisini oluşturan kronik hastalıklar, yüksek gelirli ülkelerdeki ölümlerin %85'inden fazlasını meydana getirmektedir. Tüm dünyada 2000 yılından 2019 yılına kadar kronik hastalıklardan ölümlerin tüm ölümler içerisindeki payı %60'dan %74'lere ulaşmıştır [5].

Türkiye'de Kronik Hastalıkların Görülme Sıklığı ve Mortalite

Kronik hastalıklar dünya ile benzer şekilde Türkiye'de de hastalık yükünün ve ölümlerin büyük çoğunluğuna neden olmaktadır [6]. Toplam hastalık yükünü oluşturan hastalık gruplarının 2000-2013 yılları arasında değişimi incelendiğinde yaralanmalar ve bulaşıcı hastalıklardaki azalmanın aksine kronik hastalıkların payı %13'lerden %15'lere gelmiştir [7].

Türkiye'nin içinde bulunduğu yüksek-orta gelir düzeyine sahip ülkelerde kronik hastalıklardan ölümlerin tüm ölümler içerisindeki payı %75'lerden %85'lere gelmiştir [5]. DSÖ ülke profil verilerine göre 2016 yılında Türkiye'de gerçekleşen ölümlerin %34'ü KHV, %23'ü kanserler, %7 KOAH ve %5'i DM nedenlidir [8]. TÜİK 2019 yılı verilerine göre ise ölümlerin %37'si dolaşım sistemi kaynaklı iken, ikinci sırada kanserler, devamında solunum yolu hastalıkları izlemektedir [9].

Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü

Kronik hastalıklarla mücadelede temel olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygun şekilde sunumudur. Kronik hastalıkların bireyde bulgu vermeden önce uzun bir sessiz periyodu olmaktadır. Bu sessiz periyod süresince bireylerin değiştirilemez ve değiştirilebilir risk faktörleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sürekli olarak takip edilmeli ve yakından değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeler sonucunda bireyin artmış riskine yönelik olarak gerekli halk sağlığı uygulamalarını gerçekleştirmek, kronik hastalıkların bulgu vermesini önleyebilir ya da geciktirebilir. Bu kapsamda bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi noktasında tütün ve alkol kullanımının azaltılması, fiziksel inaktivitenin azaltılması, tuz tüketiminin azaltılması, DM ve obezitedeki artışın durdurulması, tütün kullanımının azaltılması hedefleri doğrultusunda uygulamalarına devam etmektedir [7]. Kronik hastalıklarla mücadele kapsamında dünyada ve Türkiye'de birçok ulusal program uygulanmaktadır.

Hipertansiyon (HT)

HT Tanım

HT erişkinlerde en sık görülen kronik hastalık risk faktörüdür. HT, oldukça yavaş, sessiz ve belirtisiz seyreden sinsi bir sağlık sorunudur. Tanım olarak kalbin pompalamış olduğu kanın damar yüzeyinde sistol ve diastolde yarattığı basıncın normalin üzerinde olması olarak ifade edilebilen HT göz, beyin, böbrekler gibi uç organlara zaman içerisinde hasar verebilir. HT tanısı, iki farklı günde yapılan ölçümlerde, her iki gündeki sistolik kan basıncı ölçümlerinin ≥ 140 mmHg ve/veya her iki gündeki diyastolik kan basıncı ölçümlerinin ≥ 90 mmHg olması ile konulur [6][10].

HT Risk faktörleri

HT için değiştirilebilir risk faktörleri arasında sağlıksız beslenme, aşırı tuz tüketimi, yetersiz meyve ve sebze alımı, fiziksel inaktivite, tütün ve alkol tüketimi ve fazla kilolu veya obez olmak yer alırken, değiştirilemeyen risk faktörleri arasında, aile öyküsü, yaş ve DM veya böbrek hastalığı gibi eşlik eden hastalıklar gösterilebilir [10].

Dünyada HT Görülme Sıklığı ve Mortalite

HT dünyada erken ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir ve erkeklerin %25'i, kadınların ise %20'si (bir milyardan fazla insan) HT hastasıdır. Hipertansiyon yükü, vakaların üçte ikisinin bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde, büyük ölçüde son yıllarda bu popülasyonlarda artan risk faktörlerine artış göstermektedir. Öte yandan HT olan yetişkinlerin yaklaşık yarısı bu duruma sahip olduklarının farkında değilken, HT'li yetişkinlerin yarısından azı (%42) teşhis ve tedavi edilmektedir [10]. Bu istatistik HT'ye bağlı komplikasyonların ve ölümlerin gelişmesindeki en önemli faktör olarak göze çarpmaktadır.

Türkiye'de HT Görülme Sıklığı ve Mortalite

2017 yılında yayınlanan Türkiye hane halkı kronik hastalıklar risk faktörleri araştırmasına göre ise hipertansiyon sıklığı %16,2 olarak ifade edilmektedir (erkekler için %12,3 ve kadınlar için %20,0) [11]. Bir başka çalışmada Ülkemizde HT görülme sıklığı %30 civarında bildirilmiştir [12]. HT sıklığı yaşla birlikte artmakta ve kadınlarda görece daha yüksek görülmektedir [11]. Daha önce HT almış olanların $\frac{1}{4}$ 'ü halen HT için tedavi almamaktadır [11]. TÜİK verilerine göre 2019 yılında 1 yıl içinde hipertansiyon tanısı olan kişi yüzde %16,4 olarak tespit edilmiştir [13].

HT Önlenmesi ve Kontrolü

Emosyonel stresi azaltma, kan basıncını düzenli takibi, antihipertansif ilaç tedavisi ve diğer tıbbi durumların tedavisi, tütün kullanımının bırakılması, alkol kullanımının sınırlandırılması, tuz alımının azaltılması, diyet ve egzersiz, kilo kontrolü hipertansiyondan kaynaklanan semptomların ve risk faktörlerinin azaltılmasına yardımcı olabilir. Birleşmiş Milletlerin yayınlamış bildirgede bulaşıcı olmayan hastalıklar için küresel hedeflerden bazıları, HT prevalansını %25 oranında azaltılması, HT

için risk faktörlerinden olan tuz tüketimini %30 azaltma, 15 yaş üzeri bireylerde tütün kullanımı sıklığını %30 azaltma olarak bildirilmiştir [7].

Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH)

KVH Tanım

KVH, kalp ve kan damarlarının fonksiyonlarının bozukluğunu ifade eden bir çatı kavramdır. Bu kavram içerisinde “koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalık, periferik arter hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları ve derin ven trombozu ve pulmoner emboli” yer almaktadır [14][15]

KVH Risk faktörleri

KVH için en önemli değiştirilebilir davranışsal risk faktörleri sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, tütün kullanımı ve zararlı alkol kullanımıdır [14] [16].

Dünyada KVH Görülme Sıklığı ve Mortalite

Bulaşıcı olmayan hastalıklar içerisinde KVH küresel olarak önde gelen ölüm nedenlerinden biridir [17]. 2019 yılı itibarı ile tüm dünyada her yıl yaklaşık 18 milyon kişi KVH nedeniyle ölmektedir. KVH küresel olarak ilk sıradaki ölüm nedenidir ve tüm ölümlerin yaklaşık 3’te birini oluşturmaktadır. KVH ölümlerinin %75’i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanmaktadır. Beş KVH ölümünün dördünden fazlası kalp krizi ve felçten kaynaklanmaktadır ve bu ölümlerin üçte biri 70 yaşın altındaki kişilerde erken meydana gelmektedir. KVH bağlı ölümlerin %85’ini kalp krizi ve inmeler oluşturmaktadır [14]. Küresel Hastalık Yüklü tahminlerine göre Türkiye’deki ölümlerin başlıca nedeni iskemik kalp hastalıkları ve inmeler olarak belirtilmektedir [18]. Çoğu KVH, tütün kullanımı, sağlıksız beslenme ve obezite, fiziksel hareketsizlik ve alkolün zararlı kullanımı gibi davranışsal risk faktörlerini ele alarak önlenabilir.

Türkiye’de KVH Görülme Sıklığı ve Mortalite

Türkiye’de KVH sıklığı 15 yaş üstü grupta yüzde 3 civarında bildirilmiştir. Ayrıca sıklık yaşla beraber artarak 75 yaş üzerinde %20’lere dayanmaktadır. Serebrovasküler olay sıklığı ise ortalama %2 civarında bildirilmektedir [11]. Türkiye’de 2012-2017 arasında kümülatif KVH insidansı yüzbinde yaklaşık 5500, yıllık insidans ise yaklaşık yüzbinde 1000 olarak saptanmıştır. KVH insidansı, erkeklerde görece daha yüksek ve KVH riski yaşla artmaktadır [6]. KVH insidansı açısından Batı ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri daha yüksek; Batı Anadolu ise en düşük değerlere sahiptir. Sigara-tütün kullanımı, DM varlığı, kan yağlarında yükseklik ve yüksek (Beden Kitle İndeksi) BKİ ile KVH arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bildirilmektedir [6]. TÜİK 2019 yılı verilerine göre ölümlerin en büyük nedeni dolaşım sistemi kaynaklıdır [9].

KVH Önlenmesi ve Kontrolü

KVH’dan korunmada temel yol hastalığa neden olan değiştirilebilir risk faktörlerinin tespit edilip

değiştirilmesidir. Bu anlamda diğer kronik hastalıklardaki kontrol önlemleri ile benzer olarak tütün kullanımının bırakılması, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, düzenli fiziksel aktivitenin sağlanması, DM ve diğer kronik hastalıklardan korunulması KVH'den korunmada da bize en büyük yardımı sağlayacak uygulamalardır.

Diabetes Mellitus (DM)

DM Tanım

DM, insan vücudunda yeterli insülin üretilmemesi ya da insülinin dokular tarafınca yeterli kullanılamaması (insüline duyarsızlaşma) sonucu gelişen kan şekeri yüksekliği ile karakterize süregelen bir hastalıktır. Genellikle dikkati çeken DM semptomları: idrara sık çıkma, aşırı susama ve yemek yeme isteği, kilo kaybı, yara iyileşmesinde gecikme, görme değişiklikleri ve yorgunluk olarak sıralanabilir [19].

Alt tipleri

DM'nin bilinen 4 alt tipi mevcuttur.

- 1- Tip 1 DM, insüline bağımlı diyabet olarak da adlandırılır. Pankreas fonksiyon bozukluğu neticesinde insülin yokluğu ile karakterizedir.
- 2- Tip 2 DM "insüline bağımlı olmayan diyabet ya da erişkin tip diyabet" olarak da isimlendirilir, en yaygın görülen diyabet formudur. Bu tipte insülin yetersizliği ya da dokularda insüline duyarsızlık söz konusudur.
- 3- Spesifik Nedenlere Bağlı DM: Belirli hastalıklara ya kişisel tüketim alışkanlıklarına sekonder gelişen pankreas hasarı ile gelişebilen bu form diyabetlilerin çok az bir kısmını oluştururlar.
- 4- Gestasyonel (Gebeliğe bağlı) DM: İlk kez gebelik sırasında ortaya çıkan diyabet formudur [20].

DM Komplikasyonları

KVH

Diyabetik ayak ülserleri

Diyabetik retinopati, nefropati, nöropati olarak sıralanabilir [20].

DM Risk faktörleri

DM gelişimindeki özellikle tip 1 DM için genetik faktörlerin ön planda olduğu düşünülmekte iken, Tip 2 DM'de ise genetik faktörlerin yanı sıra aile öyküsü, obezite, gebelikte iri bebek öyküsü, etnisite gibi faktörler rol oynamaktadır. İleveten fiziksel olarak aktif olmamak, psikotik ilaç kullanmak, dislipidemi, overlerde kist öyküsü gibi faktörlerde bireyde DM gelişim riskini artırmaktadır [19].

Dünyada DM Görülme Sıklığı ve Mortalite

DSÖ 2021 verilerine göre dünya çapında yaklaşık 425 milyon insan DM hastası bulunurken, 2035'te

bu sayının 592 milyona (%10.1) ulaşabileceği tahmin edilmektedir [19]. Bunların çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşıyor ve her yıl 1,6 milyon ölüm doğrudan diyabete atfediliyor. DM, körlük, böbrek yetmezliği, kalp krizi, felç ve alt ekstremitte amputasyonunun önemli bir nedenidir.

Günümüzde DM sıklığı tüm dünyada artmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) Atlası 2021 verilerine göre tüm dünyada 20-79 yaş arası yaklaşık 550 milyon yetişkin birey DM hastasıdır. Bu sayının 2030 yılında yaklaşık 650 milyona, 2045'te ise 800 milyona ulaşabileceği tahmin edilmektedir. Ayrıca tahminlere göre 232 milyon insan henüz DM olmasına rağmen tanı almamıştır [21]. Bu durum DM'ye bağlı diyabetik ayak ülserleri, retinopati, nefropati, nöropati gibi komplikasyonların gelişimini hızlandırmakta ve DM'ye bağlı ölümlerin artmasına yol açmaktadır. DM, 2021 yılı için tüm dünyada 6,7 milyon ölümden sorumlu tutulmaktadır.

Türkiye'de DM Görülme Sıklığı ve Mortalite

Sun ve arkadaşlarının 2021 yılında yapmış olduğu çalışmada IDF Atlası verilerine göre, Türkiye, 20-79 yaş aralığındaki DM hastası sayısı bakımından dünyadaki ilk 10 ülke arasında değilken, projeksiyon çalışmalarına göre 2045 yılında 13.4 milyon DM'li sayısı ile dünyanın en çok DM sıklığına sahip 10. ülkesi konumuna geleceği öngörülmektedir [21]. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-II)"nda DM sıklığı %16.5 olarak belirlenmiştir [22]. Ayrıca DM olmayan gruba göre; DM olanlarda hipertansiyon riski ve obezite riski artmaktadır. Diyabet geliştirme riski erkekte ve kadınlarda yaşla birlikte artmaktadır. DM gelişme riski sigara içenlerde içmeyenlere göre HT olanlarda olmayanlara göre, dislipidemisi olanlarda olmayanlara göre daha fazladır. [6].

DM Önlenmesi ve Kontrolü

DM, diyet, fiziksel aktivite, ilaç tedavisi ve düzenli tarama ve komplikasyonlar için tedavi ile tedavi edilebilir ve sonuçlarından kaçınılabilir veya geciktirilebilir. Basit yaşam tarzı önlemlerinin tip 2 DM başlamasını önlemede veya geciktirmede etkili olduğu gösterilmiştir. Bu uygulamalar arasında ideal kiloyu sağlamak, fiziksel olarak aktif olmak, yeterli ve dengeli beslenmek ve tütün kullanımından kaçınmak sayılabilir [19]. Bunun yanı sıra DM hastaları mikro ve makrovasküler komplikasyonların önlenmesi ve erken tanısı için ilgili uzmanlık dallarında rutin kontrollerini sürdürmelidir. Belirli aralıklarla göz dibi muayenesi, böbrek fonksiyon testlerinin uygulanması, nörolojik muayenelerin yaptırılması büyük önem taşımaktadır.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

KOAH Tanım

KOAH, toplumdaki sıklığı giderek artmakta olan kronik, infalamatuar, ilerleyici ve irreversibl bir solunum yetersizliği hastalığıdır. KOAH, genetik faktörlerin ve yatkınlıkların yanı sıra özellikle sigara dumanı gibi zararlı gazlara ve partiküllere uzun süreli maruziyetten kaynaklanmaktadır [23][24]. KOAH, nefes almada zorluk, öksürük ve balgam üretimi gibi kalıcı ve ilerleyici solunum semptomlarına neden olur [25].

KOAH Risk faktörleri

Tütün dumanına, iç ortam hava kirliliğine ve mesleki tozlara, dumanlara ve kimyasallara çevresel maruziyet KOAH için önemli risk faktörleridir [26][27]. Öncelikle tütün dumanı ve hava kirliliği olmak üzere solunum yolu ile zararlı gazlara ve partiküllere uzun süre maruz kalınmasının KOAH'a yol açtığı uzun yıllardır bilinmekte, ancak alınan önlemlere rağmen hastalık giderek daha sık görülmektedir [28]. Hastalığın sıklığı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek iken, sıklık yaşla beraber artmaktadır [27].

Dünyada KOAH Görülme Sıklığı ve Mortalite

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olan KOAH, dünya çapında üçüncü önde gelen ölüm nedenidir [29]. Tüm dünyada yaklaşık 250-300 milyon kişiyi etkilemekte ve 2019 yılı itibarı ile her yıl 3,2 milyon kişinin ölümüne sebep olmaktadır [27]. Bu ölümlerin %90'dan fazlası düşük-orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır [26]. Dünyanın farklı bölgelerinde KOAH sıklığı %3 ile %20 arasında değişmekle beraber [30], 40 yaş üstünde KOAH sıklığı yaklaşık %12'ler bandındadır [31]. Bu sıklık sigara içicilerde içmeyenlere göre, erkeklerde kadınlara göre ve 40 yaş üstü bireylerde 40 yaş altına göre daha yüksek seyretmektedir [30].

Türkiye'de KOAH Görülme Sıklığı ve Mortalite

Türk Toraks Derneği'nin verilerine göre KOAH'ın Türkiye'deki sıklığı yaklaşık %19 olarak bildirilmektedir [31]. Türkiye'de "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı" çalışmasına göre hekim tarafından tanımlı yaşa ve cinsiyete standardize KOAH sıklığı %4 civarında bildirilmiştir [11]. Bu hastaların yarısından azı ilaç kullanmaktadır. Türkiye'deki ölüm nedenlerine baktığımızda solunum sistemi kaynaklı ölümler 3. Sırada yer almaktadır [9] ve bu ölümlerin yaklaşık yarısı KOAH nedeniyle olmaktadır [31].

KOAH Önlenmesi ve Kontrolü

KOAH'ın önlenmesi ve kontrol edilmesine yönelik olarak bireylerin gerekli tedavilerini aksatmadan sürdürmesi, sigarayı bırakması, mesleki maruziyetlerden uzak durması, KOAH nedeni olarak belirlenen çevresel risk faktörlerinden korunması, düzenli egzersiz yapması ve zatürree, grip ve COVID-19'a karşı bağışıklanması önerilir.

Sonuç ve Öneriler

Görülmektedir ki bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da adlandırılan kronik hastalıklar uzun sürmeleri, kesin bir tedavilerinin olmaması, tedavi maliyetlerinin çok yüksek oluşu ve çok sık görülmeleri nedeni ile halk sağlığı pratiğinin büyük bölümünü oluşturmaktadır. Halk sağlığı bakış açısına göre bu hastalıklar gelişmeden önce yapılacak müdahaleler ve toplumun eğitilmesi ile gerek hastalık sıklıkları, gerekse hastalıklara bağlı komplikasyonlar ciddi oranda azalacaktır. Bugün dünyada halk sağlığı uygulamalarını sıkı sıkıya uygulayabilen gelişmiş ülkelerde kronik hastalık sıklıklarının ve bu hastalıklara bağlı ölümlerin azaldığını görüyoruz. Bu elbette sevindirici bir gelişmedir, ancak halen gelişmekte ve az gelişmiş olan ülkelerde kronik hastalıkların sıklıklarının artışı izliyoruz.

Esasında kronik hastalıkların tümü için belirlenen ve bilimsel çalışmalarla gösterilmiş olan risk faktörleri ve bu hastalıklara yönelik olarak yapılması beklenen halk sağlığı uygulamaları hemen hemen benzerdir. Tütün kullanımının azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması gibi basit görünen hayati uygulamaların toplumun geneli tarafından benimsenmesi, kronik hastalıklarla mücadelenin en önemli amacı olmalıdır. Tüm dünyada kronik hastalıklara bağlı ölüm ve sakatlıkların en aza indirilmesi için devletlerin, özellikle toplumu sağlık yönünden eğitmeye, toplumun sağlık hizmetlerine ulaşımını artırmaya, sağlığın geliştirilmesi ve teşvik edilmesine, kronik hastalıkların önlenmesi ve erken tanınması çalışmalarını birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında güçlendirmeye ve tabaya yaymaya daha fazla kaynak ve zaman ayırması gerektiği açıktır. Bu sayede halk sağlığının tanımı içerisinde yer alan toplumun yaşamının uzatılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedefine yaklaşılmış olacaktır.

Kaynaklar

- 1 WHO, "Noncommunicable diseases," 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (accessed Sep. 15, 2022).
- 2 "Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balçılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018."
- 3 M. Kılıç, "Kronik hastalıkların önlenmesinde davranışsal risk faktörlerinin önemi," *TAF Prev. Med. Bull.*, vol. 10, no. 6, pp. 733-740, 2011.
- 4 J. Nawamawat, W. Prasittichok, T. Prompradit, S. Chatchawanteerapong, and V. Sittisart, "Prevalence and characteristics of risk factors for non-communicable diseases in semi-urban communities: Nakhonsawan, Thailand," *J. Heal. Res.*, 2020.
- 5 WHO, "World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals," 2022. (23/08/2022)
- 6 Sağlık Bakanlığı, "'Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması' Sağlık Bakanlığı Yayın No 1206, Ankara ve Yayın Tarihi 2021"."
- 7 Sağlık Bakanlığı, "Türkiye Bulaşıcı olmayan hastalıklar çok paydaşlı eylem planı, 2017-2025," *Sağlık Bakanlığı. Yayın*, no. 1056, 2017.
- 8 WHO, "Noncommunicable diseases country profiles 2018," 2018. (23/08/2022)
- 9 TÜİK, "Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019," 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710#:~:text=TÜİK Kurumsal&text=Ölüm sayısı 2018 yılında 426,%2C4'ünü kadınlar oluşturdu.&text=Bin kişi başına düşen ölüm,yılında binde 5%2C3 oldu.> (accessed Sep. 14, 2022).
- 10 WHO, "Hypertension," 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> (accessed Sep. 10, 2022).
- 11 B. Ünal, G. Ergör, G. D. Horasan, S. Kalaça, and K. Sözmén, "Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması," *Ankara Sağlık Bakanlığı*, vol. 5, 2013.

- 12 T. AYDEMİR and Ş. ÇETİN, “Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım,” *J. Anatol. Med. Res.*, vol. 4, no. 3, pp. 109–115, 2019.
- 13 TÜİK, “Türkiye Sağlık Araştırması, 2019.” <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661> (accessed Sep. 09, 2022).
- 14 WHO, “Cardiovascular diseases (CVDs),” 2021. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (accessed Sep. 05, 2022).
- 15 S. Mollahaliloğlu *et al.*, “Türkiye’de sağlığa bakış 2007,” *Ankara. Bölük Ofset Matbaacılık*, 2007.
- 16 A. Onat *et al.*, “TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük,” *İstanbul: Logos Yayıncılık*, pp. 104–119, 2017.
- 17 Sağlık Bakanlığı, “‘Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı’ ‘Sağlık Bakanlığı Yayın No:988, Ankara ve Yayın Tarihi 2015’.” (28/08/2022)
- 18 “Health data Turkey,” 2019. <https://www.healthdata.org/turkey> (accessed Sep. 03, 2022).
- 19 WHO, “Diabetes,” 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> (accessed Sep. 02, 2022).
- 20 Sağlık Bakanlığı, “‘Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Tıp 1 Diyabet Tanı Tedavi İzlem Rehberi’ Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No 1079, Ankara ve Yayın Tarihi 2018’”
- 21 H. Sun *et al.*, “IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045,” *Diabetes Res. Clin. Pract.*, vol. 183, p. 109119, 2022.
- 22 İ. Satman and T.-I. Ç. Grubu, “Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-II) Sonuçları,” 2011.
- 23 A. K. Güntülü, S. Metintaş, Ş. Yılmaz, F. Boğar, and M. Metintaş, “Yaşlı Akciğer Kanseri Hastalarının Epidemiyolojik, Klinik Ve Sağ Kalım Özellikleri,” *İzmir Göğüs Hastan. Derg.*, vol. 31, no. 1, pp. 33–40.
- 24 A. Yasin and T. Özlü, “Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi,” *Güncel Göğüs Hast. Serisi*, vol. 1, no. 1, pp. 7–12, 2013.
- 25 A. Kocabaş *et al.*, “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014,” *Off. J. Turkish Thorac. Soc.*, vol. 15, no. 2, pp. 1–72, 2014.
- 26 WHO, “COPD,” 2021. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)) (accessed Sep. 01, 2022).
- 27 S. Safiri *et al.*, “Burden of chronic obstructive pulmonary disease and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019,” *bmj*, vol. 378, 2022.
- 28 “‘Türkiye’de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yönetimi: Korunma, Tanı ve Tedavi Standartları Kılavuzu. Satman İ, Erkan F (Editörler). Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü Yayın No: 48569, İstanbul.” (01/09/2022)

- 29 N. Köktürk and K. Ç. G. Adına, “Türk Toraks Derneği’nin GOLD 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Raporuna Bakışı,” 2017.
- 30 “Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2021 Report,” 2022. (29/08/2022)
- 31 Türk Toraks Derneği, “18 Kasım 2020 Dünya KOAH Günü Basın Bildirisi,” 2020. <https://toraks.org.tr/site/news/10102> (accessed Sep. 01, 2022).

KRONİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİNDE İLETİŞİM, BİR SAĞLIK SİSTEMİ PERSPEKTİFİ

Selen Kahraman

Klinik Psikolog

GİRİŞ

Kronik hastalıklar 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronik hastalıkları “uzun süren ve yavaş ilerleyen hastalıklar” olarak tanımlamaktadır. Kronik hastalıklarda tıbbi tedavilerle tam bir iyileşme sağlanamamakta, hastanın özbakım sorumluluğunu sahiplenmesi ve sürdürebilmesi için periyodik izlem ve destek bakım gerekmektedir. Kronik hastalıklar sadece gelişmiş ülkelerin sorunu olmaktan çıkmış dünya mortalite ve morbidite verilerine göre tüm ülkelerde birinci sağlık sorunu haline gelmiştir. DSÖ 2008 verilerine göre tüm dünyadaki yaklaşık 57 milyon ölümün 36 milyondan fazlası (%63) bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlıdır. Bu ölümlerin %80’i gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir. Nüfus artışı ve ortalama yaşam süresinin uzaması bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığında artışa neden olmakta, buna paralel olarak bu hastalıklara bağlı ölüm oranları da artış göstermektedir. 2015’te bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı ölümlerin arttığı, %70’e (40 milyon) ulaştığı görülmektedir. En sık ölüme yol açan ve bulaşıcı olmayan dört kronik hastalık, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet olup bunların kronik hastalıklara bağlı tüm ölümler içindeki oranları sırasıyla %45, %22, %10, %4 olarak saptanmıştır.

KRONİK HASTALAR İLE İLETİŞİM

Bireylerin sağlığı, doğuştan getirdikleri genetik faktörler kadar çevre ile etkileşimlerine de bağlıdır. Bu etkileşimin öneminin fark edilmesi sonrasında sağlığın geliştirilmesi çalışmalarına ağırlık verilmiş, ilgili politikalar ve programlar uygulamaya koyulmuştur. Sağlığı geliştirme programlarının önemli bir bileşeni etkili iletişimdir. Günlük yaşamımızın temel bir ögesi olan iletişimde bilgiler kadar duyguların ve düşüncelerin paylaşımı da önemlidir. Sağlık alanındaki iletişimin hasta-hekim iletişimi ve toplumsal iletişim olmak üzere iki temel boyutu vardır. Hasta-hekim iletişiminde tıbbi görüşme yani öykü alma klinik uygulamanın temelini oluşturmaktadır. Günümüzde sağlık alanında teknolojik açıdan hızlı bir ilerleme kaydedilmesine rağmen yüz yüze iletişimin sağladığı birçok veriye ulaşılamamaktadır. Hekimin iletişim becerilerinin iyi olması hasta memnuniyetinin artmasını sağlamakta, birçok hasta, kaygılarının hekimleri tarafından dinlenmesini beklemektedir. 1980’li yıllardan sonra gelişen hasta merkezli yaklaşım ile karar verme sürecine hastanın da dahil edilmesi durumunda sağlık çıktılarının olumlu yönde iyileşme gösterdiği görülmektedir. 1981’de kabul edilen Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi’nde “hastanın yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul ya da reddetme hakkı vardır” ve 1984’de kabul edilen Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi’nde “hastalar durumları ile ilgili tıbbi gerçekler, önerilen tıbbi girişimler ve her bir girişimin potansiyel risk veya yararları, önerilen girişimlerin alternatifleri, tedavisiz kalmanın

sonuçları, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilenme hakkına sahiptir” denilmektedir.

Hastanın bilgilendirilmesi kadar önemli bir diğer unsur da hasta ile hekim arasında güven duygusuna bağlı bir ilişkinin oluşturulmasıdır. Bu da hekim ile hasta arasındaki ilişkinin doğru kurulmasından geçmektedir. Hekimin bilgi ve deneyimi ne kadar iyi olursa olsun hasta ile arasındaki iletişimin yeterli olmaması hastanın tedaviye uyumunda istenmeyen durumlara yol açmaktadır. Hastaya ilaçlarını nasıl kullanacağını uygun şekilde anlatılmaması, uygulayacağı diyet hakkındaki bilginin anlaşılır ve açıklayıcı olarak verilmemesi, hasta ile konuşurken teknik terimlerin kullanılması, hastanın anlayıp anlamadığının kontrol edilmemesi, hastadan geribildirim alınmaması gibi iletişim sorunları hastanın aynı ya da farklı hekimlere tekrar tekrar başvurmasına neden olmaktadır.

Tıbbi bilgiyi hasta ve hasta yakınına iletmek kolay bir iş değildir. Tıp bilimin ilerlemesi, yüksek düzeyde bir kesinlik, derinlemesine bir iletişim modeli ve bilmediğimiz şeylere doğru sürekli derinleşmeyi içerir. Bu yolculukta, sağlık çalışanları, hastadan farklı bir dil konuşur ve farklı bir bakış açısına sahiptir. Sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınlarının iletişim ortamından uzaklaşırken, birbirleriyle etkili bir şekilde iletişim kurarlar. Ancak, kronik hastalıklar için tedavilerin geliştirilmesi üzerinde çalışırken, bu çizgiyi geçmek gerekmektedir. Bir yandan hastaların bilgi eksikliklerinin giderilmesine yardımcı olmak gerekirken, öte yandan, yanlış umutlar veya yanlış anlamalar üretme korkusu da artar. Burada kullanılacak olan araç, bilimsel iletişimdir.

BİLİM İLETİŞİMİ, İLETİŞİM TARZI

İletişimde netlik en önde gelir. Dikkate alınması gereken önemli bir nokta, tıbbi dili değiştirmenin, daha fazla kelime kullanmak, dolayısıyla bir makalede daha uzun, bir konuşma ise daha fazla zaman anlamına gelmesidir. “İmmünojenite” kelimesini daha basit alternatiflerle değiştirmeye çalışmak zordur. Aynısı, sıradan bir izleyici kitlesi için, eşanlamı olmayan kelimelerin “monoklonal antikorlar”, “sitokinler” veya “homeostaz” için de geçerli olmasıdır. Jargonu kaldırmanın zorluklarından biri, teknik kelimeleri günlük dille ifade etmenin standart bir yolunun olmamasıdır. Bu nedenle İsrail Holon Teknoloji Enstitüleri’nden bilim adamları, iletişiminizdeki jargonu tanımlamanıza yardımcı olacak “jargon giderici” adı altında bir araç geliştirdiler. Web tabanlı bir yazılım olarak geliştirilen bu yazılım, metninizi BBC tarafından üç yıllık bir zaman diliminde (2012-2015) kullanılan 90 milyon kelimelik bir derleme ile karşılaştırır. Bu, yazılım, genellikle saf jargon olan ve daha az kullanılan kelimelerin karşılaştırmasını ve işaret edilmesini sağlar.

BİLİM İLETİŞİMİ, KARMAŞIKLIK

Jargonu kaldırmak, buzdağının sadece görünen kısmıdır. Teknik kelime dağarcığı karmaşık katmanlardan biridir, ancak dahası da vardır. Tıbbi konularda, hasta ve hasta yakınları ile konuştuğumuz kavramların sayısına dikkat etmeli ve azaltmaya çalışmalıyız. Bilgilerin aktarılması için, belirli bir hedef kitlemiz açısından anlaşılmasını kolaylaştıracak uygun bir düzen bulunmalıdır. Bilgileri anlaşılır kılmak için en iyi format seçilmelidir. Bazen yazılı biçim en uygundur, ancak karmaşık bilgiler için diğer biçimler, daha azıyla daha fazlasını anlatmamıza yardımcı olabilir.

BİLİM İLETİŞİMİ, KİMLİKSİZLİK

Bilim kişisel değildir. Sonuçların bir koleksiyonunu veren kolektif bir çabadır. Bilim adamları, bu sonuçların kendi başlarına konuşmasını bekleyebilirler, ancak bu sadece bilim adamları arasındaki iletişimde işe yarayabilir. İnsanlar genellikle grafikler ve verilerle hareket ettirilemez, ancak insanlarla hikayeler vasıtasıyla bağlantı kurarız. Hikaye anlatımı bizim özümüzdedir ve insanlık iyi hikayeler anlatır ve duygusal olarak onlara bağlanır. Bir grup sonucu etkileyici bir hikayeye dönüştürmek için dikkate almamız gereken sadece birkaç unsur vardır. İyi bir hikaye, açık niyetleri ve açık engelleri olan bir kahramanı içerir. Ve çok daha önemlisi, tehlikede olan bir şey. Bir grup araştırmacı (kahraman) kronik hastalıklardan birine (diabet) karşı yeni bir tedavi geliştirmek istiyor (niyet). Sorun, yeni tedaviler geliştirmenin zorluğuna dayanmaktadır: etkinlik, yerel dağıtım, özgüllük, maliyet... (engeller). Binlerce hastanın yaşam kalitesi (ya da yaşamın kendisi) tehlikede. Sayıları, grafikleri, p değerlerini unutun. Bu sonuçları geliştirme hikayesi, gerçek çıktılarından daha güçlüdür.

BİLİM İLETİŞİMİ, BELİRSİZLİK

Bilim yapma yolculuğumuzda keşfettiğimiz bir sürü şey vardır ve dolayısıyla kesin olarak bildiğimiz şeyler vardır. Bununla birlikte, bilinmeyen kalan daha fazla süreç ve mekanizma vardır. Belirsizlik bilim adamları için itici güçtür...ama hastalar için korkutucu bir unsurdur.

Kronik hastalıklarda belirsizliğin unsurları şöyle sıralanabilir:

1. Belirsizlik: Hastaların hastalık durumunu belirsiz veya belirsiz olarak değerlendirmesi.
2. Karmaşıklık: Hastaların tedavi hakkında gözlemlediği çok sayıda ipucu.
3. Eksik bilgi: Tanı hakkında yetersiz bilgi.
4. Öngörülemezlik: Hastaların hastalık seyri ve sonuçlarına ait istikrar eksikliği.

Bu belirsizlik durumlarından herhangi birinin deneyimi, hastaların kendileri ve sağlık durumları hakkında güvensiz hissetmelerine neden olabilir. Bu durumlarda, hastaların teşhisleri hakkında daha gerçekçi ve dürüst bir genel bakışa sahip olmak için belirsizlik düzeylerini bilmeleri gerekebileceğini ve tedavilerin, ilaçların, terapinin vb. riskleri ve etkilerinin onlara yardımcı olabileceğini göz önünde bulundurmalıyız.

Mishel ve arkadaşları, yakın zamanda, erken evre prostat kanseri hastalarına ilgili bilgileri sağlamayı ve hasta-hekim iletişim becerilerini öğretmeyi amaçlayan bir “karar verme belirsizliği yönetimi müdahalesinin” etkilerini geliştirmiş ve test etmişlerdir. Bu müdahale, hastaların bilgilerini, bilgi aramaya olan ilgilerini geliştirdi ve karar verme süreçlerine katılımlarını artırdı. Bilimsel belirsizlik genellikle bilgi eksikliği veya belirsizlik olarak algılanır ve araştırmacılar güvenilirliği kaybetmekten korktukları için bunu iletmekten kaçınmaya çalışırlar. Ancak belirsizliği gizlemek, örneğin bir basın açıklamasında hem bilim insanına hem de kamuoyuna zarar verebilecek yanlış bilgilendirme ve

abartılara yol açabilir. Kanıt oluşturma ve bilgi tüketimi arasında, abartıya veya yanlış bilgiye yol açabilecek birçok adım vardır. Sağlıkla ilgili haberlerdeki abartı, orijinal basın bültenindeki abartı ile güçlü bir şekilde ilişkilidir ve 5 makaleden 1'inde görülür. Leiden Üniversitesi Tıp Merkezi'nden yapılan araştırmalar, bir araştırmamanın sonucu abarttığında, bununla ilgili haber yapan makalelerin yüzde 92'sinin abartı içerdiğini gösterdi. Çünkü, insanlar üzerinde güçlü bir etkisi olan makaleler, abartan ve araştırma sonuçlarını klinik uygulamaya yaklaştıran makalelerdir. Bu sonuçta hastalar için yanlış anlama ve yanlış umutlarla sonuçlanır. Sağlık iletişiminde doğru umut miktarını hesaplamak zor görünebilir, ancak dil çok yardımcı olabilir. Bazen yazılarımızda/makalelerimizde kelimelerin gücünü bilmeden kullanırız.

Zihinsel modelleri belirlemek, hedef kitlemizin ihtiyaçlarını ve tercih edilen kanalları anlamak iletişimde başarının anahtarıdır. İletişim, gönderici ve alıcı arasında gerçekleşen bir olaydır. Mesaj, iletmek istediğiniz şeydir ve kanal, mesajı iletmek için kullanılan araçtır. Mesele sadece jargon seviyesini ve kavram sayısını ayarlamak değildir. Hastaların, zihinsel modellerini de anlamamız gerekmektedir.

Riskleri ve olasılığı iletmek, herhangi bir teknik alan için uzun süredir devam eden bir sorundur, ancak belirsizlik insan sağlığını etkilediğinde özellikle hassas hale gelir. Psikolog Gerd Gigerenzer'e göre, yüzde kavramına ilişkin ortak anlayışımız hatalıdır, bu nedenle sağlık profesyonelleri daha anlaşılır mutlak risklere daha iyi güvenmelidir.

HASTALARLA İLETİŞİM

Kronik hastalıklar, tedavi ve kendi kendini yönetme bakımlarına duyulan ihtiyaç ile karakterize edilir. Bu bağlamda, hastaların durumlarını yönetmelerine yardımcı olmak için iyi sağlık bilgileri önemlidir. Doğru bilgiye erişim, akıllı yaşam tarzı seçimleri ve dolayısıyla daha kaliteli yaşam anlamına gelir. Ancak birçok hasta hala ihtiyaç duyduğu veya istediği bilgiye ulaşamamaktadır ya da buldukları, anlayamayacakları bir şekilde bilgilendirilmektedirler.

The Journal of Crohn's and Colitis'teki bir araştırmaya göre, hastalıklarına aşına olan kronik hastaların genel olarak sağlanan bilgilerden memnun olmasına rağmen, hastalıkları hakkında daha fazla bilgi edinme eğilimi olduğunu göstermiştir. Örneğin, hastaların yarısından fazlası yeni araştırma alanlarıyla ve tıbbi tedavilerle ve bunların göreceli avantaj ve dezavantajlarıyla ilgilenmekte olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, durumlarının arkasındaki genetik ilişkiler ve olası riskler ve komplikasyonlar hakkında daha fazla şey bilmek istiyorlar. İsveç'teki Linköping Üniversitesi'nden araştırmacılar, 30 katılımcıyla yapılan bir röportajda kronik hastalarda bilgi ihtiyacını analiz ettiler. Sonuçlar, hastaların ilk tanı aldıklarında, nüks sırasında ve hastalıkla uzun süre yaşayıp yeterli bilgi almadıklarını fark ettiklerinde bilgiye daha fazla ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Hastalar, sıklıkla, anatomi, vücudun normal fonksiyonları ve hastalığın nedeni hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını belirtmektedirler. Bazı hastalar, semptomlara karşı tetikte kalmalarına ve zamanında önleyici veya idame tedavileri aramalarına yardımcı olacağından, hastalıkla ilişkili riskler ve komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olmayı güven verici bulmaktadırlar. İlaçlarla ilgili bilgiler, hastaların olası yan

etkiler konusunda daha uyanık olmalarına yardımcı olabilir ve onları en iyi tedavi hakkında karar vermeye hazırlayabilir.

Sosyal yaşamı yönetmek, hastalık hakkındaki önemli bilgileri kişilere, iletmeyi gerektirir. Hastaların hastalığı anlamak için anatomi ve vücudun düzenli işlevleri hakkında temel bilgilere ihtiyacı olabileceğini unutmamak gerekir. Hastaları, tedavilerin potansiyel riskleri ve komplikasyonları hakkında bilgilendirmek gerekmektedir. Bu bilgi, onların, semptomlara karşı uyanık olmalarına ve karar vermelerini geliştirmelerine yardımcı olabilir. Hastalık hakkındaki bilgilerin halk sağlığı için zararlı veya yararsız olabileceğini varsaymamak gerekmektedir. Sözlerin hassasiyetle seçilmesi, basit bir dil kullanılması ve gelecekteki iletişimler için bu hastaların bilmek istediklerinin listesinin hazırlanması gerekmektedir.

Hastaların, kaliteli kaynakları nerede arayacaklarını bilmemeleri net bir sorundur. Bilgi kaynakları, özellikle yeni iletişim teknolojileri her yıl daha hızlı geliştiğinden, sıklıkla değişime açıktır. Bununla birlikte, son 10 yılda yapılan çeşitli araştırmalar, çoğu hastanın ana bilgi kaynağı olarak hekimlerini seçtiğini ve broşürlerin ve İnternet'in ise, ikinci bilgi kaynağı olarak, son dönemde 8-10 kat arttığını göstermektedir. 2008'de yapılan bir araştırma, bilgi almak için tercih edilen iletişim kanallarını analiz etmiştir. Hastaların çoğu, %76'ya varan oranlarda, mükemmel seçenek olarak yazılı kaynakları seçmiştir.

Hastalar ile gerçekleştirilecek iletişim seviyesine etki eden faktörler:

- 1.Eğitim düzeyi
2. Kronik hastalık tipi
- 3.Yaş

Hastaların bir kısmı hala yazılı kaynakları tercih etse de, dijital formatlar bazen daha etkilidir. Hastalar büyük miktarda bilgiye ve birçok farklı kaynaktan ulaşabilirler. Ancak, bu tür bilgilerin bolluğu ile birlikte kalitesi, doğruluğu ve güvenilirlik düzeyi hakkında da bir endişe olduğu dikkate alınmalıdır. 2017'den bir çalışma, kronik hastalıklar için bilgi içeren web sitelerinin kalitesini değerlendirmişlerdir. İncelenen web siteleri Üniversiteler ve araştırma merkezleri (%25), meslek kuruluşları (%15), şirketler (%25), gönüllüler (%9) ve üniversite dışı eğitim siteleri (%10) tarafından oluşturulmuştur.

SOSYAL MEDYA

Kronik hastalığı olan hastalar aynı zamanda sosyal medyayı hastalık yönetimi için bir araç olarak, hastalıklarla ilgili eğitici bilgiler elde etmek ve hekimleri ve hastayla ilgili kuruluşlarla iletişim kurmak için kullanırlar. Bu şekilde hastalar, birbirlerine yardım etmek için kronik bir hastalığı olan insanlardan oluşan çevrimiçi bir topluluk oluşturur. Bu platformlar, hastaların hastalıkları hakkında eğitici bilgiler bulmasına ve hasta odaklı kuruluşlar ve doktorları ile bağlantı kurmasına olanak sağladığı için çok faydalı olabilir. Ayrıca sosyal medya, hastaların korkularını ve endişelerini ifade etmelerine ve dolayısıyla akran desteği bulmalarına yardımcı olur. Hastalar bu profillerle empati kurabilir, durumlarını nasıl yöneteceklerini öğrenebilir ve bununla ilgili bilgilere ulaşabilirler.

SONUÇ

Sonuç olarak, yaşam boyu tedavi ve izlem gerektiren kronik hastalıklarda hekim ve hasta iletişiminin büyük önemi olduğu görülmektedir. Kronik hastalar ve hastayakınları uygun şekilde bilgilendirildikleri ve karar verme sürecine katıldıklarında, tıbbi önerilere daha kolay uyum sağlamakta, metabolik göstergelerinde iyileşmeler görülmekte ve öz bakımlarını daha kolay sahlplenebilmektedirler. Gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası tıp eğitiminde bu konuya özel önem verilmesi konuya ilişkin farkındalığın ve duyarlılığın artırılmasında katkı sağlayacak, uygulamalara da olumlu yansımaları olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Rakedzon, T., Segev, E., Chapnik, N., Yosef, R. & Baram-Tsabari, A. Automatic jargon identifier for scientists engaging with the public and science communication educators. PLoS One (2017). doi:10.1371/journal.pone.0181742
2. Mishel, M. H. et al. Managing uncertainty about treatment decision making in early stage prostate cancer: A randomized clinical trial. Patient Educ. Couns. 77, 349–359 (2009).
3. Joop Schat, Francien G. Bossema, Mattijs E. Numans, I. S. en P. B. Exaggeration in medical news starts with the press release. University of Leiden (2018). Available at: <https://www.universiteitleiden.nl/en/news/2018/01/exaggeration-in-medical-news-starts-with-the-press-release>. (Accessed: 2nd January 2018)
4. Haber, N. et al. Causal language and strength of inference in academic and media articles shared in social media (CLAIMS): A systematic review. PLoS ONE (2018). doi:10.1371/journal.pone.0196346
5. Gerd Gigerenzer, S. & S. Calculated Risks: How to Know When Numbers Deceive You. (2003).
6. Politi, P. et al. Communication of information to patients with inflammatory bowel disease: A European Collaborative Study in a multinational prospective inception cohort. J. Crohn's Colitis (2008).
7. Lesnovska, K. P., B€, S., Hjortswang, H. & Frisman, G. H. What do patients need to know? Living with inflammatory bowel disease. (2013). doi:10.1111/jocn.12321

FİZİKSEL AKTİVİTE SAĞLIK VE İLETİŞİM

Doç. Dr. Defne Öcal Kaplan

Kastamonu Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Antrenörlük Eğitimi Bölümü, Kastamonu, Türkiye

“Toplumsal birlik ve bütünde her şey her şeye insanla bağlı. Aslında hiçbir şey bağlı değil ötekine, biz insanlar dilimizle bağlıyoruz her şeyleri birbirine. Bu işe de “iletişim” adını veriyoruz”. der (Güvenç, 2004). İletişim insanla ilgili olan tüm konuların merkezine konur. Sağlık, ikamesi mümkün olmayan ve kişinin devredemediği en temel insan hakkıdır. İletişimin belki de en gerekli olduğu ve üzerinde ciddi düzeyde etkide bulunabileceği alan şüphesiz sağlıktır. Bireylerin, içinde yaşadıkları topluluğun yapısına ve şartlarına göre, gündelik yaşamda sağlık olgusuna ilişkin paylaşımları ve bildiklerini diğerlerine aktarmaları ve ayrıca kitle iletişim araçları kullanılarak iletilen mesajlar bireysel ve toplumsal alanda sağlık iletişimi konularının başında gelmektedir.

Fiziksel aktivite insanın en temel işlevlerinden biri olup yaşam boyunca sağlığın en önemli temellerinden biri olmuştur. Fiziksel aktivitenin sağlık faydaları kardiyovasküler hastalıklar, tansiyon, diyabetes mellitus ve pekçok kanser türlerine ilişkin risk faktörlerinin azalmasını içerir, aynı zamanda bazı kronik sağlık koşullarının yönetiminde önemli bir rol oynar. Ayrıca, stres etkilerini, anksiyeteyi ve depresyonu azaltarak demans biçimlerinin etkilerini öteleyerek zihinsel sağlık üzerinde de olumlu etkiler yapar. Fiziksel aktivite çağımızın tüm ölümle sonuçlanan hastalıklarının kaynağı olan obezitenin önlenmesi konusunda en önemli faktör olup, enerji tüketiminin temel belirleyicisi olarak enerji dengesi ve kilo kontrolünün sağlanmasında temel teşkil eder.

Modern çağda teknolojik yöntemlerle yaşamın her alanına kolaylıkla ve hızlıca ulaşılması ile birlikte teknolojiye olan bağıllık her geçen gün artmaktadır. Toplumsal olarak fiziksel aktivitenin azalması, inaktivite yaşamın artması, sedanter yaşam tarzını küresel bir salgına dönüştürmektedir. Günümüzde morbiditenin ve kronik hastalık riskinin en büyük ve gizli etkeni olan fiziksel inaktivite, mortalitenin de en çok görülen sebeplerinden biri haline gelmiştir. Yetersiz fiziksel aktivite metabolik hastalıkların ortaya çıkmasını sağlamakla birlikte; cinsel işlev bozuklukları, myalji, artralji, osteoporoz, osteoartrit, sarkopeni, denge bozuklukları gibi birçok sağlık problemine de zemin oluşturmaktadır. Fiziksel inaktivite bedensel rahatsızlıkların yanında iletişim problemlerine yol açmakta ve bireylerin duygu durumunu da olumsuz yönde etkilemektedir. Fiziksel aktivitenin insanın yaşam şekli haline getirilmesi ve beraberinde bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan korunma ve bu hastalıkların tedavisi için tartışılan “**(doğru) egzersiz ilaştır**” kavramının toplumda yer bulabilmesi için uzman ekiplerce daha kapsamlı düzenlemelerin yapılması gerekliliği doğmaktadır. Bu gereklilik şehir yapılanmasından, tesisleşmeye, eğitici eğitiminden toplum bilincinin artırılmasına, egzersizin yararları konusunda toplumda farkındalık yaratarak insanların bu koudaki taleplerinin artmasının sağlanmasına kadar farklı konularda yoğun bir çalışma ve proje oluşturma gerekmektedir.

DSÖ’nün Fiziksel Aktivite Stratejisi, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik

Küresel eylem planında öngörülen hedefler ışığında hazırlanmıştır. 2025 yılı itibarıyla yetersiz fiziksel aktivite görülme sıklığında göreceli olarak %10 oranında azaltma dokuz küresel amaçtan biridir. Ayrıca, artırılmış fiziksel aktivite düzeyleri;

- Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları sebepli erken ölüm riskinde göreceli olarak %25 oranında azalma;
- Ulusal koşullara göre yüksek kan basıncı görülme sıklığında göreceli olarak %25 oranında azalma veya yüksek kan basıncı görülme sıklığının düşük tutulması;
- Diyabet ve obezitenin artışının durdurulması, hedeflerine ulaşmada önemli bir rol oynamaktadır.

Çocuklarda Fiziksel Aktivitenin Yararları

Toplum genelinde özellikle dijital yaşama geçişle birlikte her yaş grubundan insanların inaktif yaşamın yanı sıra asosyal bir hayat tarzına büründükleri de su götürmez bir gerçektir. İnsanlar arası iletişimin bu denli sekteye uğradığı dijital dünyada eşlikli yapılabilecek fiziksel aktivitelerin sağlayacağı faydalar tartışılmazdır.

“Fiziksel okuryazarlık” kişinin öz yeterliliği, güven duygusu ve her konuda motivasyona katkı sağlar. Her ne kadar dijital yaşamla birlikte fiziksel aktiviteye ayrılan zamanın azalması ve inaktif yaşamın yaygınlık kazanmasından şikayet edilse de, diğer taraftan teknolojik uygulamaların; fiziksel okuryazarlığı geliştirme, fiziksel aktiviteyi artırma ve bunlara bağlı olarak obezitenin önlenmesinde yardımcı bir araç olarak kullanılabileceği düşünülmektedir. Bu uygulamaların temelinde, gelecek nesli oluşturacak olan özellikle geleceğin yetişkinleri çocukların fiziksel olarak daha aktif olmalarını sağlamak temel amaçtır. Bu amaca ulaşmada fiziksel okuryazarlığın geliştirilmesi ve fiziksel aktivite seviyesinin artışı ile doğrudan ilişkilidir.

DSÖ yaşlılar ve yetişkinlerin haftada, en az iki buçuk saat süreyle, orta yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite yapmaları gerektiğini önermektedir. Mevcut tavsiyeler orta yoğunluklu aktivitelerin sağlık faydalarına ve tavsiye edilen düzeylerin bir seferde nispeten kısa aktivite sürelerinde toplanabileceği üzerine vurgu yapmaktadır. Çocuklar ve gençler her gün en az bir saat orta düzeyden yoğun düzeye ulaşan fiziksel aktivite yapmalıdırlar. Ayrıca unutmamak gerekir ki, hem yetişkinler hem de gençler için bahsedilenden daha yüksek bir fiziksel aktivite düzeyi daha fazla sağlık faydası sağlayacaktır.

Mevcut sağlık durumları nedeniyle tavsiye edilen fiziksel aktivite miktarlarına erişemeyen kimeler yapabilecekleri ve yapılan pek çok araştırma koşullarının elverdiği ölçüde düşük yoğunluklu fiziksel aktivite yapmalıdır. İnsanların diğer faaliyetlerinden bağımsız olarak hastalıklı durum için bağımsız risk faktörü oluşturmamasından dolayı oturarak çalışma veya televizyon izleme gibi uzun süreli hareketsizliklerini azaltmasının gerektiğini ortaya koymuştur. Özellikle yaşlılar için, fiziksel aktivite en ciddi sorunlardan biri olan düşmelerin önlenmesi için güç antrenmanı ve denge için önemlidir.

Fiziksel aktivitenin bilinen faydalarına rağmen, dünya genelinde daha az günlük fiziksel aktivite düzeyine doğru bir eğilim söz konusudur. Dünya genelinde yetişkinlerin üçte biri tavsiye edilen

fiziksel aktivite düzeyine ulaşmamaktadır. Burada yapılması gereken ülke yöneticilerinin ve konuyla ilgili birimlerin, alanında uzman olan kimselerden oluşmuş ekiplerle bir program çerçevesinde kararlar alması ve insanların fiziksel aktiviteye yönlendirilmeleriyle ilgili politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Yapılanma içinde görev tanımlarının gözden geçirilmesi ve topyekün koordine bir eylemin yaşama geçirilmesi gerekmektedir. Elbette insanlarda farkındalık yaratma anlamında eğitim kurumlarından (okul çağı çocukları) görsel, sosyal ve yazılı medyaya kadar pek çok iletişim kanalı bu süreçte rol almalıdır. Uzman kişilerin bu anlamda daha ön plana çıkması ve topluma konuyla ilgili doğru bilgi ve mesajları kesintisiz aktarması sağlanmalıdır. Özellikle koruyucu hekimlik anlamında bu yöndeki girişimler elbette çok değerli olacaktır. Ancak, bir de egzersizden yarar görecektir hasta gruplarının başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarına ve önericilere doğru anlatılmış olması da gerekmektedir. Elbette hekimi ile görüşen bir hasta için görüşmenin “egzersiz yapmanız yararlı olacaktır” tümcesi ile bitmesi yeterli olmayacaktır. Bu yönde bir görüşme sonrası hastanın ne şekilde egzersiz yapacağını da kişiye anlatılmış olması beklenilir. Yapılan çalışmalar, insanlara hastalıklarının tedavisi için egzersizin ciddi bir tedavi bileşeni olduğunu söylemenin tek başına sürecin sürdürülebilmesinde yeterli olmadığını göstermiştir. Özellikle çocukluk çağında alışkanlık haline getirilecek olan yüksek fiziksel aktiviteye sahip bir yaşam gelecekte de daha sağlıklı toplumların oluşmasına neden olacağından ayrıca önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, inaktivite hastalık için önce gelen bir risk faktörü haline gelmiştir: dünya verilerine göre ölüm ve sakatlık sebepli 8.5 milyon yaşam yılı kaybı fiziksel hareketsizliğe bağlanabilir. Koroner kalp hastalıklarının %5'i, 2 diyabet türünün %7'si, göğüs kanserinin %9'u ve Kolon kanserinin %10'unun sebebinin fiziksel hareketsizlik olduğu tespit edilmektedir.

Geçtiğimiz birkaç on yıllık dönemde dünyadaki birçok ülkede artan kiloluluk ve obezite oranları korkutucu derecelere gelmiştir; yapılan araştırmalarda elde edilen verilere göre 46 ülkede yetişkinlerin %50'den fazlası fazla kilolu veya obezdir; bu ülkelerin bazılarında bu oran yetişkinlerin %70'ine yakındır; fiziksel hareketsizliğinin sonuçları sadece doğrudan sağlık harcamaları olmamakta aynı zamanda artan hastalık izinleri, çalışma engellilikleri ve erken ölümler sebebiyle iş verimliliği kaybına yol açmakta, dolaylı yüksek maliyetlere de sebep olmaktadır.

KAYNAKÇA

1. Dumangöz P.D. (2021). Spor Bilimleri Alanında Yapılan İletişim Araştırmalarına İlişkin Bir Değerlendirme. İletişim Çalışmaları Dergisi, 7 (3), 425-452.
2. Güvenç B. (2004). İnsan-Dil ve İletişim. Kültürün abc'si içinde (47-50). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
3. McCuaig L., Quennerstedt M. (2018). Health by stealth—exploring the sociocultural dimensions of salutogenesis for sport, health and physical education research. Sport, education and society, 23(2), 111-122.
4. Needleman I., Ashley P., Fine P., Haddad F., Loosemore M., de Medici A., and Porter S. (2015). Oral health and elite sport performance. British Journal of Sports Medicine, 49(1), 3-6.

5. Robson, S. (2006). Sport and health. In Sports Development (pp. 140-162). Routledge.
6. Toplumda Fiziksel Aktivitenin Desteklenmesi Fiziksel Aktivite Takip Sistemleri ve Teşvik Fiziksel Aktivite Bilimsel Komisyonu Raporu, Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara: 2022.
7. World Health Organization. (2016). Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025.
8. World Health Organization. (2003). Health and development through physical activity and sport (No. WHO/NMH/NPH/PAH/03.2). World Health Organization.

METaverse DÜNYASINDA SPORDAN YANSIMALAR

Prof. Dr. Derya Öcal

Atatürk Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü, Reklamcılık Anabilim Dalı Başkanı, Erzurum, Türkiye
deryaderyaocal@gmail.com

Özet

Teknik ve teknoloji, içinde bulunulan yüzyılda insanlığın geldiği düzeyi ortaya koymaktadır. ‘Akıllı’ teknoloji, dijital yapıların bir uzantısı olarak insan yaşamının her anına ve alanına sızmıştır. Bilgisayar uzantılı teknolojiler aracılığıyla birey, veri üretmekte, kopyalamakta, kayıtlamakta, sunmakta ve dönüştürmektedir. Dijital yaşamda makinelerin daha akıllı olmasının yanı sıra hızlı ve tümleşik yapı sergilemesi, dijital ortamlarda içerik üretimi hem mümkün kılmakta hem de teşvik etmektedir. Günümüz dünyasının bireyi ‘diji’ etkinlikler ve etkililik halleri ile sanal ortamlarda ‘görünür’ olmaktadır. Dijital olan, zaman ve mekan esnekliği sağlamanın yanı sıra bireyin bu ortamda zaman geçirme isteğini artırıcı çekicilikler barındırmaktadır. Spor, insanlık tarihi kadar eski bir eylemsellik biçimi olmakla birlikte günümüzde endüstriyel bir yapı sergilemektedir. Bireyin gerek tek başına gerekse grup olarak gerçekleştirdiği sportif etkinlikler de dijitalleşme görüngüleri kazanmıştır. Akıllı teknolojiler, giyilebilir teknolojiler, artırılmış gerçeklik uygulamaları ve metaverse sportif uygulamaların merkezinde yer almaya başlamıştır. Bu bağlamda dijitalleşme, akıllı teknolojiler ve metaverse uygulamalarını spor eksenli ele almak önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dijitalleşme, Akıllı Teknolojiler, Metaverse, Spor.

Abstract

Technique and technology reveal the level of humanity in the current century. ‘Smart’ technology has infiltrated every moment and area of human life as an extension of digital structures. Through computer-based technologies, the individual produces, copies, records, presents and transforms data. In addition to the fact that machines are smarter in digital life, their fast and integrated structure both enables and encourages content production in digital environments. The individual of today’s world becomes ‘visible’ in virtual environments with ‘digital’ activities and states of effectiveness. The individual of today’s world becomes ‘visible’ in virtual environments with ‘digital’ activities and states of effectiveness. In addition to providing flexibility of time and space, the digital one has appeals that increase the individual’s desire to spend time in this environment. Although sport is a form of activity as old as human history, it exhibits an industrial structure today. The sportive activities carried out by the individual, either alone or as a group, have also gained digitalization phenomena. Smart technologies, wearable technologies, augmented reality applications and metaverse have started to take place at the center of sports applications. In this context, it is important to consider digitalization, smart technologies and metaverse applications with a sports axis.

Keywords: Digitalization, Smart Technologies, Metaverse, Sports.

Giriş

Teknik ve teknoloji, içinde bulunulan yüzyılda insanlığın geldiği düzeyi ortaya koymaktadır. ‘Akıllı’ teknoloji, dijital yapıların bir uzantısı olarak insan yaşamının her anına ve alanına sızmış görünmektedir. “Tarih boyunca teknolojik dönüşümlerin ortaya çıkmasında rol oynayan insanoğlu da bu değişimlerin etkilerine maruz kalmaktadır. İçinde bulunduğumuz yüzyılda, sıklıkla ortaya çıkan büyük veri, onu yöneten ve ona bağlı olan karar vericileri etkilemektedir” (Öcal, 2020: 58). İletişim ve etkileşimin, ‘1’ ve ‘0’ların (digit) hakimiyeti altında seyir gösterdiği bu yüzyılda insan pratikleri de ‘açık’ (on) ve ‘kapalı’ (off) dijital mekanizmaya uyum sağlamaktadır. Yaşam(lar), internet ağları üzerinden kurgulanmakta, kodlanmakta ve akmaktadır. Sayısallaşma, verilerin ağlar aracılığıyla taşınması ve depolanması sürecini ifade etmenin yanı sıra veri girdilerinin anında işlenmesi, algoritmalar yoluyla karar süreçlerine dahil olması anlamına gelmektedir (Meriç Fermanoğlu, 2020: 220). Dijital dilin evrenselliği ve küresel ölçekli işleyiş tarzı sadece okuyan/izleyen/dinleyen değil, aynı zamanda içerik üreten bireyi üretmiştir. Bu sayede “bireyin gündelik yaşamında ve iş süreçlerinde bağlantıları, etkileşimleri, paylaşımları ve karar mekanizmaları ağırlıklı olarak internet ağları üzerinden gerçekleşir hale gelmiştir” (Öcal, 2021: 80). Bilgisayar uzantılı teknolojiler aracılığıyla birey, veri üretmekte, kopyalamakta, kayıtlamakta, sunmakta/dağıtmakta ve dönüştürmektedir. İletişim süreçleri ağırlıklı olarak teknoloji aracılı gerçekleşmektedir. Küresel ölçekte geliştirilmiş ve etkileşimi sağlayan ‘akıllı’ ağlar, insan yaşamının her alanını ele geçirmiş olup; “insanların interneti, kendileri için önemli olan şeyler konusunda başkalarıyla iletişime geçmek için kullandığı” (Doctorow, 2017: 87) dönemi aşılıp, insanların tüm pratiklerinde ‘akıllı’ bağlara sahip oldukları teknoloji odaklı bir döneme geçilmiştir.

Dijital yaşamda makinelerin daha akıllı olmasının yanı sıra hızlı ve tümleşik yapı sergilemesi, dijital ortamlarda içerik üretimini hem mümkün kılmakta hem de teşvik etmektedir. Bir ağ üzerinde kullanılan arayüzler, metinler arası ilişkiler kurmakta ve birey üzerinde maruz kaldığı içeriğe müdahale edecek güce sahip olduğu algısını geliştirmektedir. Teknoloji günümüz pratikleri bağlamında ele alındığında muazzam bir gelişmeden söz edilebilecektir. “Bu gelişmeler büyüleyicidir. Ayrıca, şüphesiz tehlikelidirler. Yaşamlarımızın dayandığı süreçler ve ağlar, herhangi bir insan grubunun verebileceğinden milyonlarca kat daha hızlı bir ölçekte ve hızlarda kararlar alır” (Shadbolt ve Hampson, 2020: 34). Makineler, dünyanın her yerinde çoklu ağ katmanları üzerinden geliştirilen bağlantılılık içerisinde yaşam alanlarına sızmış bulunmaktadır. Bu yapı, geçiş noktaları ve düğümlerinin kanallar boyunca başka düğümlere yönlendirildiği ağı bir mekanizmayla işlemektedir. Bu ağı yapı, evrensel veri, erişim, seçim, analiz, tasnif ve coğrafya tabanını oluşturmaktadır. “Kişisel bilgisayar (PC), istatistik dünyasında her şeyi -iyisiyle kötüsüyle- değiştirdi. PC zahmetsizce hassas hesaplamalar üretebilir ve istatistiklerle ilişkili hesaplama yükünü ortadan kaldırabilir. Tek yapmanız gereken doğru soruları sağlamak” (Ratner, 2011: 1). Dijital yaşam, çevrimiçi iş pratiklerini artırmakta ve çeşitlendirmektedir. Sektörler ve iş kolları da bu sayısallaşma doğrultusunda dönüşmektedir. “Ağlar ve bunlar arasında yayılan süper hızlı bilgi selleri, toplumlarla ve gelişen ekonomilerle oldukça karmaşık bir şekilde etkileşime girer” (Shadbolt ve Hampson, 2020: 39). Gelişen ve büyük veri kaynağını oluşturan bilgi yığını, çoklu ve hızlı işlem yapma kombinasyonu, algoritmaları, yapay zeka ve ölçümleme, tasnif,

ilişkilendirme yazılımları ile ‘değerli’ ve ‘anamlı’ hale getirilmektedir. “Bugün, toplumun farklı alanlarında, yalnızca münferit değişimler olmayıp, önemli dönüşümler oluşturacak ve tüm toplumsal doku üzerinde etkili olacak kadar önemli bir etkiye sahip olan dönüşüm belirtilerinin ortaya çıkışına tanık oluyoruz” (Cardoso, 2006: 47).

Günümüz dünyasının bireyi ‘diji’ etkinlikler ve etkililik halleri ile sanal ortamlarda ‘görünür’ olmaktadır. Dijital olan, zaman ve mekan esnekliği sağlamanın yanı sıra bireyin bu ortamda zaman geçirme isteğini artırıcı çekicilikler barındırmaktadır. Spor, insanlık tarihi kadar eski bir eylemsellik biçimi olmakla birlikte günümüzde endüstriyel bir yapı sergilemektedir. Bireyin gerek tek başına gerekse grup olarak gerçekleştirdiği sportif etkinlikler de dijitalleşme görüngüleri kazanmıştır. Akıllı teknolojiler, giyilebilir teknolojiler, artırılmış gerçeklik uygulamaları ve metaverse sportif uygulamaların merkezinde yer almaya başlamıştır. Bu bağlamda dijitalleşme, akıllı teknolojiler ve metaverse uygulamalarını spor eksenli ele almak önem taşımaktadır.

Dijitalleşme, Ağsı Yapı ve Metaverse

İnternet erişimli dijitalleşme, uzam zaman sınırlılıklarını aşan tekten-teke, tekten-çoğa, çoktan-çoğa iletişim süreçlerini biçim ve içerik olarak dönüştürmüştür. Günümüz dijital dünyasında herhangi açık erişim bir mesajı geniş çapta, neredeyse zahmetsizce, onu alacak teknolojiye sahip olan herkese dünya çapında yaymak ve bu mesaja dönüt almak basit bir işlem halini almıştır. Oluşan karmaşık mesaj trafiği, teknolojik mekanizmalar aracılığıyla bir düzen içinde işlemektedir. İnternet aracılı ağ iletişiminin küreselleşmesi, kültürler arası etkileşimi artırırken, toplumların birbirine benzemesini sağlamıştır. “Teknolojik terimlerle, ağ toplumu -kökeni 1970’lerde iletişim, yazılım ve donanımdaki gelişmenin sunduğu olanaklara dayansa da- büyük şirketlerin veya devletin alanlarının dışına üstel yayılma anını yaşadı. 1990’ların ikinci yarısında evlerde ve genel olarak iş dokusunda internet yerini aldı” (Cardoso, 2006: 51).

Dijitalleşme, insanların sanal ortamlarda topluluklar halinde bir araya gelmelerini sağlamaktadır. Multimedya desteği artırılmış ortamların çekiciliği artarken, bireyler ilgi alanlarına göre kolaylıkla bir araya gelebilmektedirler. “Sosyal ağ hizmetlerinin bir parçası olan niş (özellikli) ağlar, dijital medyanın bir türüdür. Kullanıcıların özel ilgilerine seslenen medyaya *niş ağlar* denilmektedir” (Meriç Fermanoğlu, 2020: 238). Sosyal paylaşım siteleri, görsel kültürün öneminin giderek arttığı izlenimi uyandırmaktadır. Çoklu veri paylaşımının mümkün olduğu sosyal paylaşım siteleri ve ortamlarında bireyler arası etkileşim ağırlıklı olarak sanal üzerinden yürürken, paylaşılan içerikler de görsel ağırlıklı olmaktadır. Yeni yapı, soyut bir coğrafya üzerinde sanal olarak kurgulanmakta, muazzam bir veri analizi süreci içerisinde fiziksel yaşamın izleri dijital üzerinden sürülmemekte algoritmalar aracılığıyla anlamlı bileşenler ve sınıflandırmalar yapılabilmektedir. Tarihsel süreçtekinе benzer biçimde, belirli bölgelerde üretim/tüketim, deneyim ve güç ilişkileri kristalleşmekte ve dijital mekanizmayla doğrudan bağlantılı yeni bir sembolik iletişim sistemi hakimiyet kazanmaktadır. Bu süreçte kolektif kültürler ve kimlikler ortaya çıkmaktadır. Yeni medya üzerinden haber ve içerik üretimi geniş bir tabana yayılırken, uygulama tabanlı yöndeşme (convergency) yaşanmaktadır. Yapay

zeka ve geliştirilen algoritmalar haberlerin otomasyonunda kullanılmaktadır. Yapay zekaya aynı zamanda içeriğin kişiselleştirilmesinde de başvurulmaktadır (Satmış, 2020: 110-111).

Modern toplumlar, hem iş yapış pratikleri hem de iletişim kurma biçimleri bağlamında oldukça farklı beceri ve işlevsellikler kazanmıştır. Modern öncesi toplumlardaki birbirine bağlı anlamlı yapılar, sözü geçen bu toplumsal sistemde birbirinden ayrılmış, bağımsız yapılar ve işlevsel sistemler ortaya çıkmıştır. Teknolojiyi bir araç olarak kullanan birey, dijital teknoloji karşısında bir nesneye dönüşmekte ve araç konumuna taşınmaktadır. Birey ve yaptıkları birer inceleme konusu olurken, dijital ortamlarda bıraktığı her iz, özellikle firmalar açısından hayati önem taşıyan veri olmaktadır. Sonuç olarak, dijitalleşme karşısında birey ve toplumlar her zaman entegrasyon, birleşme ve kendini tanımlama sorunları ile karşı karşıya kalmaktadır. Sanal gerçeklikleri tanımlamak, gerçek dünyadan hareketle verilerin izini sürmeyi gerektirir. Salt dijital üzerinden olan ve veriye dayalı bir ortamda bireyin var olma çabası sorgulanması gereken önemli konuları gündeme getirmektedir. Uyarıların yalnızca sanal olması bile tutarlı gerçek yaşam bedensel duyuları deneyimlenmesini sağlamaktadır. “Birkaç saat oynarken ve yanlışlıkla sanal bir gökdelenden düşerken -sürükleyici olmayan bir 3 boyutlu oyunda bile- oyuncunun bağırsaklarına kramp girdiğini hissedebilir. Bu kişinin, varlığın üç katmanını sanal dünyaya ihraç ettiği ve dikkati sanal uyarılara (“akış” deneyimi) odaklandığı ileri sürülebilir (Aas, 2012: 90). Var oluşa dayalı konumlanışlar bu bağlamda sanal üzerinden de gerçekleşmektedir. Bu da duygulanım ve hissiyatla mümkün olmaktadır. “Sanal ortamda veya mevcudiyetin belirli bir duygusu, en iyi üç farklı faktör tarafından yansıtılır: ‘mekânsal mevcudiyet’ (sanal dünyada mevcut olma hissi), ‘gerçeklik’ (sanal ve gerçek dünya arasındaki tutarlılık) ve ‘ilgililik’ (sanal dünyaya yoğunlaşmak)” (Aas, 2012: 90).

Neal Stephenson tarafından 1992 yılında kullanılan ‘metaverse’ kavramı, insanların sosyalleşmek, oyun oynamak ve/veya işlerini yürütmek üzere bir araya geldiği tamamen sürükleyici sanal dünyayı açıklamak üzere kullanılmıştır. Gerçek dünyayı taklit eden zengin kullanıcı etkileşimi alanları yaratmak için artırılmış gerçeklik (AR), sanal gerçeklik (VR), blok zinciri ve sosyal medya ilkelerini birleştiren simüle bir dijital ortamdır (Laeq, 2022). Sanal dünyaları ve gerçek ile sanal arasındaki etkileşimi, ilişkiselliği çözümleme çabası, toplumların dönüşümünü ortaya koymak açısından değerlidir. İnsanın kendi eliyle geliştirdiği dijital çevre ve ortam insanı dönüştüren bir mekanizma olarak algılanmalıdır. Ekseriyetle kendi geliştirdiği sanal ortamda, sanal kimliği ile var olmayı tercih eden birey, gerçek dünyayla sürekli çatışma halinde olmakta ve yoğun olarak sanal olanda kalmayı arzulamaktadır. Bilgisayarların insan bedeninin bir parçası olmaya başladığı günümüzde mekanik dünya görüşü insanı kendi geliştirdiği bir yapaylığa mahkum etmektedir.

Dijitalleşen Metaverse Dünyasında Spordan Yansımalar

Analitik ve mantık üzerinde işleyen bilgi teknolojisi muazzam ‘büyük veri’nin oluşumu ve analizi üzerinde etkin rol oynamaktadır. Dijital ortamda her saniye giderek artan ve karmaşık bir yapı sergileyen büyük miktarda veri veya büyük miktarda hesaplama gerektiren veriyi depolamak ve işlemek ağısı yapının günümüzdeki görünüşü hakkında ipuçları sunmaktadır. Günümüzün dünya

çapındaki ağı, geldiği karmaşık sistematik bağlamında insan zihniyle yarışmaktadır. Veri akışı, birikimi ve depolanması sonucunda veriyi anlamlı kılmak için işleme ihtiyaçlarını karşılamak üzere araştırmacı ve analistler arasında, uzaktan özel kaynaklara sık sık erişme ve yüksek hızlı bindirmeli ağlar kullanarak işbirlikçilerle iletişim kurma yönünde artan bir eğilim bulunmaktadır. Bu ağlar, paylaşılan temel bileşenleri kullanır ve bant genişliği rezervasyonlarıyla uçtan uca devre sağlamaya izin verir. “Hatırlama, bilme ve bağlantı kurma eylemlerinin hepsi yakından ilişkilidir. Şimdilik “yukarı bakmak” ya da hatırlamakla ilgileniyoruz ve birçok bilimsel ve anekdotal kanıttan açıkça görülüyor ki, anılarımız yalnızca büyük bir dizine bakmaktan daha karmaşık değil, aynı zamanda aslında bunu yapmıyoruz. aramak için tek bir büyük dizin var” (Shroff, 2013: 25).

İletişimin doğası her geçen gün dijitalleşen yaşam pratikleriyle hızla dönüşürken, iletişim kuram bireylerin beklentileri de dönüşmektedir. Düşünme biçimleri de iş yapış pratikleri ile birlikte dönüşüme uğramaktadır. Teknoloji ile yaşamının önemli bir kısmında haşır neşir olan birey için dijital ortamda sunulan çok daha çekici olabilmektedir. Bunun temel nedeni de bireyselleşmiş verinin analitiği ve dijital içeriğin bireye özgü nitelik kazanmış olmasıdır. Bu da büyük verinin amaçlanan biçimde sistematik bir mekanizma içerisinde analiz edildiği, tasnif edildiği, ayrıştırıldığı ve kullanıldığını göstermektedir. Spor ile dijitalleşme süreci bir arada değerlendirildiğinde, sporun dijital süreçlere çok hızlı dahil olduğu ifade edilebilecektir. Akıllı teknolojiler başlangıçta sağlık sektöründe öne çıkan gelişmeler göstermekle birlikte sportif etkinlik ve uygulamalarda da önem kazandığı gözlemlenmektedir. İnsanlar tarafından giyilebilen teknolojik aletlerin geneline ifade eden ‘giyilebilir teknolojiler’ sporda sıkça kullanım alanı bulmaktadır. Giyilebilir teknoloji araçları, Wi-Fi, Bluetooth gibi internet bağlantısı uyumlu, akıllı telefonla senkronize ürünlerdir. Giyilebilir cihazlara sensörler aracılığıyla bağlanılırken dijital yapıyla uyumlu yazılım ve donanım desteği sunmaktadırlar. Giyilebilir cihazlar, vücut hareketlerini takip eden akıllı sensörlerle donatılmıştır. Birey bu cihazları gündelik yaşamında formda ve aktif kalmak, kilo vermek, düzenli bir yaşam sürmek amacıyla kullanabilmektedir. Sporcular ise antrenmanlarında, aktivitelerinde kullanmayı tercih etmektedirler. Bu bağlamda metaverse sanal ortamıyla da uyumlu biçimde, telefon ve tabletle senkronik çalışan, çok farklı uygulamaları barındıran akıllı saatler, saati gösteren, sesli uyarıda bulunan akıllı takip cihazları, sağlık ve fitness takip cihazları, bileklikler, dayanıklı yapıya sahip kumaşlar kullanılarak tasarlanan, ortam ısısını ölçen, bireyin kalp ritmini/nabzını ölçen akıllı tişört, elbise, mont çeşitleri hem gündelik yaşamda hem de sportif etkinliklerde kullanılmaktadır. Bunların yanı sıra akıllı gözlük, artırılmış gerçeklik cihazları da metaverse uygulamaları ile yapılandırılmıştır.

Akıllı teknolojiler metaverse dünyası ile birlikte gerçek dünya ile sanal olanı yakınlaştırmaktadır. Electricfoxy firmasının **Ping** adlı teknolojik kıyafeti, Facebook hesabından kablosuz olarak iletişim kurmakta ve fonksiyonları ayarlandığında teknolojik olarak birçok uygulamayı gerçekleştirebilmektedir. **Blacksocks Smarter Socks Plus+** adlı çoraplar paketten çıktıkları andan itibaren veri toplamaktadırlar. Akıllı telefona indirilen bir uygulama üzerinden RFID teknolojisiyle bilgi veren çoraplar, bu ürünlerin ne zamandan beri kullanıldığı, ne sıklıkla giyildiği ve kaç kere yıkadığı gibi istatistiksel verileri raporlamaktadır. **Ringly** markasının akıllı yüzükleri, akıllı telefonla

eşleştirdiğinde fitness takibi yapmakta, mobil bildirimlerden haberdar etmekte ve meditasyon rehberliği hizmeti sunmaktadır. **Zepp**, hareket takip cihazı olup, Golf tutkunları için üretilmiştir. Golf eldivenine bağlanarak kullanılmaktadır. Tıpkı bir video oyunu oynuyormuşçasına istatistik takibi yapabilmektedir. İçerisinde gelişmiş hareket sensörleri bulunan Zepp, akıllı telefonla eşleştirdiğinde hangi açı ve hangi şiddetle vuruş yapıldığını göstermektedir. **Muse**, araştırma seviyesinde bir EEG cihazı olarak tanımlanan, yani beyin dalgalarınızı analiz edebilen bir teknolojidir. Philips'in SmartSleep adlı ürünü, Beddr markasının **SleepTuner** adlı uyku takip cihazı uyku sorununu çözüme ulaştırmaktadır. Uyku esnasında yeterince oksijen alınıp alınmadığını ölçebilen bu cihaz 20 saat kesintisiz çalışabilmektedir. **Luci**, kolayca taşınan bir cihazdır. Kristal netliğinde 360 derece sanal gerçeklik görüntülerini 4K kalitesinde yansıtan ve inç başına 3000 piksel çözünürlük sunan bir cihazdır. **Nike Adapt BB**, bağciksız yapısı ve dijital sıkılık kontrolü sayesinde ortopedik rahatlık sunmaktadır. PUMA'nın da **RS-Computer** modeli bulunmaktadır. PUMA RS-Computer bilgisayarlı koşu ayakkabısı, teknoloji ve retro keyfinin buluşma noktasını oluşturmaktadır. Üzerindeki Bluetooth bağlantılı takip cihazı ve 3 yönlü akselerometresi sayesinde tüm koşu verilerini takip etmektedir. **Vibram Portable Performance Sole**, yani herhangi bir ayakkabı ile kullanabilecek performans tabanlığına sahip bir teknoloji. **Under Armour HOVR Sonic**, RecordSensor teknolojisi sayesinde koşu ya da yürüyüş istatistiklerini iOS ya da Android cihazlarınıza aktarabilmektedir. Nefes alan kumaş dokusu sayesinde bu ayakkabılar sadece teknolojik olmakla kalmıyor aynı zamanda büyük rahatlık imkanları sunuyor. Uzun mesafeli koşu antrenmanları yapmayı sağlamaktadır. **Bose Frames Audio AR** Güneş Gözlüğü, müzik hizmeti sunmaktadır. Özel çerçeve tasarımı sayesinde hem etrafı hem de kulakları rahatsız etmeden müzik dinleme olanağı sunmaktadır. **Levi's**, dokunmatik özellikli bir kot ceket üretmiştir. Bu ürün Google işbirliğiyle üretildi. Kolunun ön kısmında dokunmatik bir yüzeye sahip olan ve Bluetooth bağlantısı sayesinde akıllı telefonla senkronize hale gelebilen bu ceket, teknolojik birçok fonksiyona sahiptir. **Tap Strap**, parmaklara geçirilip eldiven gibi kullanılabilir. Bu cihaz, klavye, Mouse ve oyun kontrolörü olarak kullanılabilir. **La Roche-Posay My Skin Track UV Sensörü**, cilt sağlığını kontrol altında tutabilmeniz için üretilmiş bir giyilebilir cihaz. Bu sensör yakaya takıldıktan sonra maruz kalınan ultra viyole ışınlarını ölçmekte, havadaki nem ve polen yoğunluğunu raporlamaktadır. Cihaz kıyafete takıldıktan sonra şarj edilmesi gerekmemektedir. İsveç odaklı bir Kickstarter projesi olan **Posture Reminder T-Shirt**, omurganın deforme olmaması için duruş kontrolü yapmaktadır. Spor, oyun ve sağlık ilişkisi içerisinde değerlendirildiğinde EEG kulaklığı, UV ışınlarını ölçen sensör, stresi kontrol eden bileklik, akıllı elektrokardiyogram, akıllı ayakkabılar, akıllı saat, bluetooth kulaklık, akıllı bileklik, giyilebilir oyun cihazları, VR gözlükler örnekler olarak aklı gelmektedir (innova, 2022).

Tartışma ve Sonuç

Sanal dünya, gerçek hayattan daha az ve -doğası gereği- daha fazla dolayımli bilgi sunmaktadır. Bununla beraber sanal dünya çok daha çekici uygulamalarla kullanım tercihi açığa çıkarabilmektedir. Gerçek hayat da son dönemlerde sanaldan ciddi boyutlarda etkilenmektedir. Gerçek hayat ve sanal olan arasındaki geçişlilik giderek artmakta ve bu ayrım çoğu zaman muğlaklaşmaktadır. İnternet, iletişimi

ve bilgi toplamayı görece kolay ve erişilebilir kılmıştır. Akıllı teknolojiler, giyilebilir teknolojiler, büyük veri sürekli dijital olan üzerinde yaşanan dönüşümlere işaret etmektedir. Bu süreç metaverse uygulamalar, artırılmış gerçeklik ve giderek gerçekle benzeşen simülatif yaşamlar sunmaktadır. Bu çerçevede, sanal dünyalar sadece günlük yaşama yeni bir deneyim katmakla kalmamakta, aynı zamanda bu dünyaların inşa edilme biçimleri, işleyiş biçimleri ve getirdikleri faydalar, karşılıklı olarak insan bilişlerini de etkilemektedir. “Son yüzyılda, insanın yaratıcı dehasının bahsettiği faydalar, ancak düzenlemeler teknik ilerlemeyle aynı düzeyde ilerlemiş olsaydı, hayatı daha mutlu ve sorunsuz kılabilirdi. Bu haliyle, zorlukla elde edilen bu kazanımlar, neslimiz için üç yaşında bir çocuğun elinde jilette dolaşması kadar tehlikeli. Olağanüstü üretim araçları özgürlük yerine endişe ve açlık getirdi” (Einstein, 2017: 76).

Spor da dijitalleşmeden ziyadesiyle payını almış görünmektedir. Akıllı teknolojilerin giderek karmaşık bir hal alması ve tüm sektörlerle sızması, spor ve sporcu olgularının da teknoloji bağlamında dönüşüme uğramasının önünü açmıştır. Sanal yaşamlar sunan meraverse ortamları, teknolojik uygulamalar sayesinde birçok etkinliğin bu ortamlarda yapılmasının önünü açmaktadır. Birey, özellikle de sporcu birey teknoloji aracılı uygulamalar yapma yönünde eğilim sergilemektedir.

Kaynakça

1. Aas, B. G. (2012). “What’s Real? Presence, Personality and Identity in the Real and Online Virtual World”. p.88-99. in *Virtual Worlds and Metaverse Platforms: New Communication and Identity Paradigms*. (Eds.) Nelson Zagalo, Leonel Morgado & Ana Boa-Ventura, Hershey, USA: IGI Global Publications.
2. Cardoso, G. (2006). *The Media in the Network Society: Browsing, News, Filters and Citizenship*. Lisboa, Portugal: Centre for Research and Studies in Sociology.
3. Doctorow, C. (2017). *Özgür ve Bedava: İnternet Çağında Bilgi*. (Çev.) Berkan M. Şimşek. İstanbul, Turkey: Koç Üniversitesi Yayınları.
4. Einstein, A. (2017). *Benim Gözümden Dünya: Felsefi ve Siyasi Yazılar*. (Çev.) Demet Evrenesoğlu. İstanbul, Turkey: Alfa.
5. “Giyilebilir Teknoloji”. <https://www.innova.com.tr/tr/blog/dijital-donusum-blog/mutlaka-takip-edilmesi-gereken-teknoloji-giyilebilir-teknoloji> [Erişim Tarihi: 05.08.2022].
6. Laeeq, K. (2022). “Metaverse: Why, How and What?”. https://www.researchgate.net/publication/358505001_Metaverse_Why_How_and_What [Erişim Tarihi: 10.08.2022].
7. Meriç Fermanoğlu, Ö. (2020). “Medyanın Dijital Dönüşümü ve Dijital Medya Türleri”. p.213-245. in *Dijital Dönüşüm*. (Ed.) Gonca Telli & Samet Aydın. İstanbul, Turkey: Maltepe Üniversitesi Yayınları.
8. Öcal, D. (2021). “İletişim ve Sosyal Medyanın Etkin Kullanımı”. p.80-95. in *İletişimin Temel Prensipleri*. Konya, Turkey: Eğitim.
9. Öcal, D. (2020). “Managing Big Data Turbulence in the Industry World”. p.58-69. in *New Communication Approaches in the Digitalized World*. (Eds.) Mehmet Serdar Erciş & Enes Emre Başar. Newcastle, UK: Cambridge Scholars Publishing.

10. Ratner, B. (2011). *Statistical and Machine-Learning Data Mining: Techniques for Better Predictive Modeling and Analysis of Big Data*. New York, USA: Taylor & Francis Group.
11. Satmış, D. (2020). *50 Maddede Yeni Dünya Düzeni*. İstanbul, Turkey: Karakarga Publications.
12. Shadbolt, N. ve Hampson, R. (2020). *Dijital Maymun: Akıllı Makinelerle (Barış İçinde) Nasıl Yaşanır?* (Çev.) Mustafa Deniz Karakılıç. İstanbul, Turkey: Salon.
13. Shroff, G. (2013). *The Intelligent Web: Search, Smart Algorithms, and Big Data*. Oxford, UK: Oxford University Press.

NEDEN Mİ FAIR PLAY?

Prof. Dr. Gülfem Sezen Balçıkanlı

Gazi Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Beden Eğitimi ve Spor Eğitimi Bölümü, Ankara, Türkiye

Fair Play kavramı nasıl ortaya çıkmıştır? Bu kavramı edebiyat dünyasında ilk kullanan ünlü yazar kimdir? Fair playe yönelik davranışlar sergileyen bireylerin yetişmesi neden önemlidir? Fair play kavramını yalnızca spor ortamında mı görürüz? Bütünsel insanı tamamlayan unsurlardan biri de etik değerlere sıkı sıkıya bağlı kalmak mıdır? Hayatını bu felsefe çerçevesinde mi şekillendirmektedir? Fair play davranışların hayatın her alanında görülmesi için neler yapılmalıdır?

Eğer siz de bu ve benzer soruları merak ediyorsanız bu konuşmanın sizin için faydalı olabileceğini söyleyebilirim. Çünkü bu konuşmada fair play kavramının temelini oluşturan etik değerlerin sadece spor dünyasında değil sağlık ve iletişim alanında da gerekli olduğuna ilişkin bir analiz yapacağım. Son olarak etik değerlerin yerleşmesine olanak tanıyacak bazı öneriler de bulunacağım.

Anahtar Kelimeler: Fair play, spor, sağlık, iletişim.

SPOR VE TEKNOLOJİ

Prof. Dr. Hayri Ertan

Eskişehir Teknik Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Eskişehir, Türkiye

“Spor Bilimleri” çok geniş bir yelpazeyi içeren alt disiplinleri kapsayacak nitelikte bir kavramdır. Bir uçta psiko-sosyal alanları, diğer tarafta sağlık, mühendislik ve fen bilimleri alanlarını içine alacak kadar geniş bir yelpazeye sahiptir. Özellikle mühendislik ve sağlık bilimleri alanlarına bakıldığında ise sensör teknolojileri, yazılım ve donanım boyutlarının tüm ayrıntıları bu alanda sporda laboratuvar ve/veya saha uygulamaları şeklinde ortaya çıktığını görmekteyiz.

Biyomekanik alanında insan hareketi bir mekanik yapı olarak algılanmakta ve basit düzeyde açısal hız, yer değiştirme, ivmelenme vb konularda veri toplanıp yorumlanırken, diğer tarafta insan hareketi modellenebilmektedir. Bu değerlendirme ve analizler yapılırken gelişmiş teknoloji ürünleri olan yüksek hızlı kayıt kameraları, aktif yada pasif işaretleyiciler, kuvvet platformları, Elektromiyografi gibi teknolojik araçlar kullanılmaktadır. Bunların yanı sıra, bireylerin yada sporcuların uzaysal konumlamasına yönelik veriler GPS teknolojileri ile toplanabilmekte ve bazı sensör teknolojileri yardımı ile sporcuların yatayda kat ettikleri mesafe hız, sürat ivmelenme ve dikeyde çıktıkları yükseklik gibi veriler toplanıp değerlendirilebilmektedir. Giyilebilir teknolojiler sayesinde ise tüm hareketleri yaparken ortaya koydukları kalp atım hızı değerleri de kayıt altına alınabilmektedir. Bilim ve teknoloji alanında geline son noktada ise verili bir yükü sırasında (maç, yarışma, antrenman, müsabaka vb) bireylerin üzerine binen yükler hesaplanabilmektedir. Bu sayede sportif performansın yükseltilmesi ve sürdürülebilmesi, rakip takım veya sporcu analizi gibi konular gerçekleştirilebilmektedir.

Takım sporları ve bireysel sporlarda performans analizi, veri analitiği, maç analizi, veri madenciliği, makina öğrenmesi gibi güncel bilim ve teknoloji alanlarında kullanılan tüm yaklaşımlar spor ve spor bilimleri alanlarına uyarlanmaktadır.

Bu davetli oturumda, spor ve teknoloji denildiğinde ne kastedildiği ülkemizde ve dünyada kullanılan güncel bilimsel ve uygulama alanına yönelik yaklaşımlar ele alınacaktır. Özellikle seçilmiş bazı laboratuvar uygulamalarından örnekler seçilerek katılımcılarla paylaşılacaktır.

RUHUN ANAHTARI: BEBEKLE İLETİŞİM

Prof. Dr. Koray Karabekiroğlu

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

Özet

Hayatı hissetmemizi, algılamamızı ve bilinçli bir şekilde fark etmemizi sağlayan, duygularımızın (aşk, üzüntü, öfke, sevinç, şaşkınlık, korku vb.), düşüncelerimizin (politik ve dini inançlarımız, fikirlerimiz vb.) ve davranışlarımızın (konuşmalar, yazı-çizi, alınan kararlar vb.) olduğu yer olan beynimizin yaklaşık %90'ı ilk 5 yaşta şekilleniyor. Buz dağının çok büyük bir kısmını oluşturan ve önemli bir kısmı bilinçdışında olan bu yapılanma temel gelişimini tamamladıktan sonra yaşanan her türlü psikososyal deneyim de bu temel yapıyı esas alarak gerçekleşebiliyor. Hayatın ilk günlerinden itibaren bebeğin bedeniyle, sesleriyle anlatmak istediklerini yeterince anlayabilmek ve ilk günden itibaren onunla bir ilişki kurmak yeni anne babanın belki de hayattaki en önemli önceliği olur. Erken dönemde sürekliliği olan ve çocuğun ihtiyaçlarını gözetken bir ilişki, güvenli ortam ve düzenli rutinler (uyku, yeme saatleri gibi), bebeğin bireysel özelliklerini dikkate alan bir yaklaşım, doğru ve tutarlı sınırlar çizibilme, bebeğin en önemli ihtiyaçları arasında sayılabilir.

Özellikle ilk üç yaşta beyin gelişiminde çeşitli kritik dönemler tanımlanmıştır. Örneğin, 8 ay-3 yaş arasında dili anlama (alıcı dil) ve dili kullanma (konuşma) becerileri oldukça karmaşık bir gelişim sürecine girer. Hecelerden kelimelere, kelimelerden de iki-üç kelimelik cümlelere geçiş bu dönemde olur. Kelime haznesi, iki yaşında 200-300, üç yaşında yaklaşık 600-900 sözcüğe çıkar. 4-5 yaşına dek dil gelişiminin çok kısıtlı düzeyde kalması durumunda, normal dil gelişimini yakalamak çok zor olacaktır. Özellikle zekâ geriliği olan çocuklar, özel ihtiyaçları olan çocuklar, davranış problemleri olan çocuklar, prematüre doğmuş, yeni doğan döneminde hasta olan ya da herhangi bir nedenle gecikmiş ebeveyn-çocuk ilişkisi yaşamış olan çocuklar, bebeklik ya da çocukluğun bazı davranışlarını gösteren çocuklar (sürekli ağlama, parmak emme...) istismara daha fazla maruz kalmaktadır. İstismar ve ihmal özellikle ilk üç yaş döneminde çok daha olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Dil ve konuşma gelişiminin en yoğun yaşandığı dönem yaşamın ilk 3 senesidir.

Özerk bir zihin, öznel deneyim, ben ve öteki ayırımı ve farkındalık ve dolayısıyla özgür irade gelişimi için sağlıklı bir dil ve iletişim gelişimine ihtiyaç duyarız. Sağlıklı bir dil gelişimi için de anne babalara bazı önerilerde bulunabiliriz. Örneğin, şunları söyleriz: Bu dönemdeki değişik ve zengin iletişim, daha sonraki dönemlerde etkili ve doyurucu bir iletişimin temelini oluşturur. Beraber yaptığınız her şeyde çocuğu sizi dinlemeye ve size yönelmeye teşvik edebilirsiniz. Aşağıda önerilen yollar özellikle bebekler ve dil gelişiminde sorun yaşayan çocuklar için yararlı olabilir:

- *Çocukla konuşun.*
- *Konuşurken gülümseyin ve ona dokununuz.*

- *Onunla konuşurken yüzünüzü onunkine yakın tutun.*
- *Çocuğa cevap vermesi için süre tanıyın.*
- *Bırakın çocuk ne olacağını tahmin etsin.*
- *Rasgele olsalar veya bir mesaj iletmeseler bile çıkardığı seslere cevap verin.*
- *Aynı olay ve hareketler için aynı kelimeleri kullanın.*
- *Çocuğu karşılıklı iletişime teşvik ederken bütün aileyi bu işe dahil edin.*
- *Çevresinde olmadığınız zamanlar, bebeğe bakacak bir şeyler verin.*
- *Nelerle ilgilendiğini, nelere baktığını belirlemek için bebeği gözlemeye zaman ayırın.*
- *Yavaş ama istikrarlı bir ilerleme hedefleyin.*
- *Dikkat dağıtacak faktörleri sınırlı tutun.*

Kaynaklar

1. Bebeğin Ruhsal Gelişimi (Koray Karabekiroğlu- Say Yayınları)
2. Bebeğime Nasıl Davranmalıyım? (Koray Karabekiroğlu- Say Yayınları)

SOSYAL MEDYADAN KADIN SAĞLIĞI NASIL GÖRÜNÜYOR?

Doç. Dr. Yeşim Yasin

Acıbadem Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş

Sosyal medya, genellikle olumsuz etkileri üzerinden tartışılan bir mecra. Ancak bilişim ve teknolojinin geldiği noktada potansiyelini görmek ve farklı imkanlar sunabileceğini düşünmek de gerekiyor. Örneğin bilgi, en kısa sürede en çok insana genel anlamda internet, özel olarak da sosyal medya üzerinden aktarılabilir. İronik olan, bir yandan sosyal medya üzerinden yayılan ‘infodemi’ ile mücadele edilirken, öte yandan bilimsel ve güncel gelişmelerin tek bir tıkla milyonlarca insana ulaşabilmesi.

Anaakım Medya, Sosyal Medya, Kadın, Sağlık

Hedef kitle kadınlar olduğunda anaakım medya bilgidan çok ‘haber veren’, tüketim merkezli, kadın sağlığının cinsellik, bakım, yaşlanma, diyet, güzellik, kozmetik, estetik gibi konular çerçevesinde ele alındığı ve imaj odaklı bir perspektifle hareket ediyor. Haberlerin ‘sansasyonel’ olması daha fazla ses getirmesinin önkoşulu. Anaakım medyada kadın, tüketim kültürünün nesnesi hatta lokomotif olarak öne çıkıyor. Makbul kadın, bir anlamda hala ‘Cosmopolitan’ kadını. Peki sağlıklı bir kadın nasıl resmediliyor? Öncelikle heteroseksüel, dolayısıyla heteronormatif/ikili cinsiyet sisteminin içinde ve toplumsal cinsiyet rolleriyle uyumlu, bakımlı, sosyal ilişkilerden, giyim tarzına, diyetten cinselliğe “doğru” kararlar alması beklenen ve sorumlu davranan bireyler olarak.

Sosyal medya çok zaman alması, gerçek insani iletişimi riske etmesi, kirli ya da yanlış bilginin hızla yayılması ve özellikle gençler/ergenler için olumsuz modellerle dolu mayınlı bir alan olması noktalarında eleştirilse de yaygın, pratik, erişilebilir bir mecra; üstelik görece eşitleyici bir yanı da var. Bugün neredeyse herkes bir şekilde internete ve dolayısıyla sosyal medyaya erişebiliyor. Hatta tam da bu nedenle epidemiyologlar sosyal medyayı ‘söylenti sürveyansı’ açısından öncelikli kaynaklardan biri olarak ele alıyor. Daha da önemlisi sosyal medya, etkileri açısından güçlü; bu bağlamda ‘sanal eylem alanı’ olarak kullanılabilir. Sosyal medyada dile getirilen güçlü bir itiraz, olayların akışını ya da adaletin seyrini değiştirebiliyor. Dolayısıyla kadın hareketinin önemli köşe taşlarından biri olduğunu söylemek yanıltıcı olmaz.

Hal böyleyse, elimizde hangi mecraların olduğuna bakalım. Daha genelden özele doğru gidersek küresel çaptaki Facebook, Instagram, Twitter’den başlayarak, Birleşmiş Milletler’in Kadın Sorunları ile ilgili organı UNWomen’a, oradan Türkiye’de öne çıkan 5 Harfliler, Çatlak Zemin, Reçel gibi feminist sayfa ve bloglara ve sonra da kadın merkezli sivil toplum kuruluşlarının web sitelerine kadar gidebiliriz. Tam olarak sosyal medya kategorisinde değerlendirilmeler de binlerce kişiye erişebilen ‘influencer’ ya da ‘youtuber’lar ı da dikkate almamak doğru olmaz.

Kadın Sağlığı Gündeminden Birkaç Başlık

Kadın sağlığı ile gündem elbette çok geniş ve fakat konuşmamda üç başlığı öne çıkarmayı planladım. Bunlardan ilki menstrüasyon ya da regl yoksulluğu, ikincisi HPV ve üçüncüsü de evlat sahibi bir lezbiyen çifte yaşatılan taciz ve hak ihlalleri. Ancak bu yazıda sadece regl yoksulluğu konusuna yer vereceğim.

Konuya geçmeden önce, bu yıl bir ped markasının bir dernekle yürüttüğü ve ‘28 Mayıs Adet Hijyeni Günü’ kapsamında “Türkiye Regl Farkındalık” indeksini ortaya koyan araştırmasından söz edelim. İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Bursa, Gaziantep, Samsun, Malatya, Kayseri, Balıkesir, Trabzon ve Erzurum şehirlerinde 1.829 kadın ile yüz yüze görüşülerek yapılan araştırmanın öne çıkardığı veriler arasında kadın sağlığı ile ilgili bilgiye %33 oranında internet kaynaklarından ulaşıldığı ve her dört kadından birinin yaşadığı yerdeki kampanyalara dikkat ederek ped satın aldığı bilgisi var. Türkiye’de kadınların büyük çoğunluğu regl dönemlerinde hijyenik ürünlere erişimde güçlük yaşıyor.

Tam bu noktada regl yoksulluğundan bahsedebiliriz. Menstrüasyon ya da regl yoksulluğu ‘aylık regl boyunca ihtiyaç duyulan hijyen ürünlerine erişimin olmamasının yanı sıra bunları kullanmak için temel temizlik hizmetlerini içeren uygun yerlere erişememek ve menstrüasyon hakkında yeterince bilgi alamamak’ diye tanımlanıyor. 2021’de UNFPA ve UNICEF’in Brezilya araştırması ile 713.000 kız çocuğunun banyo ya da duşa erişiminin olmadığı; 4 milyonun da okullarda en temel ihtiyaç olan hijyenik ürünlere erişemediği tespit edilmiş durumda. Türkiye’de de durum hiç iç açıcı değil. Önce 2020’de ‘Derin Yoksulluk Ağı’nın İstanbul’da 103 aile ile yürüttüğü nitel ve nicel yöntemlere dayalı araştırmasıyla, kadınların %37’sinin hijyenik pede erişemediğini, bu oranın pandemi döneminde %82’ye çıktığını, hatta bazı semtlerde mahalle bakkallarında pedlerin taneyle satıldığını ortaya koydu. Ardından 2022 yılında ‘Konuşmamız Gerek Derneği’ 81 ilden 18 yaşından büyük 4108 kadına ulaştığı araştırmasının verilerini paylaşarak, kadınların %73,6’sının hijyenik ürünlere erişimde zorluk yaşadığını kanıtladı.

Türkiye’de hijyenik pedler on yıllarca lüks tüketim malzemesi olarak görüldü ve fiyatları sadece son bir yılda yaklaşık %84 arttı. Bir süredir başta Konuşmamız Gerek Derneği olmak üzere çeşitli platformlar tarafından yürütülen kampanyalar ve oluşturulan kamuoyu sayesinde diğer temizlik ürünleriyle birlikte KDV oranı %18’den %8’e düşürülse de çabanın ürünlerin satış fiyatlarında fazla karşılığı olmadı. Oysa dünyada Birleşik Krallık, Kanada, İsviçre, Kenya, Güney Afrika, Zambiya, Botswana gibi ülkelerde ped ve tamponlar ya vergiden muaf veya bu ürünlerden çok düşük vergi alınıyor. Hatta hak-temelli bir tavırla pedlerin tamamen ücretsiz olduğu bir ülke bile var: İskoçya.

Konu ile ilgili tüm sosyal medya paylaşımlarında, küçük bir kazanıma rağmen daha alınacak uzun bir yolun olduğu ve hatta konu ile ilgili mücadelenin daha yeni başladığı dile getiriliyor. Benzer bir şekilde, kadın sağlığı ile ilgili konuşulanlar da buz dağının görünenleri; özellikle pandemide kadının üreme sağlığı ile ilgili ihtiyaçlarının öncelenmemesi, kamu sağlık kurumlarında doğurganlığın düzenlenmesine yönelik yöntem yetersizliği ya da eksikliği gibi sorunlar, yoksul kadınların isteğe bağlı gebelik sonlandırma taleplerinin karşılıksız kalması, pandemi özelinde kadının artan bakım emeği ve

bu emeğin hala görünmez ve karşılıksız olması, ayrıca kadın yoksulluğu ki, zaten regl yoksulluğunu da bu büyük resmin küçük bir parçası olarak okumak mümkün, durumun hiç iyi olmadığını gösteriyor. Ancak şu çok açık; sosyal medya olana ayna tutuyor ve kadın sağlığında gündem, sosyal medyada belirleniyor.

Kaynaklar:

1. Aldanmaz Fidan B, Eskitaşçıoğlu İ (2022). Türkiye’de Regl Yoksulluğu. Konuşmamız Gerek Derneği Yayınları. <https://konusmamizgerek.org/turkiyede-regl-yoksullugu-arastirmasi/> (erişim tarihi: 25 Eylül 2022).
2. Ayaz F. (2020). Dijital Medyada Kadın Sağlığı İçeriklerinin Sunumu. Geçmişten Günümüze Kadın Çalışmalarında Yansımalar, editörler: Dr. Gülşah Sarı ve Dr. Işıl Tombul. İstanbul: Hiper Yayın, s: 216-246.
3. Carneiro MM (2021). Menstrual poverty: enough is enough. Women & Health, 61(8): 721-722.
4. Derin Yoksulluk Ağı (2020). Pandemi Döneminde Derin Yoksulluk ve Haklara Erişim Araştırması Yerel Yönetimlere Kriz Dönemi Sosyal Destek Programları İçin Öneriler. <https://tr.boell.org/sites/default/files/2020-11/Pandemi%20d%C3%B6neminde%20derin%20yoksulluk%20ve%20haklara%20eri%C5%9Fim%20ara%C5%9F%C4%B1rmas%C4%B1-Yerel%20Y%C3%B6netimlere%20Kriz%20D%C3%B6nemi%20Sosyal%20Destek.pdf> (erişim tarihi: 25 Eylül 2022)
5. Kshatriya M, Bhopa S (2021). The Rising Global Impact of Social Media on Women’s Health and Empowerment. GHAR, 1(6): 106-108
6. Rossouw, L., and H. Ross (2021). Understanding period poverty: Socio-economic inequalities in menstrual hygiene management in eight low- and middle-income countries. International Journal of Environmental Research and Public Health 18 (5):2571.
7. Türkiye’nin Regl Farkındalık Araştırması. <http://www.skdturkiye.org/esit-adimlar/yakin-plan/kadinlar-artik-reglden-daha-rahat-bahsediyor> (erişim tarihi: 25 Eylül 2022).

ERGENLİKTEN MENOPOZA KADIN SAĞLIĞI VE MEDYA

Uzm. Dr. Müge Yetener

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı

Bu makalede esas olarak tıbbın tarihsel gelişiminin patriyarkal kapitalizmin doğuşuyla nasıl bağlantılandığını, bu nedenle tıbbın patriyarkal yargılardan azade olamayacağı gibi, bir ideoloji ve rıza aygıtı olarak patriyarkadan beslenip, patriyarkal yargıları da nasıl yeniden ürettiği gösterilmeye çalışılacaktır.

Şüphesiz ki estetik, güzellik endüstrisi ve beslenme konuları da tıp endüstrisi, medya ve patriyarka ile bağları dolayısıyla kadın sağlığı konusu olmayı hakediyor. Tıp kendisi gibi bir rıza aygıtı olan medyadan da beslenir ve medyadaki cinsiyetçi yargıları besler. Ancak bu makalede kadın sağlığının ve görünmezliğinin patriyarkal kapitalizmin tarihsel kökleri ile bağlantısını incelemek amaçlandığı için bu konular yazının kapsamı dışında kaldılar.

Cadı avları ve kadınların bedenine yabancılaştırılmasının tarihi ve tıbbın doğuşu

1300'lerden itibaren doğayı gözleyerek bitkilerden ilaçlar elde eden şifacı kadınlar yaraların iyileştirilmesi, ağrıların giderilmesi, kanamaların durdurulması, doğum sancısını, vulva apselerini tedavi etmeyi, sarkmış rahimleri yerine yerleştirmeyi, sezaryen, gebelik reçeteleri, kısırlık tedavisi, mikrop öldürücü losyonlar ile ilgili bilgilere sahiptiler. Şifalı otları bilirler, yetiştirirler, hastalara bakar, doğum ve ölümlere tanıklık ederlerdi. O dönemde şifacılar, şifalı otları, hayvan parçalarını ve değerli taşları kullanıyorlardı. Bilimle büyü arasındaki sınır belirsizdi. Ortaçağ'da ebelik sadece kadınlar tarafından yapılıyordu. Hekimler ve cerrahlar, hizmetlerini sadece karşılığını ödeyebilenlerle sınırlandırmış erkeklerdi.

14. ve 17. Yy'lar şifacı kadın katliamlarına tanıklık eder. Kadınların tıp eğitimi almasına izin verilmediğinden sağaltım cüreti gösteren her kadın, şeytanla anlaşma yapmış cadı ilan edildi, ağır işkencelerden geçirildi ve yakıldı. Cadı avı 14.yy – 17.yy arası döneme rastlayan Rönesansı içerir. Cadı avları 1775'e kadar sürdü. Sadece Almanya'da 100.000 cadı yakılmıştır. Bütün Avrupa'da ise 200.000'den fazla kadının öldürüldüğü belgelenmiştir.

Almanya'da kadınlar zeytinyağı, merhem, böcek ilacı ya da kemik bulundurduğu için cadılıkla suçlanabiliyordu. Her şeyden çok ebelerden korkuluyordu. Zengin kadınlar şifacılık becerilerine sahip olanlar, çirkin, yoksul, yaşlı, biçimsiz veya aklen özürlü olanlar (genel olarak sıradışı olanlar) günah keçisi olarak cadılıkla suçlanıyorlardı.

13.yy sonlarında İngiltere'de, daha sonra modern tıbbın doğacağı loncalar kuruldu. 1435'te cerrahlar kendi loncalarını kurdular, sonraları buraya berberler de katıldı. Berber cerrahlar sadece para ödeyen hastaları tedavi ediyorlardı. Kadınların tıp okumalarına izin verilmediği için bilgilerinin şeytandan gelmiş olacağı kabul ediliyordu.

1486 yılında, iki engizisyoncu tarafından kadınları suçlamak ve işkence yollarını anlatmak üzere “Malleus Maleficarum” (Cadıların Çekici) kitabı yayınlandı ve 30 baskısı yapıldı. Kitap, “Kadınların cadı olması daha olasıdır” diyordu. “Çünkü onlar erkeklerden daha aptal, zayıf, boş inançlı ve dönektir. Bedensel keyiflerden hoşlanır ve doymaz biçimde şehvetlidirler.” Female sözcüğünün bunu kanıtladığını iddia ediyorlardı, çünkü fe (inanç) minus (eksi) sözcüklerinden alınmıştı. Kitaba göre kadınların cadılık yöntemleri: “1.erkeklerin akıllarını ölçsüz şehvetle meylettirerek 2. üreme güçlerini tıkayarak 3.üremeye uygun üyeleri yok ederek 4.erkekleri büyüyle canavara dönüştürerek 5. adındaki üreme gücünü mahvederek 6. çocuk düşürmeyi sağlayarak 7. birlikte çalıştıkları iblislere hayvan, meyva ve çocukları sunarak “ mümkün oluyordu.

1550’den itibaren şifacılık meslekleri sistemli olarak merkezileştirilmeye başlandı. Kadınların çalışmaları daha önce teolojik nedenlerle yasaklanmışken artık kadınlara karşı ileri sürülen savlar yetersiz mantıkları ve zayıf akli durumları ile ilgiliydi. Kadın şifacıların sadece ebelik yapmasına izin vardı. Cadı avlarıyla bedenlerinin bilgisinden uzaklaştırılan kadınlar, bu bilginin ilk sahipleri olarak tıbbi eğitimden de 1850 yılına kadar uzak tutuldular. Tıp kurumu, yasağı temellendirici bilimsel destek sundu. “Yüksek öğretim, kadınlar için azman beyinler ve cılız bedenler, anormal beyin etkinliği, anormal derecede zayıf sindirim, akıcı düşünce ve kabız olmuş bağırsaklar üretiyordu. Akli melekeleri açısından doğanın sınırladığı kadınlar, mantıksız ve tepkiseldi, matematik işlemlerini yapamazlardı, muhakeme yetenekleri ve cesaretleri yoktu, sinirli, heyecanlı ve denetlenemeyen histeriye açıktı” Kadınların çok iyi hemşire ve ebeler oldukları ancak hekimlik yapamayacakları söyleniyordu (Achterberg, 2009: 214-215).

Forsepsin bulunuşuyla, aletlerin kullanımıyla ilgili eğitim sadece loncadaki erkeklere verildi. Özellikle kadınların zenginleri tedavi etmeleri engelleniyordu. İlk ebelik el kitabı bir erkek cerrah tarafından yazıldı (Ebelerin Yönlendirilmesi ve Annemin Aynası)

Rönesans boyunca devam eden ve 17. yüzyılın ikinci yarısında çoğu şifacı olan yüzbinlerce kadının katledilmesiyle son bulan cadı avları, kadınların bedenleri ve gebelik üzerindeki kontrolünü zayıflatmış, emek gücünün yeniden üretimi için gerekli olan kadın bedeni üzerindeki devlet kontrolünü kurumsallaştırmıştır. Yüzyıllardır bitkilerin sağaltım üzerindeki rollerini keşfeden ve bedenlerinin bilgisine sahip olan kadınlar, cadı avlarıyla tıpkı çitleme hareketleriyle köylülüğün topraklarından ayrılmasına benzer şekilde, bedenlerine yabancılaştırılmışlardır (Bakker, 2003).

Cadı olmakla suçlanan kadınlar, üremenin, doğumun ve doğum kontrolünün bilgisini ellerinde tutan, bu bilgilerle kendilerine bir toplumsal statü kazandıran ve ebelik yapan kimselerdi. Cadılığın kapitalizme karşı bir tehdit olarak kodlanması ve kriminalize edilmesi sürecinde cadılıkla doğum kontrolü ve kürtaj arasında bir bağlantı kurulması da kaçınılmaz hale gelecekti. Devlete ve kiliseye göre cadılar, insanların ve hayvanların üreme gücünü ellerinden almaya çalışıyor, kürtaj yapıyor ve çocukları şeytana kurban ediyorlardı. Dönem, iktisatçıların ve istatistikçilerin Avrupa nüfusuna ve kapitalizme sunulacak emek gücüne dair son derece endişeli oldukları bir dönemdi ve bu endişe cadı avlarının teşvikine doğrudan etkide bulundu. (Mies,M;2008)

Öztunçel'in (2021) belirttiği gibi "cadılar sadece dilenci ve düşkün ya da doğurganlığı engelleyen ebeler olarak değil; aynı zamanda hafifmeşrep ve cinselliğe düşkün kadınlar olarak da görülüyorlardı; fuhuş ve zina, cadılara yönelik en önemli suçlamalardandı. Cadılıkla suçlanan kadınların birtakım ortak özellikleri bulunuyordu; birçoğu cinsel olarak faal olmayan, yaşça büyük, eşi hayatını kaybetmiş ya da itaatkâr bir eş olarak nitelendirilmeyen, yalnız yaşayan, yoksul, komşuları arasında baş belası olarak anılan, öfkeli davranışlar sergileyebilen kaşları çatık ve yüzleri kıvrısmaya başlamış kadınlardı. Söz konusu kadınlar geleneksel hiyerarşilerin dışında yaşıyordu ve hayatları diğer kadınlara oranla bir erkeğin kontrolünün dışındaydı. Patriyarka (erkek egemenliği) için bir anomalilerdi. Arzulanabilir kadın standardından uzak özellikler taşıyan, bir erkekle cinsel bir sözleşme ilişkisi içerisine girmemiş, bedenlerinin denetimi bir erkek tarafından kontrol altına alınmamış bu kadınlar; tehlikeliydi, kontrol edilmesi zordu ve düzen dışıydı".¹

Cadı avı bütün bir Avrupa'ya yayılırken zinanın ölümle cezalandırılmasına hükmeden yasalar yürürlüğe sokuldu ve evlilik dışı doğum yasadışı ilan edilerek kürtaj idamlık suçlar kategorisine dâhil edildi. Böylelikle kapitalist rasyonaliteye uygun olmayan, yani üreme amacı taşımayan her türlü cinsellik toplum düşmanı ve şeytani birer faaliyet olarak damgalanıyor ve yasaklanmış oluyordu. Aynı dönemde, evlenenlere prim veren ve bekârlığı cezalandıran yasalar çıkarılıyor, ebelerden doğurttukları çocukları kayıtlara geçirmeleri ve gizli doğum yapmış kadınları devlete bildirmeleri isteniyordu; böylelikle doğum doğrudan kapitalizmin hizmetine sunuluyordu.

Şifacı kadınların sahip olduğu şifacılık bilgilerinin bir kısmı yok edildi, bir kısım bilgi ise, tıp kurumunun doğumuyla birlikte öznelereinden alınarak hiyerarşik bir merkezileştirilmeye tabi kılındı. Cadı avları, bir yandan cadıların mülkiyetlerine el konmasına neden olduğu için, kapitalist ilkel birikimi sağlayan kârlı bir para ve zenginlik kaynağı olmuş, diğer yandan da üreme ve nüfus politikalarının temelini oluşturmuştur (Mies vd., 2008: 150).

Kadının görevinin üreme yani annelik olarak belirlenmesi aynı zamanda kadınların üretim sürecinden dışlanmaları, ev işlerine mahkûm edilmeleri ve cinsiyete dayalı bir işbölümünün ortaya çıkışı anlamına geliyordu. Böylelikle kadınların hem sermayeye hem de erkeklere bağımlılığını sağlayan kapitalist bir patriyarka inşa edilmiş oluyordu. Ev içi yeniden üretim süreci, kadınlara atfedilen cinsiyetçi roller / cinsiyetçi iş bölümü ile doğallaştırıldı. Aynı işleri yapan erkekler üretken ve meslek sahibi olarak nitelendirilirken kadınlar sadece doğaları gereği yapmaları gereken günlük işleri sürdürüyor kabul edildiler. Böylece ev içi emek gönüllülükle sürdürülen karşılıksız emek halini aldı.

Kadınların karşılıksız emeği onların piyasada iş bulmalarını, çalışmalarını zorlaştırdı ve onları aileye ve annelik rollerine sabitledi. Böylece halihazırda bedenine yabancılaştırılmış kadın, emeğine de yabancılaştı (Acar Savran ve Demiryontan, 2016, s. 198).

Cadı avlarında damgalanan kadın imgesinin karşısına çıkarılan yeni kadın imgesi, bedensel ve zihinsel olarak güçsüz, pasif ve biyolojik olarak denetlenmesi gereken kadındı. Bu sürecin baskın söylemi kadını farklı bir doğal tür olarak kurmuştu. Bu yeni normla birlikte, on sekizinci yüzyıldan başlayarak,

1 Öztunçel, T. (2021), "Cinsiyetli büyücülük tarihine giriş" <https://catlakzemin.com/cinsiyetli-buyuculuk-tarihine-giris/>

kadın ve erkek cinsiyetleri doğal farklılık temelinde tanımlanmaya ve aralarındaki farklılıklar mümkün olduğu kadar arttırılmaya, kadınsı ve erkeksi prototipler oluşturulmaya başlanmıştı (Acar Savran, 2009) Kadınların üreme ve yeniden üretim için harcadıkları emek de artık doğal bir özellik olarak kuruluyordu. Kısacası kurulmakta olan bu patriyarka biçiminde, üremeye yönelik kadın cinselliğinin ve kadınların görünmeyen-karşılsız ev emeğinin doğallaştırılmasının koşulları hazırlanmaktaydı. On sekizinci yüzyılda bu tarihsel geçişin bir ayağını da Aydınlanma'nın ve Fransız Devrimi'nin eşitlikçi ideolojisi oluşturmaktaydı. Toplumsal hiyerarşilerin yıkılmasıyla birlikte, artık erkek egemenliği bir toplumsal statü eşitsizliği olarak savunulamazdı. Modern/kapitalist patriyarka çerçevesinde, erkek egemenliği varlığını eşit haklara dayalı bir hukuksal düzenleme çerçevesinde sürdürmeliydi. Bunun tek yolu da, erkek ve kadın cinsiyetlerinin doğal farklılık etrafında kurulmasıydı. Eşitsizlikler artık "doğal olan"a gönderme yapılarak sağlama alınmaya başlamıştı. Eşitlik söylemi çerçevesi içinde toplumsal cinsiyet hiyerarşisini meşrulaştırmanın yolu doğal farklılık tezinin geliştirilmesi idi. Her iki cinsiyet de katı, doğal kategoriler olarak kuruldu. Toplumsal cinsiyet hiyerarşisi salt söylemsel olarak değil, tarihsel planı olan ve kadın bedeninin, cinselliğinin, denetlenmesine, emeğine el konulmasına dayanan bir sosyo-ekonomik pratik içinde kuruldu (Acar Savran, 2009)

Kapitalist patriyarkanın yükseliş hikâyesinde kadın bedenini, cinselliğini ve emeğini sahiplenmesinin ve toplumsal üretimin taşıdığı önem, namus kavramında billurlaşır. Tıbbi pratikler, bir namus göstereni olarak bekâret için çok yakın tarihlere kadar delil sunma işlevini görmüştür. (Ergün, 2008: 20).

Foucault, 18. yüzyılın ikinci yarısında, bu kez disiplinci olmayan, "yaşatmak ve ölüme bırakmak" tan sorumlu başka bir iktidar teknolojisinin ortaya çıktığını söyler. (Foucault, 2001: 189-190).

Bedenlerin denetimli biçimde, üretimin parçası olması ve nüfusun ekonomik/siyasal süreçlere göre düzenlenebilmesi için biyo-iktidar gereklidir. Böylece, beden, üretken ve tabi kılınmış olacaktır. Aynı zamanda, modern tıbbın da doğuşunu müjdeleyen biyo-iktidar, "*hem bedeni ve nüfusu, hem organizmayı ve biyolojik süreçleri konu alan ve böylece disiplinci ve düzenleştirici etmenlere sahip olacak bir bilme iktidarındır.*" (Foucault, 2001: 248-249).

Tıbbın normlarının oluşturulduğu, Foucault'nun kadın ve erkek tarihlerini farklılaştırılmamış bir bütüne indirgeyerek baktığı bu süreci, cadı avlarının tarihsel sonuçlarını değerlendirerek incelemek; modern tıbbın kuruluş sürecinde bilme iktidarından kadınların dışlanmasını da aydınlatacaktır. (Yetener M, 2010)

Patriyarkal ideoloji tıbbı yansıyor ve tıp endüstrisi tarafından yeniden üretiliyor.

Tıp, söylemini kuran çeşitli bilim dalları aracılığı ile kendi ideolojisini oluşturur. Bir ölçüde kısmi ve çarpıtılmış olan ve bazı özel toplumsal çıkarlara hizmet eden inançlar bütünü olarak ideoloji; iktidar ilişkilerini yeniden üretir (Bourdieu, 2007:101). Bu yeniden üretimi sağlamak için, fiziksel şiddet içermeyen ve toplumsal eyleyici üzerinde kendi suç ortaklığı ile kurulan bir baskı unsuru kullanır. Bourdieu, buna simgesel şiddet adını vermiştir. "*Simgesel şiddet, belli koşullarda ve belli bir bedelle,*

siyasal-polisiye şiddetten çok daha etkin bir işlev görebilir.” (Bourdieu, 2007 :166,171). Yaşatma stratejileri iktidarı olarak biçimlenen tıbbın, toplumsal minnetin kabulünü sağlayan karizması, simgesel şiddetin gerektirdiği suç ortaklığını kolaylaştırır. “Simgesel şiddet, itaat olarak algılanmayan itaatleri, ‘kolektif beklentiler’e, toplumsal olarak aşılınmış inançlara dayanarak çekip çıkaran şiddettir. Simgesel şiddet kuramı da bir inanç kuramına, kendilerine bir durum ya da söylemde yer alan buyrukları algılamalarını ve onlara itaat etmelerini sağlayacak algı ve değerlendirme kalıplarıyla donatılmış eyleyciler üretmek için gerekli toplumsallaşma çalışması kuramına dayanır.” (Bourdieu, 2006: 176).

Toplumsal cinsiyet ve tüm eşitsizlik ilişkileri hiyerarşik toplumun zihninde, bedenlere kazınan anlam ve algılar yoluyla içselleştirilir ve doğal kabul edilir.

Tıbbın eril iktidarı, toplumsal ve ekonomik ilişkilerden bağımsız olarak algılandığında, tüm bu bağlantılardan azade, kendinden menkul soyut bir iktidarla karşı karşıya kalırız. Varılan noktanın kendisi tıbbı, siyasi iktidardan bağımsız bir erk rolü biçmektir ki, bizi tarih dışı bir noktaya sürüklemesi kaçınılmazdır. Modern tıbbı oluşturan bilimlerin hiçbir ideolojilerden, sınıfsal ve toplumsal cinsiyet ilişkilerinden bağımsız değildir. Bireylerin tıbbın simgesel şiddetine uğramalarına neden olan inanç kuramı; tıbbın tarafsızlığı, sadece bireylerin çıkarlarını korumak için varolduğu ve ölümü inkâr eden bireyin sonsuzca yaşayabilme arzusuna tıp yoluyla kavuşabileceği inancı ve beklentisidir. İtaat etmelerini sağlayan algı ve değerlendirmeler ise, devletin ideolojik aygıtları[1] yoluyla yeniden ve yeniden üretilir (Althusser, 2003).²

Tıbbın nesnesi olarak bedenler, değişik ideolojilerin, siyasal iktidar ve dinlerin egemenlik mücadelesinin alanlarıdır. Modern toplumun bir gösteri ve görsellik alanı haline dönüşmesiyle, medya, bedenleri bir tüketim nesnesi olarak kurar.

Toplumsal cinsiyet kavramı; içeriğini toplumsal yargıların, anlamlandırmaların doldurduğu, ezme-ezilme ilişkilerinin kuruluşunun zeminini hazırlar. Toplumsal cinsiyet, hiyerarşik ilişkileri kurar, kapitalist yapılar olarak aile, eğitim, din ve bilim kurumları tarafından yeniden yeniden üretilir. Erkeklerle kadınlar arasındaki ortalama anatomik, biyolojik ve fizyolojik farklılıklar, toplumsal cinsiyet yoluyla kategorik farklılıklara dönüştürülür ve sabitlenir. Kadınlarla erkekler arasında üreme işlevine yönelik bu anatomik farklılıklar, cinsiyet olarak dışlayıcı iki kategori oluşturur. (Acar-Savran, G. (2004: 233).

Kadınlara yönelik kalıp toplumsal cinsiyet algıları olan “edilgen, doğuran, bekleyen” tanımlamaları, biyoloji dolayımıyla yeniden oluşturulur. Birçok bilimsel saptamalarda bile, kadın olan edilgen, erkek olan etkin öğelerle anlatılmıştır. Örneğin, yumurta döllenmesinin bilimsel tasvirinde yumurta edilgin biçimde bekleyen dişi; sperm ise, etkin, maceracı, yumurtayı döleyen eril özne olarak tasvir edilir (Mutlu, 2018).

2 Louis Althusser, (Althusser, 2003). Devlet iktidarı varoluşunu sadece baskı ve zor yoluyla değil, iktidarını öznelere için meşrulaştırarak da sürdürür. Bu anlamda ideoloji bireylerin anlam atfettikleri, doğruluklarına kısmen veya tümüyle inandıkları simgeler bütünüdür. Din kurumları, aile, okul, hukuk, medya, sendikalar devletin ideolojik aygıtı görevini görürler.

Oysa yeni bulgular, yumurta hücresinin protein ve moleküller üretilip sperm hücrelerinin kendine yapışması ve içine nüfuz etmesi için, adeta emir verdiğini göstermektedir. Ataerkil sosyal düzenin hayvan davranışlarına yansıtılması ve bu şekilde tanımlanan doğanın yeniden kadın erkek rollerine aktarılmasıyla da rollerin doğallaştırılması sağlanır (Kılınç, 2007: 48).

Kadın bedeninin tıbbileştirilmesi mi? Görünmezleştirilmesi mi?

Tıbbileştirme, tıbbi olmayan veya sosyal bir konunun tıbbi bir problem, hastalık ve tedavi edilmesi gereken bir durum olarak tanımlanmasıdır. Bir başka deyişle tıbbileştirme, bir konu, problem ya da durumun, tıbbi terimler ve tıbbi dil ile tıbbi çerçeve içinde, tıbbi müdahale ile tedavi edilecek bir durum olarak ifade edilmesidir (**Sezgin, 2022**). Tıbbileştirme; otoriter ve eril kurulmuş olan tıp kurumunu bağımsız ve kendinden menkul bir iktidar olarak tanımlar. Böylece tıbbin ideolojik olarak etkilendiği hem patriyarka hem de kapitalizm görünmezleşir. Özne sadece tıp kurumu haline gelir. Oysa tıp kurumu eğitim, medya, aile ve din gibi kurumlardan farksız olarak, yukarıda tarihsel gelişiminden bahsedildiği gibi patriyarka ve kapitalizm koşullarında kurulmuş ve gelişmiş bir rıza aygıtıdır.

Tıbbileştirme tanımı gereği, “tıbbın konusu değilken tıbbın konusu haline gelen” ezeli ve ebedi bir “doğal” farz eder. Birçok “doğal” eskiden tıbbın konusu değilken bilimsel gelişmeler sonucu tıbbın konusuhaline gelmiştir. Örneğin antibiyotik öncesi dönemde insanların enfeksiyondan ölmeleri “doğal” iken enfeksiyon hastalıkları tıbbın konusu olmuştur. Kadınlar zor doğumlarda veya çeşitli gebelik patolojileriyle kaybedilirken şimdi bunlar önlenabilir hale gelmiştir. Tıbbileştirmek kavramında problem bunların yanında kadın sağlığının görünmez olduğunu görmemesidir. Zira sorun kadın bedeninin tıbbın konusu olması değil, patriyarkadan kaynaklanan cinsiyetçi normların kadınlara özgü hastalıklara yansıtılması dışında, gerçekte tıbbın konusu olmamasıdır. İtiraz etmemiz gereken; daha önce kadınlar açısından “doğal” kabul edilen durumların tıbbın konusu olması değil, bu durumların cinsiyetçi yargılardan arınmış olarak kadınların refahı ve sağlıkları açısından çözümlenebilmesidir. Özetle sorun; bir konunun ya da kadın bedeninin tıbbın konusu olmasından çok hangi toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini barındırdığı, hangi ekonomik sistemde kurulup, ne tür sınıfsal eşitsizliklere neden olduğudur.

Tıbbın kadın sağlığı ile ilgili alanı üreme ile sınırlandırılmış olup, ergenlik ve menopoz problemleri, çalışma ve yaşama koşullarından kaynaklı, kadına özgü durumlar görünmez kılınmıştır. Ev içi emeğin gerektirdiği ağır ve tekrarlayan çalışma koşulları, çocuk, hasta ve yaşlı bakımı, bel ağrıları; beslenme yetersizlikleri ve adet kanamaları ise, kansızlığı kadınların en sık uğradığı hastalık durumları olmakla birlikte, cinsiyetle ilgili sınıflandırmalarda ancak son yıllarda öğretim programına alınmıştır. Modern tıp, kadınları doğurganlık rolleri ile tanımlar. Bu nedenle adölesanlar ve menopoz dönemindeki kadınlar ihmal edilen gruplardır. Aile planlaması ile ilgili bilgilendirme, eğitim, iletişim ve klinik hizmetlerde erkekler hedef kitle olarak ele alınmaz (Özvarış, Ş, 2007).

Hala erkeklerin kullanabileceği bir doğum kontrol hapı yok. Erkeklerle yönelik kontraseptif yöntemler 19.yüzyılın başından beri hala kondom ve vazektomi...Buna karşılık kadınlarda infertilite, gebelik ve

doğuma dair çok fazla teknik ve müdahale yöntemi geliştirildi. Kısırlık da temel olarak hala kadınların sorunu olarak görülüyor.

Kısırlığın, tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak tanımlanması ile yeni üreme teknolojileri geliştirildi. Sürekli olarak eğitim kurumları ve medya yoluyla kışkırtılan “biyolojik annelik” ideolojisiyle kuşatılan kadınların en çok gereksinim duyduğu şey (!) “kendi genlerinden” bir çocuk “üretmek”. Kısır olmak ise, saklanması gereken bir eksiklik halidir. Tasarlanmış ve inşa edilmiş “kendine ait bir çocuğa sahip olma arzusu”, kadın bedeni bir deney tüpü haline getirir. Üreme teknolojilerindeki gelişmeler, bir yandan ne pahasına olursa olsun biyolojik anneliği kışkırtır ve kısırlığı daha hoşgörülemez hale getirirken, diğer yandan hekimleri toplu üretime ve giderek genişleyen ve para getirici bir döllenme pazarı oluşturmaya iteceğini öngörmek zor olmasa gerektir. (Yetener M, 2010)

Adet döneminde çoğu kadının sancılı adetler ve çeşitli ruhsal dalgalanmalar yaşamalarının “doğal” kabul edilmesi, kadınlarda sık görülebilen endometriosis teşhisini 8.5 yıl geciktiriyor. Ballard’a göre bunun nedeni hekimlerin bunu “normalleştirmiş” olması. Çoğu kez kadınlar da bunu normalleştirmek zorunda kalıyorlar. Kadınların ağrıyı abartıp, uydurdukları düşünülebiliyor. Bulguları Ballard’la oldukça örtüşen 2007 tarihli bir başka akademik çalışma ise endometriyozis teşhisi konulmuş 4334 kadının yüzde 63’ünün, bir noktada doktorlarından ‘hiçbir şeylerinin olmadığını’ duyduğunu belirtiyor. Dünyada şu an 176 milyon endometriosis hastası kadın olduğu düşünülüyor. Yani her on kadından biri...

Kadınların ağrıyı abartıp, uydurdukları düşünülebiliyor. Kadın hastaların ciddiye alınmaması ve kendilerinin de bu tavrı içselleştirmeleri rahim gibi kadına özgü olmayan organları da kapsıyor. Kalp krizi geçirerek hastaneye kaldırılan kadınlar, kalp krizi geçirirler de hastalık hastası gibi görünmemek için bundan bahsetmemeyi tercih ettiklerini söylüyorlar. Avustralya Kalp Vakfı, her yıl kalp krizi geçiren erkek sayısının iki kat fazla olmasına karşın ölen kadın ve erkek sayısının eşit olduğunu söylüyor ve bunu kadınlarda kalp krizinin önceden teşhis edilemediğine bağlıyor. (Willow, 2015)

New England Journal of Medicine’de yayınlanan bir araştırma kadınların kalp krizinin ortasında yanlış teşhis ve taburcu edilme olasılığının erkeklerden yedi kat fazla olduğunu buldu.

Kadınların migren ve kronik yorgunluğa sahip olma olasılıkları dört kat, otoimmün bozukluklara yakalanma olasılıkları üç kat, alzheimer, depresyon ve romatoid artrit sahip olma olasılıkları iki kat daha fazladır. Boston’daki Brigham Kadın Hastanesinin “Kadın Sağlığı Bekleyemez” adlı kapsamlı 2014 raporuna göre sigara içmeyen kadınların akciğer kanserine yakalanma olasılığı, içmeyen erkeklere göre üç kat daha fazladır. Ayrıca Cancer Research UK tarafından Şubat 2017’de yapılan bir araştırma, önümüzdeki 20 yıl içinde kanser oranlarının kadınlarda erkeklerden yaklaşık altı kat daha hızlı artacağını tahmin ediyor. Renkli kadınlar daha dezavantajlı durumda. Siyah kadınların felç geçirme olasılıkları beyaz kadınlara göre iki kat daha fazla ve hayatta kalma olasılıkları çok daha düşüktür. 2001 Hükümet Sorumluluk Ofisi Raporu, 1997 ile 2000 yılları arasında piyasaya çıkarılan 10 reçeteli ilaçtan sekizinin kadınlar için daha büyük sağlık riskleri oluşturduğunu ortaya koyuyor.

Genel olarak kadınların ilaç yan etkileri yaşama olasılığı erkeklerden 1.5 ila 1.7 kat daha fazladır. Araştırmalar, kadınların ilaçları erkeklerden farklı şekilde metabolize ettiğini ve bu nedenle farklı dozlar gerektirebileceğini, ancak dozajların nadiren cinsiyete göre ayrıldığını söylüyor. (Adler, 2017)

Eski Yunanlılar kadın bedenini sakatlanmış erkek bedeni olarak gördüler. Tarih boyunca beyaz erkek norm kabul edildiği için kadınlar bugün de anatomi kitaplarında yer almazlar. Tarihsel olarak “varsayılan beden” erkek bedenidir. Kadınlar araştırmalarda da bulunmazlar. Buna gerekçe olarak östrojen döngüsünün bir engel olarak yorumlanması, kadın bedenlerinin test edilemeyecek kadar karmaşık ve külfetli oluşu gösterilir. (Liu A K, 2016), (Atlı G, 2022)

90’lardan beri klinik deneylere daha çok kadın katılsa da araştırmacılar her zaman sonuçları cinsiyet / toplumsal cinsiyet ekseninde ayrıştırarak analiz etmediler. Ayrıca klinik öncesi araştırmalar hala erkek hücrelere ve erkek hayvanlara odaklanıyor. Erkek egemenliğinde gelişen tıp ve psikiyatri, “ikincil” bir cinsiyet olarak kadın “sorunun kaynağı” olarak görülmüş, kadın beyni ve zihni patolojize edilmiş, kadınlardan hastalıklarını kabullenerek, “hayat tarzlarını” değiştirerek yani toplumsal olarak cinsiyetlendirilmiş eş ve anne rollerini benimseyerek bedenlerindeki hastalıkları zihinleriyle kontrol etmelerini beklemiş. Buna karşı çıkanları ahlaki söylemlerle baskı altına alınmaya çalışmış, irrasyonel, sorumsuz olarak gösterilmiş, “makbul kadınlık” sınırları dışına çıkarılmış (Jackson G, 2020), toplumun standartlarına “ uyumsuz” olan bu kadınlar “deli” olarak etiketlenmiştir. “Kanıt dayalı tıp” kavramı bile üstü kapalı olarak tıbbın o olmadan yapıldığı dönemleri ifade ediyor. Sormamız gereken sorular ise: Kadının acısını kadınları daha duygusal, hassas gördüğümüz için daha mı az anlamaya çalışıyoruz? Daha mı az tedavi ediyoruz? Daha çok kadınlığıyla ilgili mi patolojize ediyoruz? Sosyal sorunları için daha çok mu antidepressan yazıyoruz? Olmalı. (Erensu B, 2021)

Daha önce ruhsal tanı sisteminde (DSM) adet öncesi disforik bozukluk olarak adlandırılan ve kadınların yüzde 5.5 ‘i için ciddi ruhsal sıkıntılar, depresyon, iş gücü kaybına neden olabilen adet öncesi dönem, ancak 2013 de PMS (premenstrüel sendrom) olarak adlandırıldı. (Eski kuşak feministler dişiliği bir patoloji haline getirdiği gerekçesiyle buna karşı çıktılar, genç feministler buna katılmadılar.) (Miller L, 2021)

Kadın hormonlarının her daim denge halini gereksinen yapısı patolojik olduğu için değil, kompleksitesi nedeniyle erkeklerden ayrılıyordu. Ancak eril tıp bunu anlamaya çalışmak yerine mevcut rahatsızlıkları kadınların “hassas” kişiliğine, “zayıflıklarına” bağlamayı tercih etti. PMS gibi dönemsel rahatsızlıkların hastalık biçiminde sendromlaştırılması, zaman zaman kadınları ikileme sürüklemekte. Bu hastalıkların cinsiyetçi tasvirleri ile, hastalığın kadın sağlığını sınırlayan boyutuna maruz kalmak arasında kalan kadınlar sıklıkla toptancı biçimde hastalığın cinsiyete atfedilmesini reddedebiliyorlar. Oysa bu reddin kendisi de kadın sağlığının görünmezleşmesine katkıda bulunuyor. (Üstel İ, 2021), (Mutfak Cadıları, 2010)

Kadınlarda sık rastlandığı için patolojikleştirilerek kadın duygusallığı ve zayıflığı ile bağlantılandırılan diğer yaygın bir hastalık fibromiyalji. Fibromiyalji hastalığının fizyolojik nedeni çok yakın zamanlara kadar hiç anlaşılamamıştı. Bu yüzden net bir tedavisi yoktu. Bilinmediği için “stres kaynaklı” deniyor,

hatta “hassas karakterli”, “titiz kadınları” çok daha fazla etkilediğine inanılıyor, tedavide sıklıkla antidepressanlar kullanılıyordu. Eğer söz konusu kadınları etkileyen bir hastalıksa nedenlerin strese, karaktere, kafayı bir şeylere takmaya, yani kadın olmakla birlikte gelen sözümona zayıflığa bağlanması sıradan bir şey, kadınları kamusal gündelik hayatta infantilize etmenin binlerce yolundan birisi oldu. Bu cinsiyetçi bakış nedeniyle kadınların hem ev hem iş yaşamında yaşadığı sorunlar, çocukluk travmaları, adaletsizlikler ve susturulmuşluklar görünmez kalıyor, hem de hastalık basit bir fitrat ve doğa meselesine indirgenmiş oluyor. Ann Cvetkovich “Depresyon: A Public Feeling” kitabında depresyonun sadece tekil nedenlerle ortaya çıkan klinik bir olgu değil, aynı zamanda sosyal ve politik bir mesele olduğunu öne sürmüş ve sorunun kişisel nedenlere değil bazılarımızın hayatlarımızda maruz kaldığımız adaletsizlik tarihlerine uzayabileceğini iddia etmişti. Bunu da tıp literatürünün ağırlıklı beyaz orta sınıf bir erkeği nesne olarak aldığı ve araştırmaların da bu “erkek norm” ile ilgili varsayımlar etrafında şekillendiğinin altını çizerek yapmıştı. (Üzeltüzenci P,2020)

Bikini Tıbbı

Doktorlar yıllardır kadın sağlığına “bikini tıbbı” diyorlar çünkü önemli olan bikini kısımları yani üreme ve “üreme hormonları”. Bu cinsiyet ve insan bedeni anlayışından hareketle “kadın sağlığı” fikri sadece üreme sağlığı olarak anlaşılmıştır. (Atlı G, 2022)

Öte yandan kadınların doğurganlığı da, onlara karşı bir kontrol yöntemi olarak kullanılıyor. The Independent, Birleşik Krallık’ta her yedi kadından birisi ya hamile kaldığı için ya da kürtaj yaptırdığı için zorbalığa uğradığını açıklamış. Geniş çaplı bir araştırma, kadınların yüzde 14’ünün üreme baskısı yaşadığını, ya gebe kalmaya, ya kürtaja zorlandığını saptamış. Kamuoyu araştırma şirketi D-Cyfor tarafından yapılan araştırma, kadınların yüzde sekizinin hamile kalma baskısı yaşarken, yüzde yedisinin kürtaja zorlanmış olduğunu duyurdu. (Oppenheime M, 2019)

Yumurtalıkların ya da rahmin alınmasının kadınlarda demans riskini arttırdığını 10-15 yıldır biliyoruz. (Jamshed N, Ozair F F at all;2014) Bu süre kadınlar hakkında bu kadar önemli bir bilgi olduğunu düşündüğümüzde çok kısa bir süre.. Öte yandan bunun tıbbi pratiğe yansımalarını hala yeterince görmediğimiz düşünüldüğünde ise uzun bir zaman dilimi. Kadınlarda erken menopoz ve Alzheimer riskinin artması arasında güçlü bir bağlantı var. (Selen G, 2019) Bu aslında hormonların sadece üreme işlevi görmeyip beyinden kalbe, damarlara, kemiklere kadar büyük bir koruyucu etkisi olmasından ve bu etkinin menopozla ortadan kalkmasından kaynaklanıyor. (Naftolin,F; Friedenthal J. at all,2019)Yumurtalıkların cerrahi olarak alınması işlemi sonucunda da Alzheimer riski yüzde 70’e yükseliyor. (Rocca A W, Grossardt R,B at all; 2012) Sadece rahmin alındığı durumlarda da riskin arttığını gösteren araştırmalar var. Rahim alındığında yumurtalıklara giden kan akışı zayıflıyor, beslenmesi bozuluyor. Kadınların sağlık alanındaki görünmezliklerinden belki de en önemlilerinden birisi, yıllarca hoyrat bir biçimde rahimlerinin ve yumurtalıklarının aynı anda cerrahi olarak çıkarılma operasyonlarına maruz kalmalarıdır. Menopoza girmemiş olsalar bile, eğer çocuk doğurmuşlarsa rahim veya yumurtalıklardan birinde problem varsa, diğer organı da “olası hastalık gelişimine karşı riske atmamak” adına cerrahi olarak almak gayet olağan kabul edildi / ediliyor. Kadın organları ve

hormonlarına sadece üreme araçları olarak bakıldığı için, rahim veya yumurtalık kaybı, organ kaybı olarak görülmedi ve rahim alındığında yumurtalık beslenmesinin de azalacağı ve erken menopoza kapı açılacağı hiç düşünülmedi. (Rocca A W, Grossardt R,B at all;2012)

Erkek egemenliğinin sonucu olarak toplumsal cinsiyet eşitsizliği nedeniyle menopoza yüklenen anlamlar kadınlar için güzellik ve çekiciliğin kaybı, cinselliğin bitişi, cinsiyetsizleşmedir. Kadınların büyük kesimi tarafından da bu “oyun dışı” kalma rolü içselleştirilir. Değersizlik hisleri yaşanabilir. Kadınların menopoza girmelerinden önceki bir kaç yılı kapsayacak şekilde ruhsal dalgalanmalar, sıcak basmaları yaşamaları artık perimenopoz denen bu dönemdeki östrojen dalgalanmaları ve progesteron / östrojen dengesinin progesteron aleyhine bozulması ile açıklanıyor. (Mustafa A, 2019)

Erekte olamayan bir erkek için geliştirilen onca çözüm varken kadınların sağlıklarının sadece üremeye sabitlenmesi ve kadınların beyinlerinden damarlarına kadar tüm vücutlarını etkileyen ve aslında bir miktar erkeklerde de bulunan hormonların “üreme hormonu” olarak adlandırılması belki de tıbbın kadın sağlığını nasıl önemsemediğinin bir göstergesi..

Tıpkı PMS gibi menopozun da tıp eliyle tıbbileştirildiğini söylemek hem erkek egemenliğini örtüyor, hem de gerçek dışı bir “doğal” varsayarak kadınların menopoz nedeniyle gereksindikleri yardımı almalarını engellemiş ve kadın sağlığının tıptaki görünmezliğini pekiştirmiş oluyor. (Üstel İ,2021)

Troid hormonu eksikliğinde troid hormonu, insülin eksikliğinde insülin vermek, tansiyon yüksekliğini, kolesterolü ilaçla tedavi etmek sorgulanmadığı, olağan kabul edildiği halde, kadınların uzamış ömürlerinin büyük çoğunluğunu hormonsuz geçirmeleri “doğal” bulunabiliyor.

Hormon replasman tedavisi kadın yaşamlarını üremeye endeksli varsaymıyor, tam tersine üreme dışında ve üreme sonlandığında da bir bedenleri, zihin, kalp, damar ve ruh sağlıkları olduğunu vurgulama iddiasını taşıyor.

“Cinsiyet hormonları” adı altında dar bir kavrama sıkıştırılan bu hormonlar kadın ve erkek vücudunda beyinden kemiğe, kemikten psikolojiye, kanserden *kanseri önlemeye* kadar her konuda ve hücrede hayati fonksiyonlar üstlenirler. Oysa hakim tıp anlayışında bu denli yaşamsal bir konuya yüzeysel ve ezberlenmiş bilgilerle yaklaşıyor” (Atasoy M, 2019) (Henderson, E B ; Paganini, A at all;1991) (Bayer, U; Hausman, M;2011) (Rasgon, L R ; Geist L,C at all;2014)

Bu “vurdumduymazlığa” zemin oluşturan hatalarla dolu WHİ araştırmasında insan bedeninde başka hiç bir alanda sentetik hormon kullanılmadığı halde, kadınlar için sentetik hormonumsular (östrojen yerine at östrojeni, progesteron yerine progestinler) kullanıldı. Bu hormonumsular hem ağızdan kullanıldıkları, hem her yaşta kadına rastgele verildikleri, hem de aslında vücuda yabancı moleküller oldukları için bazı yan etkilere neden oldular. Bugün bile kullanılırken troid hormonu veya insülin ek olarak verildiğinde kanda ölçülebilirken bu hormonların kanda neden ölçülemediğini sormak kimsenin aklına gelmiyor. O zaman araştırmanın başındaki bilim insanının yıllar sonra araştırmaya dair yaptığı özeleştirisi bile araştırmanın medyada yarattığı infial ve sonrasında yıllarca hatta hala kadınların etkin tedaviden mahrum kalmış olmaları gerçeğini değiştiremedi. (Atasoy M,2018)

Doğal estrogenlerin sentetiklerde olduğu gibi ağızdan hap yerine ciltten krem olarak uygulanmalarının kalp-damar ve pıhtılaşma riskleri açısından *çok* daha güvenli olduğu net olarak açığa konmuş (Kuhl ,K 2005), (Canonica, M, 2007), (Oger, E, Gelas-A, M at all ,2003). Yalnızca sıcak basması gibi menopoza yakınmalarını engellemek amacı ile hormon kullanıyor olursa bile, *sadece doğal insan vücudundakine eşdeğer, yani biyoeşdeğer hormonlar kullanılmalı.* (Atasoy M, 2018), (L'Hermite, M;2013) (Mueck O,A; 2012)

Sonuç yerine

Şüphesiz menopoza; kültürel, sosyal, dolayısıyla patriyarkal kodlardan ayrılması çok zor bir dönem. Kadınların bu dönem “oyun dışı” hissetmelerinde, cinselliklerini ve cazibelerini yitirdiklerini düşünmelerinde kadınlığa atfedilen sosyal, kültürel normlar önemli rol oynuyor.

Bilimsel bilginin evrenselliği, her kadının biricik kişisel deneyimlerini yok saymaz. Önemli olan tıbbın içindeki cinsiyetçi yargıları fark etmek, ayıklamak ve içselleştirmekten kaçınmak. Bilimsel tıbbî bilgiden, kadınların yararına, sağlık ve esenliklerini geliştirecek biçimde yararlanmak gerekiyor. Her kadının bedeni, sağlığı kendine ait ve kişisel deneyimi değerli. Şüphesiz sağlıkları ve bedenleri ile ilgili en doğru kararı verecek olanlar da yine kadınlar. Cinsiyetçi yargıları fark etmek, kadınların öznel deneyimlerinden daha çok bahsetmeleri ve bunları ortaklaştırmaları ile mümkün. Bu biricik kişisel deneyimler olmasa, bilimsel bilginin nasıl, ne biçimde kadınların lehine olabileceğini fark etmem ve bu makaleyi yazabilmem de mümkün olmayacaktı. Deneyimlerini feminist medyada (Çatlak Zemin ve 5 harfliler) ve sosyal medyada paylaşan bütün kadınlara müteşekkirim.

Kaynaklar

1. Achterberg, Jeanne(2009). Kadın Şifacılar , Çev.Bilgi Altınok, Everest Yayınları, İstanbul.
2. Adler Webley, K (2017) Women Are Dying Because Doctors Treat Us Like Men
3. <https://www.marieclaire.com/health-fitness/a26741/doctors-treat-women-like-men/>
4. Althusser, Louis(2003). İdeoloji ve Devletin İdeolojik Aygıtları, Çev. Alp Tümertekin, İthaki Yayınları, İstanbul.
5. Atasoy M (2019) Hormon
6. Atasoy M (2018) Hormon Replasman Tedavisine İlişkin Bildiklerinizi Unutun. Bölüm 2-3 <https://www.fonksiyoneltip.com/hormon-replasman-tedavisine-iliskin-bildiklerinizi-unutun-2-bolum/>
7. <https://www.fonksiyoneltip.com/hormon-replasman-tedavisine-iliskin-bildiklerinizi-unutun-3-bolum-son/>
8. Atıl Gizem çev.(2022) Yentil Sendromu: Tıpta Toplumsal Cinsiyetle İlgili Veri Eksiklikleri ve Bu Durumun Kadın Sağlığına Etkileri. <https://www.5harfliler.com/yentil-sendromu-tipta-toplumsal-cinsiyetle-ilgili-veri-eksiklikleri-ve-bu-durumun-kadin-sagligina-etkileri/>
9. Bakker, İsabella(2003). “Toplumsal Yeniden Üretim ve Cinsiyetlendirilmiş Bir Politik Ekonominin İnşası”, Çev.Demet Özmen, Koray Yılmaz, İçinde Praksis, Maddecı Feminizm 20, Dipnot Yayınları, Ankara: 69-86
10. Bayer U, Hausman M (2011) Menopause Int.Estrogen treatment affects brain functioning after menopause. DOI: [10.1258/mi.2011.011105](https://doi.org/10.1258/mi.2011.011105)

11. Baysak Erensu (2021) "Kadın Deliliğinin" Tarihsel İnşası. <https://catlakzemin.com/kadin-deliliginin-tarihsel-insasi/>
12. Kılınç, Berna(2007)."Aklın Cinsiyeti Var mı?", İçinde Cinsiyetli Olmak- Sosyal Bilimlere Feminist Bakışlar, Der.Zeynep Direk, Yapı ve Kredi Yayınları, İstanbul:35-50
13. Bourdieu Pierre,(2006). Pratik Nedenler- Eylem Kuramı Üzerine, Çev. Hülya Uğur Tanrıöver, Hil Yayınları, İstanbul.
14. Bourdieu P, Wacquant D.J.Loic (2007). Düşünümsel Bir Antropoloji için Cevaplar, Çev. Nazlı Ökten, İletişim Yayınları, İstanbul.
15. Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, Conard J – Circulation, 2007 – Am Heart Assoc. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study
16. Ergün, Emek(2008)."Türkiye'de Bekaretin "El Değmemiş" Tarihi" İçinde Bekaretin 'El Değmemiş' Tarihi. Blank,Hane. Çeviri ve Önsöz, Emek Ergün, İletişim Yayınları, İstanbul.:11-34
17. Foucault, Michel(2001). Toplumunu Savunmak Gerekir, Çev. Şehsuvar Aktan, Yapı ve Kredi Yayınları, İstanbul.
18. Henderson VW, Paganini-Hill A, Ross R K, et al.(1991) Arch Intern Med. Decreased mortality in users of estrogen replacement therapy. PMID 1985611
19. Jackson Gabrielle (2019). Çev. İnal Deniz (2010) Kadın Meselesi: Tıp Deneylerindeki Erkek Odaklılık Kadın sağlığını Nasıl Mahvetti. <https://catlakzemin.com/kadin-meselesi-tip-deneylerindeki-erkek-odaklilik-kadin-sagligini-nasil-mahvetti/>
20. Jamshed N, Ozair F F at all (2014)Journal of Midlife Health. Alzheimer disease in post-menopausal women: Intervene in the critical window period. DOI: 10.4103/0976-7800.127791
21. Kuhl H (2005) Climacteric. Pharmacology of estrogens and progestogens: influence of different routes of administration, Climacteric
22. L'Hermite M (2013) Review. Climacteric HRT optimization, using transdermal estradiol plus micronized progesterone, a safer HRT
23. Liu A; Mager D,A,N(2016) Pharm Pract Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications
24. Mies, Maria;Bennholdt-Thomsen,Veronika; Werlhof,Von Claudia (2008). Son Sömürge Kadınlar, Çev Yıldız Temurtürkan, İletişim Yayınları, İstanbul.
25. Miller, Lisa (2021) çev. Serap Güneş. Östrojen Hipotezi: Hormonlara Kulak Vermek
26. <https://dunyadanceviri.wordpress.com/2021/03/09/ostrojen-hipotezi-hormonlara-kulak-vermek-lisa-miller/>
27. Mueck O A (2012) Climacteric Postmenopausal hormone replacement therapy and cardiovascular disease: the value of transdermal estradiol and micronized progesterone
28. PMID: 22432811
29. Mutfak Cadıları (2010). Regl İzni Tartışması: Kadınlar Yine Kırk Katır mı, Kırk Satır mı İkileminde <http://www.sosyalistfeministkolektif.org/feminist-politika/bueltlen-mutfak-cad-lar/regl-izni-tartismasi/>
30. Mutlu, B. (2018), Sperm 2.0: Tüp Bebek Çağında Sperm Temsilleri <https://www.5harfliler.com/sperm-2-0-tup-bebek-caginda-sperm-temsilleri/>

31. Naftolin F, Friedenthal J, Nachtigal R at all; (2019) F1000 Res Cardiovascular health and the menopausal woman: the role of estrogen and when to begin and end hormone treatment
32. Oger E, Alhenc-Gelas M, Lacut,K (2003) – Am Heart Assoc. Differential effects of oral and transdermal estrogen/progesterone regimens on sensitivity to activated protein C among postmenopausal women: a randomized trial
33. Oppenheim Maya.(2019) çev. Aliefendioğlu Hanife. Araştırmaya Göre Her Yedi Kadından Biri Bebek Sahibi Olmaya Ya da Kürtaja Zorlanıyor. <https://catlakzemin.com/arastirmaya-gore-her-yedi-kadından-biri-bebek-sahibi-olmaya-ya-da-kurtaja-zorlanıyor/>
34. Rasgon, L R ; Geist L C, Heather A K at all (2014) Randomized Controlled Trial. Prospective randomized trial to assess effects of continuing hormone therapy on cerebral function in postmenopausal women at risk for dementia. PMCID: [PMC3951184](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22269187/)
35. Rocca A W, Grossardt R,B at all (2012) Neurodegener Dis. Hysterectomy, Oophorectomy, Estrogen, and the Risk of Dementia. PMID: [22269187](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22269187/)
36. Savran,Gülnur Acar (2004). Beden Emek Tarih, Kanat Yayınları, İstanbul.
37. Savran, Gülnur Acar (2009).”Heteroseksizm: Patriyarkanın En Güçlü Dayanağı” içinde Uluslararası Homofobi Karşıtı Buluşma Kaos GL, Ayrıntı basımevi ,Ankara:151-155
38. Savran,Gülnur Acar; Nesrin Tura Demiryontan, Kadının Görünmeyen Emeği, İstanbul: Yordam Kitap, 2016, s. 198.
39. Sezgin Deniz E (2022) : (151-175) Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık ve Tıbbileştirme İçinde; Hasta Toplum: Cinsiyetçilik Tıbbileştirme ve Tüketime Dair Sağlık Çözümleri.Ed: Duygu Alptekin
40. Uzeltüzenci Pınar (2020). Strestendir: Feminist Bir Mesele Olarak Fibromiyalji
41. <https://www.5harfliler.com/fibromiyalji/>
42. Üstel, İlayda (2021). Menopoz Ya da kadınların Medikalize Edilen Bedenleri. <https://www.5harfliler.com/menopoz-ya-da-kadınlar-ve-medikalize-edilen-bedenleri/>
43. Özvarış, Bahar, Ş. (2007). Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. Cilt: 16. Mart-Nisan. Sayı. 3-4. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayını. Erişim Adresi:http://www.Ttb.Org.Tr/En/Index.Php/Tuem-Haberler-Blog/44-Yeni-Raporlar/945_turkiyede-Toplumsal-Cinsiyet-Kadın-Ve-Sağlık-Rapor
44. Willow (2015) Kadınlar İçin Abartmadan Hasta Olma rehberi: Endometriozis <https://www.5harfliler.com/kadınlar-icin-abartmadan-hasta-olma-rehberi-endometriozis/>
45. Yetener M (2010) Ed.Dr.Özer Ömer, Bir İdeoloji ve İktidar Olarak Tıp ve Şiddet (sf:547-570) içinde Medyada Şiddet Kültürü: Bu Öyküde Sen Anlatılıyorsun

ÇALIŞAN ESENLİĞİ ODAKLI İŞYERİ ORGANİZASYONU

Dr. Serkan Alkan
TURKCELL

Sizlere sunumumda kurumsal esenlik açısından deneyimlerimi aktarmak istiyorum. Ek olarak, bu konuyu proje olarak ele alma şeklimizi ve bugünkü haline getirirken ki yolculuğumuzu da anlatıma 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 ayrımı 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 öğretmenlerimizle 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 gerekiyordu. Bu açıdan öncelikle esenlik ekibimizdeki arkadaşlarımızla 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 çalışanlarımızın 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.

KOÇVARI İSG UYGULAMALARI

Deniz Boz Eravcı

ACC-ICF Unvanlı Profesyonel KOÇ

MYK Koçu

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Uzmanı

Koçluk Nedir?

“Coach” Fransızca kökenli bir kelime olup bir yerden bir yere taşıyan anlamına gelmektedir. “Coaching” kelimesi ise ilk kez 1500’lü yıllarda kullanılmış ve değerli malların taşınması için kullanılan bir ulaşım aracı verilen İngilizce bir isimdir. Günümüz iş hayatında “koçluk” kelimesinin kullanımı göz önüne alındığında kelimenin orijinal anlamını koruduğunu rahatlıkla görebiliyoruz.

Koçluğu, kişinin yaşamsal farkındalığını arttırarak bireyin potansiyel kaynaklarını keşfettiren, ulaşılabilir hedeflerine odaklanmasına ve yaşamının her alanında maksimum performansı yakalayabilmesine dayanan bir gelişim süreci olarak tanımlayabiliriz.

1970’li yıllarda sporcuların performansını artırmak için kullanılan koçluk, sonraları her alanda performansı geliştirmek için kullanılmaya başlanmıştır. 1990’lı yıllarda ABD ve İngiltere’de iş hayatında kendine yer bulmuş ve yeni bir meslek olarak kabul görmüştür. Son 20 yıldır Türkiye’de de yaygınlaşmaya başlayan koçluk 2013 yılında Mesleki Yeterlilik Kurumu tarafından meslek olarak kabul edilmiş ve Ulusal Meslek Standartları yayınlanmıştır. 2021 yılına geldiğimizde ülkemizde öğrenci koçluğundan yaşam koçluğuna, yönetici koçluğundan takım ve performans koçluğuna kadar birçok alanda ve farklı türde koçluk hizmetleri yürütülmektedir.

Koçluk ne değildir?

Bu soruya koçun sahip olması gereken bazı becerileri ifade ederek girişi yapmak isterim.

Koç öncelikle aktif dinleme yapar, güçlü sorular sorar, gözlem yapar, geribildirim verir, takdir eder, müşterisi ile uyumludur, objektiftir, seansı hedef odaklıdır.

Dolayısıyla bir koç müşterisini aktif dinleyerek destekler.

Güçlü sorular sorarak farkındalık yaratır.

Ne yapacağını anlatmak yerine kendi çözümlerini bulması konusunda müşteride güven oluşturur.

Müşteriyi dinlerken önyargılarını askıya alır.

Dinleyerek, soru sorarak ve meydan okuyarak müşteride iç görü oluşturmaya yardımcı olur

Yani koç, öneri/tavsiye vermez, geçmişle ya da geçmiş travmalar ile ilgilenmez, bugüne ve geleceğe odaklıdır. Dolayısıyla koç, danışman ya da mentör değildir, psikolog ya da psikiyatrist de değildir, terapi yapmaz, tedavi önermez/öneremez.

İş Sağlığı ve Güvenliğinde Koçvari Yaklaşım

Güvenlik koçluğuna girmeden önce biraz İş Sağlığı ve Güvenliği kavramından bahsetmek yararlı olacak. İş Sağlığı ve Güvenliği, adı üzere, çalışanların “işlerinin” yürütümünü gerçekleştirmeleri nedeni ile oluşabilecek sağlık ve güvenlik tehditlerini “olmadan önleme” prensibine dayalı olarak yürütülen sistematik ve multidisipliner çalışmalar bütünüdür.

Sistematiklik bir düzen ve süreklilik gerektirir. Multidisipliner yapı ise, proaktif yaklaşımın yalnızca mühendislik çözümleri ile değil, çalışma sosyolojisi, psikolojisini de barındıran bütüncül bir yaklaşımı ifade eder.

Günümüzde İş sağlığı ve Güvenliği ile ilgili müdahalelerin yalnızca mühendislik çözümleri ile gerçekleşemediği bir şekilde ortaya konulmuş oldu. İSG açısından ne kadar muazzam bir yapı kurulursa kurulsun - teknik anlamda makine ekipman kaynaklı tehlikelerden ari bir yapıdan bahsediyorum-insanı merkezine alan bir yapı inşa edemediğimiz sürece bir şekilde istediğimiz başarıyı elde edemiyoruz.

Güvenlik Koçluğu, işyerlerinde çalışanların sağlık ve güvenlik farkındalığının artırılması ve güvenlik performansının geliştirilmesi amacı ile yürütülen, özellikle çalışan merkezli farkındalığı artırma konusundaki becerilerin güçlendirilmesine ve olumlu davranış geliştirilmesine katkı sağlayan bir koçluk uygulamasıdır.

Geleceğin işleri, yapay zekâ sistemlerin gelişmesi ile birlikte, sanılanın aksine “insan merkezli” bir çalışma hayatının tesis edilebilmesi daha da önem kazanmıştır. İşyerinde insanı gören güvenlik sistemlerinin uygulanır hale gelmesi “iş sağlığı ve güvenliğinin bir angarya olduğu” anlayışını değiştirebilecek önemli bir adımdır.

İŞ SAĞLIĞI UYGULAMALARINDA UZAKTAN İLETİŞİM: TELETIP UYGULAMA DENEYİMLERİ

Doç. Dr. Ayşe Coşkun Beyan

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık HMYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikerler Bölümü, Tıbbi Görüntüleme Teknikleri Programı, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Yaklaşık iki yıldır devam eden Pandemi ile birlikte birinci, ikinci ve üçüncü basamakta erken tanı ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişim, kronik hastalıkların tanı, tedavi ve izlemi, işyerlerinde periyodik sağlık muayeneleri gibi sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar tüm dünyada farklı kanallardan sağlık hizmet sunum modelleri geliştirme çalışmalarına hız kazandırmıştır. Pandemi önlemleri nedeniyle getirilen sosyal mesafe, kişi sayısının azaltılması gibi yönetsel önlemlerin bu gerekliliğin ortaya çıkmasındaki rolü tartışılmazdır. İnternet tabanlı uygulamaların yaygınlaşması ile sağlık hizmetlerinden yararlananların ve sağlık hizmeti sunanların bu platformları kullanarak bir araya gelmesini ve rollerini önemli ölçüde etkileyebilecek uygulamaların geliştirilmesine olanak sağladı. Bu noktada giderek yaygınlaşan tele-tıp; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2010 yılı konu ile raporunda, “mesafenin kritik bir faktör olduğu durumlarda, hastalık ve yaralanmaların tanı ve tedavisi ve hastalıklardan ve yaralanmalardan korunulması; araştırma, değerlendirme ve sağlık çalışanlarının sürekli eğitimi ile bireylerin ve toplumlarının sağlığını geliştirmek ile ilgili bilgi alışverişi için, sağlık profesyonelleri tarafından, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak sağlık hizmeti sunumu” olarak tanımlanmıştır. Hastaların sağlık durumlarının izlemi, tanı, teşhis, tedavi kararı ve önerilerini bir iletişim sistemi örn: telefon, e-posta, görüntülü dijital platformlar gibi sistemler aracılığıyla yürütüldüğü sağlık hizmet sunumuna “tele tıp” ismi verilmektedir.

Tele tıp aklımıza gelebilecek hemen her alanda az ya da çok uygulanabiliyor. Sağlık hizmet sunumunda: hasta izlemi ve gerekli durumlarda konsültasyon yapılması, ilaç eğitimi, akran desteği, grup çalışmaları, sağlığı geliştirici uygulamalar gibi pek çok alanda kullanabilirsiniz. Günlük pratiğimizde uzayan hasta randevuları nedeniyle en çok zorlandığımız konulardan biri olan hasta konsültasyonu konusunda da çok kullanışlı oluyor. Daha önce yüz yüze görüşme yaptığınız bir hastanın izleminde çok avantajlı bir yöntem. Dünyada tele tıp uygulamalarında göğüs hastalıkları uzmanlarının, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlarının, fizyoterapistlerinin, dermatologların yaygın bir şekilde kullandığını görüyoruz. Bu konuşmada genel sağlık hizmeti uygulamalarının yanında İSG alanında tele tıp uygulamalarından daha ayrıntılı bahsetmeye çalışacağım. Hasta tecrübeleri ve örnek uygulamalar üzerinden verimli bir tartışma geçirmeyi diliyorum.

İŞ SAĞLIĞI/GÜVENLİĞİNDE İLETİŞİM VE MESLEKLERARASI İŞBİRLİĞİ

Dr. Öğr. Üyesi Giray Kolcu^{1,2,3}

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

²Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, Türkiye

³Girne Amerikan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı, Girne, KKTC

İş sağlığı ve güvenliğinde işin doğası gereği birden fazla kişinin mesleki bilgi ve deneyiminin harmanlanarak sorunlara çözüm üretilmesi gerekmektedir (1,2). Bu alanda etkin iş gücüne ulaşabilmek için ikiden farklı alandan kişinin bir arada çözüm üretebileceği bir yaklaşıma ihtiyaç bulunmaktadır. İki farklı meslekten kişinin ortak bir çaba ile çözüm üretebilmesi için; rol ve sorumluluklarını bilmesi, takım çalışmasına uygun olması, mesleki değerler ve etik yönünden donanımlı olması ve iletişim becerilerine sahip olması beklenmektedir.

Bu gereksinimlere cevap verebilecek yaklaşımlar değerlendirildiğinde günümüzde popüler olan “mesleklerarası” işbirliği yaklaşımı ön plana çıkmaktadır. Mesleklerarası işbirliği iki ya da daha fazla meslek grubunun hizmet kalitesini arttırmak için birlikte, birbirlerinden ve birbirleri hakkında çaba sarfederek hizmet üretmesidir. Mesleklerarası işbirliğinde takım çalışması, değerler/etik, roller ve sorumluluklar ve iletişim adı altında dört çekirdek yetkinlik tanımlanmıştır (3).

Mesleklerarası işbirliği bir çok sağlık hizmet alanında sıkça çalışılmış bir yaklaşımdır (4,5) in a naturalistic online setting, and to elaborate on the emotional reactions in response to an online social media post. A cross-sectional retrospective review of comments on a specific social media post was conducted between 15 March and 28 April 2020 using summative content analysis. One image that was widely circulated on social media platforms with two questions: ‘Who society thinks works at hospital? versus who really works at hospitals?’ was selected. Three platforms were searched, Facebook®, Twitter®, and LinkedIn®. Only publicly available posts were included. Out of the initial 40 posts identified, 21 posts which had 1759 comments were analysed and 1576 were included for coding. Of the emerging nine themes, perceptions of who is in the team was the largest (40.5{\\%}, n = 639. Teorik arkaplanı ile ilgili birçok uluslararası çalışma bulunmaktadır (6,7). Bir çok ülkede mesleklerarası eğitim programları sürdürülmektedir. Ülkemizde de mesleklerarası eğitim/işbirliği ile ilgili bir çok çalışma bulunmaktadır (8,9).

İş sağlığı ve güvenliği alanında da mesleklerarası işbirliği bir çok araştırmacı tarafından çalışılmıştır (1,2). Bu çalışmalarda öncelikli olarak iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin çekirdek yetkinlikleri ile mesleklerarası eğitim yetkinlikleri karşılaştırılmıştır (10). Bu karşılaştırma ile iki eğitim arasındaki ortak yönler değerlendirilerek ortak yetkinlikleri kapsayacak eğitim programları geliştirilmiştir. Bu programlarda iş sağlığı ve güvenliği içeriğine ilave olarak küçük grup eğitim etkinliği içerisinde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili vaka tartışmaları önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Griggio AP, Silva JAM da, Rossit RAS, Mieiro DB, Miranda FM de, Mininel VA. Analysis of an interprofessional education activity in the occupational health field. Rev Lat Am Enfermagem. 2020;28:e3247.
2. Keshmiri F, Mehrparvar AH. Developing a Competency Framework of Interprofessional Occupational Health Team: A First Step to Interprofessional Education in Occupational Health Field. J Occup Environ Med [Internet]. 2021;63(11). Available from: https://journals.lww.com/joem/Fulltext/2021/11000/Developing_a_Competency_Framework_of.15.aspx
3. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC; 2016.
4. El-Awaisi A, O'Carroll V, Koraysh S, Koummich S, Huber M. Perceptions of who is in the healthcare team? A content analysis of social media posts during COVID-19 pandemic. Vol. 34, Journal of Interprofessional Care. Taylor and Francis Ltd.; 2020. p. 622–32.
5. Goldman J, Xyrichis A. Interprofessional working during the COVID-19 pandemic: sociological insights. J Interprof Care. 2020;34(5):580–2.
6. Khalili H, Orchard C, Laschinger HKS, Farah R. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. J Interprof Care [Internet]. 2013 Nov 1;27(6):448–53. Available from: <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.804042>
7. Reinders JJ, Lycklama À Nijeholt M, Van Der Schans CP, Krijnen WP. The development and psychometric evaluation of an interprofessional identity measure: Extended Professional Identity Scale (EPIS). J Interprof Care [Internet]. 2020 Feb 3;1–13. Available from: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1713064>
8. BAŞER KOLCU Mİ, KARABİLGİN ÖZTÜRKÇÜ ÖS. Start of the Road: Views on Interprofessional Education among Faculty of a Medical School in Turkey. Tıp Eğitimi Dünyası. 2021;20(61):73–84.
9. Şendir M, Çelik S, Dişsiz M, Güney R, Kolcu M, Kabuk A, et al. A New Approach in Nursing Education and Practice: Integration of Nursing Education and Practice. J Acad Res Nurs. 2018;4(2):92–9.
10. Cloeren M, Gean C, Kesler D, Green-McKenzie J, Taylor M, Upfal M, et al. American College of Occupational and Environmental Medicine's Occupational and Environmental Medicine Competencies-2014: ACOEM OEM Competencies Task Force*. J Occup Environ Med. 2014;56(5):e21–40.

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN SÖZ ÖNCESİ SOSYAL İLETİŞİM BECERİLERİNİN DESTEKLENMESİ

Arş. Gör. Yasın Günlü

Aksaray Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü, Aksaray, Türkiye

OSB benzer belirtiler ve özellikler gösteren bir yetersizlik türünü tanımlayamaya çalışan üst bir terimdir. OSB terimi kendine has iki ana kategori ile detaylanmaktadır. Bunlardan birincisi; sosyal iletişim becerilerinde, sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerinde sınırlılıklar, ikincisi ise sınırlı ilgi alanı, sınırlı aktiviteler ve tekrarlayıcı takıntılı davranışlardır (APA, 2013, s. 809). OSB'ye ilişkin yapılan tıbbi tanımlamalara ilaveten, Engelli Bireylerin Eğitimini Geliştirme Yasası'nda (Individuals with Disabilities Education Act) OSB sözel ve sözel olmayan iletişimi önemli ölçüde etkileyen ve genellikle üç yaş öncesinde ortaya çıkan bir gelişimsel yetersizlik olarak tanımlanmaktadır (Smith, 2005). OSB'ye ilişkin yapılan tıbbi ve eğitsel tanımlamalar incelendiğinde tanımlamaların odak noktalarının aynı olduğu kolayca fark edilmektedir. Yapılan tıbbi ve eğitsel tanımlamalarda, OSB'li çocuklarda sosyal iletişim, sosyal etkileşim, sınırlı kendine has davranışlar ve dildeki bozulmaların yer aldığı görülmektedir. Ayrıca OSB'nin tüm etnik gruplarda, tüm ırklarda ve tüm sosyal ve ekonomik çevrelerde görülebileceği yapılan tarama çalışmaları ile ortaya çıkmıştır (Volkmar & Lord, 2007). OSB'li çocuklar diğer yetersizlikten etkilenen bireylerden farklı olarak ilk bakışta fiziksel özellikleri ile ayıramayacak nitelikte fiziksel özelliklere sahip olabilirler. Daha açık bir ifade ile OSB'li çocukların anne karnında ya da doğumdan sonraki ilk yıllarında fiziksel özellikleri ile ayırt edebilmek son derece güç olabilmektedir. Dolayısı ile erken çocukluk döneminde çocukların sahip olması gereken söz öncesi iletişim becerileri, sosyal etkileşim düzeyleri risk grubunda bulunan çocuklar ile ilgili bizlere önemli ipuçları sağlamaktadır. Söz öncesi iletişim becerileri jestler, taklit, ortak dikkat, sesler olarak ilgili literatürde sıklıkla ele alınmaktadır. Risk grubu çocuklarda söz öncesi iletişim becerilerin desteklenmesi önem arz etmektedir.

GÖRME YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERE YÖNELİM VE BAĞIMSIZ HAREKET BECERİLERİNİN ÖĞRETİMİ

Doç. Dr. Banu Altunay

Gazi Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü, Ankara, Türkiye

Görme, çevreyle ilişkiye geçebilmek için ilk duyudur. Gören bebeklerde henüz hareket etmeye başlamadan önce çevreyi araştırma ve gözlemlleme fırsatını sunan görme duyusudur (Altunay, Yalçın & Uysal Saraç, 2021). Gören bebekler çevredeki ışık ve görsel eşyaları görmek için gözlerini açar. Bebekler yaşamlarının ilk haftası, renklere ve insanların tepkilerine odaklanmaya çalışır; görsel uyarıcılara (eşya, oyuncak, ses, insanlar vb.) heyecanlanır. Görme, bebeklere hareket etmeden çevresini tanımak için fırsatlar sağlar. Eşyaların yerleşimi, renkler gibi durumları bebekler sadece görme yoluyla algılayabilir. Gören bebekleri, bir insan ya da ilginç bir nesne hareket etmeye motive edebilir (Barraga & Erin, 1992). Hareket etmeye başlayan gören bebek için kazandığı her yeni beceri, kendi dünyasının genişlemesine ve yeni deneyler yapmasına yardımcı olur. Motor gelişiminin, çocuğun çevresini tanınması, uyum sağlaması, sosyal faaliyetlere katılması, bağımsızlaşması sürecinde son derece önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Motor becerilerinin etkili kullanımı; sosyal, dil, günlük yaşam becerileri ve duygusal gelişimle doğrudan ilişkilidir. Çocuğun hareket etmesi, çevresindeki insanlar ve nesnelerle iletişim kurmasını, dolayısıyla çevreyle etkileşim halinde olmasını sağlamaktadır.

Doğuştan görme yetersizliği olan bir çocuk ile gören bir çocuğun ilk birkaç aylık motor gelişimleri arasında bir fark olmadığı hakkında fikir birliği vardır. Bebeklik döneminde çocuğa yeterince uyaran sağlanmaması psikomotor gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Görme yetersizliği olan çocuk çevresinde sürekli sesler ve kokular duyar ancak neye ait olduğunu bilmediği, ona dokunma fırsatı sağlanmadığı zaman yavaş yavaş bu sesler ya da kokular onun için cazibesini yitirir (Altunay, 2014). Görsel uyarıcı yokluğu, görme yetersizliği olan çocuğun hareket etmesini etkilemekte, oyuncakları incelemesi ve yaşlılarıyla oyun başlatması için daha az güdülenmesine yol açmaktadır (Pogruund & Fazzi, 2002). Görme yetersizliği olan çocuklar gören akranlarına göre daha geç yürürler ve 18 ay civarında tek başına yürüdükleri görülmektedir. Bebek dünyanın farkına varmaya başladıkça etrafında amaçlı şekilde hareket etmeye başlar. Bunlar, beden bölümlerini hareket ettirmek, bedeninin pozisyonunu değiştirmek, nesneler ya da insanlarla iletişime geçmek amacıyla olabilir. Bazı uzmanlara göre, hareket etmede önemli bir faktör olan nesne ve beden kavramlarının gelişimi 2 yaşından önce başlar. Görme yetersizliğinden etkilenmiş çocuklar, çevrenin kontrolü, bağımsız hareket ve kavramlarla ilgili sınırlılıklar yaşamaktadır (Altunay Arslantekin, 2017). Görsel uyarıcı yokluğu çocukların çeşitli gelişim alanlarını (bedensel, bilişsel ve dil gelişimi) olumsuz yönde etkilenmektedir. Hareket ederek öğrenme, görme yetersizliği olan öğrencilerin bilişsel gelişiminde hayati derecede önemlidir. Görme yetersizliği olan kişilerin dokunamadıkları nesneler onların hayatında yer almayacağı, onlar hakkında fikir sahibi olamayacağı için kavramlarda da sorun yaşayabilirler. Görme yetersizliği olan kişilerin duyarak kelimeleri, kavramları kazanmaları, bedenleriyle dünyayı araştırma deneyimleri zayıftır.

Örneğin, nesneler dokundurulmadığı zaman görme yetersizliği olan bir çocuk “kuşbaşı et” denildiği zaman kuşların başının kesilmiş hali olduğunu düşünebilir. Yaprakları, ağaçları incelemedikçe, şekillerini, yapılarını anlamaları zorlaşacaktır. Görme yetersizliği olan bireyin yaşantısında büyük bir problem olan kavramların gelişimi; akademik, sosyal ve psikomotor becerilerin öğrenilmesinin temelini oluşturur. Görme yetersizliğinden etkilenmemiş kişiler kavramlarla ilgili bilgiyi görerek elde ederken, görme yetersizliği olan kişilerde bu temellerin doğru gelişmesini garanti altına almak için kavramların yapılandırılmış bir sunumu yapılmalıdır. Bağımsız hareketle ilişkili temel kavramlar, beden şeması, beden kavramı ve beden imajını içeren bedensel farkındalık, beden düzlemi ve bölümleri, sağ-sol taraf, yönler, uzaysal ve çevresel kavramlardır (Altunay Arslantekin, 2017).

Olağangelişimgösteren çocuklarla görme yetersizliği olan çocukların motor, bilişsel ve dil gelişimlerinin aynı seviyede ilerlemeleri, destek hizmetlerin bebeklik döneminden itibaren sağlanmasıyla gerçekleşecektir. Görme yetersizliğinden ağır derecede etkilenmiş olan çocukların büyük çoğunluğu, anne-babalarının, öğretmenlerinin ya da arkadaşlarının yardımıyla dolaşabilmektedir. Çocukların çevrelerinden ipucu elde etmek ve güvenliklerini sağlayabilmek için farklı duruş ve yürüyüş stilleri geliştirdikleri görülmektedir (Altunay & Akı, 2016; Tuncer & Altunay, 1999). Görme yetersizliği olan çocuklara hareket etmesi için ortam düzenlemeleri yapılmazsa, yönelim ve bağımsız hareket becerilerinin öğretilmesine yönelik destek hizmetler sağlanmazsa, ailelerin fazla korumacı tutumları nedeniyle duruş ve yürüyüş bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Yaygın beden duruşu sorunları, baş, bir tarafa yatık, öne doğru eğik pozisyonda, omuzlar, öne doğru eğilmiş, gövdede, sırtın alt tarafı kavisleşmiş, karın kısmı dışarı çıkık, ayaklar, düztaban, dışa doğru açılmış ve geniş taban desteği vardır. Yürüme sorunları ise; yavaş yürüme ve adım uzunluğunun kısa olması, bacaklarını sert şekilde öne doğru atma, sallanarak yürüme ve topuğun yere az temas etmesi, bedenin hareketsiz olması ya da oldukça az hareket etmesi, kolların çok az hareket ettirilmesi ya da kollarını öne doğru uzatarak, sürekli engelle karşılaşacakmış gibi kendini koruyarak yürümedir (Altunay & Akı, 2016; Altunay Arslantekin, 2014). Altunay ve Akı (2016), görme yetersizliği olan ilkökul ve ortaokul öğrencilerinin duruş ve yürüyüş problemlerinin yoğun olduğunu belirlemiştir. Çeşitli ortamlarda eşyalara çarpacağı ve yaralanacağı korkusuyla çocuğun hareket etmesine fırsat sağlanmazsa, saatlerce TV karşısında oturan bir çocukta zamanla ekolali (birtakım cümleleri anlamsız şekilde tekrar etme) ortaya çıkar ve çocuk kendisini uyarmak için parmağını gözüne bastırma, sallanma gibi stereotipik davranışlar göstermeye başlar. Bütün bu olumsuz sonuçların ortaya çıkmasını engelleyecek destek hizmetlerden en önemlisi yönelim ve bağımsız hareket becerilerinin öğretilmesidir.

Görme yetersizliği olan kişilerin günlük yaşantısında önemli sorunlardan birisi bağımsız hareket sorunudur (Malik, Manaf, Ahmad ve Ismail, 2018). Görme yetersizliği olan kişiler, sadece sözlü alıştırmalarla bir nesnenin yerini belirlemede ya da bazı kişilerin yardımları olmaksızın yeni bir coğrafi alanı öğrenmede güçlük yaşayabilir. Görme yetersizliği olan çocuklar kendi çevrelerini keşfedebilmek için cesaretlendirilmeye ihtiyaç duymaktadır. Görme yetersizliği olan kişilerin kendi kendine yeten, bağımsız bir kişi haline gelmesi, sosyal ihtiyaçlarını ve yükümlülüklerini karşılaması, büyük ölçüde hareket özgürlüğüne dayanmaktadır (Altunay, 2003). Bağımsız hareket edebilme

fırsatları, görme yetersizliği olan bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Görme yetersizliği olan bireylerin bağımsız hareket etmede yaşadıkları sınırlılıklar, günlük yaşamlarını da etkilemektedir (Marston ve Golledge, 2003). Görme yetersizliği olan bireyler, tanıdığı ve özellikle tanımadığı çevrelerde hareket etmeyle ilgili kaza vb. problemlerle baş etmek zorunda kalmaktadır. Görme yetersizliği olan bireylerin hareket etme problemleriyle karşılaşması; kişisel bağımsızlığını, çeşitli aktivitelere katılımını, güvenli hareket etmesini ve yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilemektedir (Lancioni, Singh, O'Reilly, Sigafos, Campodonico & Oliva, 2008). Yönelim ve bağımsız hareket problemleri görme yetersizliği olan kişilerin ev dışındaki aktivitelere, eğitim, iş, boş zamanını değerlendirme gibi verimliliği etkileyen etkinliklere, sonuç olarak da topluma daha az katılımına neden olmaktadır (Marston ve Golledge 2003). Görme yetersizliğinden etkilenmiş olan öğrencilerin toplumla bütünleşmeleri, başkalarına bağımlı olmadan yaşantılarını daha kolay sürdürebilmeleri için bağımsız hareket edebilmeleri gereklidir. Görme yetersizliği olan kişilerin bağımsız hareket edebilmeleri, günlük yaşam aktiviteleri (bankadan para çekme, sosyal etkileşim vb.) gibi yaşantısını devam ettirebilmesi için gerekli becerilerin yanı sıra çevreyi tanıyarak, güvenli bir şekilde hareket edebilmesi de hayati derecede önemlidir. Görme engelliler okullarında öğrencilerin okulda dolaştırıldıklarında bağımsız hareket edebilecekleri varsayılmaktadır. Az gören öğrenciler görsel uyaranları dikkate alarak daha rahat hareket ederken, görme yetersizliğinden ağır derecede etkilenmiş öğrencilerin okul içinde ve okul dışında başkalarının yardımına bağımlı olarak hareket ettikleri gözlenmektedir (Tuncer & Altunay, 1999). Yönelim ve bağımsız hareket becerileri kazandırılmayan kişilerin kazalarla karşılaşması (örneğin, trafikte karşıdan karşıya geçerken, açık olan pencere vb.) kaçınılmazdır. Öğretmenlerin akademik becerilerle ilgili (okuma-yazma, matematik vb.) amaçları kazandırma çabası nedeniyle, hayati derecede önem taşıyan yönelim ve bağımsız hareket becerilerinin göz ardı edildiği görülmektedir. Sistemli öğretim etkinliklerine yer verilmemesi; öğrencilerin hem küçük yaşlarda hem de ilerleyen dönemlerde tehlikelerle karşılaşmasına ve gitmek istedikleri (üniversitede sınıfını bulması, evine güvenle ulaşması vb.) yerlere ulaşmada sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Sistemli öğretim etkinliklerinin olmamasının yanı sıra fazla korumacı bir aile yapısı içinde büyüdükleri zaman da duruş ve yürüyüş bozukluklarının ortaya çıktığı görülmektedir. Öğrenciler ellerini ileriye doğru uzatarak, ayaklarını yerde sürüyerek, her an bir engelle karşılaşacakmış gibi bir pozisyonla yürümeye çalışmaktadır. Başkalarına bağımlı olmaları, uygun olmayan duruş ve yürüyüş stilleri geliştirmeleri de öğrencilerin toplumla bütünleşmesi önünde engel teşkil etmektedir.

Görme yetersizliği olan bireylerin tanıdık olan ya da olmayan herhangi bir çevrede güvenli, etkili ve bağımsız olarak hareket edebilmeleri için bağımsız hareket becerilerinin öğretilmesi gerekmektedir (Altunay, 2003; Wall Emerson & Corn, 2006). Hareket özgürlüğünün, yönelim ve bağımsız hareket olmak üzere iki temel boyutu bulunmaktadır. Birisi beden pozisyonunun anlaşılabilmesi, bulunduğu yerin farkındalığını içeren yönelim becerileri, diğeri ise, herhangi bir tehlikeyle karşılaşmadan, güvenli şekilde hareket edebilmeyi içeren bağımsız hareket becerileridir (McAllister & Gray, 2007). Kişilerin toplumda bağımsız işlevde bulunmaları, akademik ve günlük yaşam becerilerine sahip olmalarının yanı sıra yönelim ve bağımsız hareket becerilerini kazanmalarıyla bağlantılıdır (Barraga

& Erin, 1992; Tuncer & Altunay, 1999). Bu beceriler, görme yetersizliği olan kişilerin çevrede bulunan görmeye, dokunmaya, koklamaya, işitmeye dayalı işaret ve ipuçlarından yararlanarak hedeflerine güvenli, etkili ve bağımsız olarak hareket etmesi anlamına gelmektedir (Arslantekin, 2020). Görme yetersizliğinden etkilenen öğrenciler, gezinti için, hem çevredeki görmeye, işitmeye ve dokunmaya dayalı ipuçlarını değerlendirmek, hem de bu ipuçlarını temel alarak gerekli bağımsız hareket becerilerini kullanmak zorundadırlar (Tuncer ve Altunay, 1999; Altunay, 2003). Yönelim ve bağımsız hareket becerilerinin etkili kullanımı öğrencilere mümkün olduğunca bağımsız olarak günlük yaşantısını sürdürebilmesi için ihtiyacı olan hareket özgürlüğünü sağlamaktadır. Öğrenciler çevre içindeki yerlerini belirleyebilmesi, özel hedeflere ulaşabilmek amacıyla rotaları planlayarak, hedeflerine güvenli bir şekilde ulaşabilmesi için yönelim ve bağımsız hareket becerilerini kullanmayı öğrenmelidir (Rosen & Joffe, 1999). Görme yetersizliğinden etkilenmiş olan öğrencilerin bu becerileri kullanabilmeleri, sistemli öğretim etkinliklerine yer verilmesi ile mümkün olacaktır (Altunay, 2000).

Görme yetersizliğinden ağır derecede etkilenmiş olan öğrencilerin, öğretmenlerinin ya da arkadaşlarının yardımıyla dolaşabildikleri gözlenmektedir. Görme yetersizliğinden etkilenmiş öğrencilerin hareket ettiklerinde; güvenlik, görünüş, etkililik ilkelerine uygun hareket etmedikleri gözlenmektedir. Güvenlik ilkesi, öğrencinin karşılaştığı engelleri kendine zarar vermeden aşmasını ifade etmektedir. Görünüş ilkesi, gezinti sırasında duruş ve yürüyüş bakımından toplumdaki diğer insanlardan farklı olmamayı, etkililik ilkesi ise, gezinti sırasında her hareketin bir amacı olması anlamına gelir. Farklı duruş ve yürüyüş stilleri öğrencilerin dışarıdan farklı görünmelerine yol açmakta ve bu durum da toplumla bütünleşmeleri önünde bir engel teşkil etmektedir (Tuncer ve Altunay, 1999). Oysa eğitimcilerin en önemli görevlerinden birisinin görme yetersizliğinden ağır derecede etkilenmiş olan bireylerin bağımsız hareket becerilerini kullanmalarını arttırmak olduğu belirtilmektedir. Görme yetersizliği olan kişilerin tanıdık ya da tanıdık olmayan çevreler hakkında bilgi edinebilmesi için dokunsal haritaların kullanımlarına yer verilen çalışmalar bulunmaktadır. Lancioni ve diğeri tarafından (2008) birden fazla yetersizliği olan bireylerin, bina içinde bağımsız hareket edebilme düzeylerini artırabilmek için yönelim teknolojisinin etkililiğine yönelik bir çalışma yapılmıştır. Son yıllarda teknolojik gelişmeler arttıkça, navigasyon sistemleriyle (GPS: Global Positioning System) yapılan çalışmalar da artmaktadır. Navigasyon sistemleri kişilere gidecekleri rotaları ya da nesnelerin yerlerini anlamalarına yardımcı olmaktadır. Elektronik navigasyon sistemi rota ya da çevresindekiler hakkında bilgi sağlamaktadır. Fakat görme yetersizliği olan kişilerin, navigasyon sistemlerinin yanı sıra, hareket ederken karşısına çıkabilecek engelleri güvenli bir şekilde geçebilmeleri için yönelim ve bağımsız hareket becerilerini kullanmaları da gerekmektedir.

Yönelim Becerileri

Yönelim ve yol bulma görme yetersizliği olan kişilerin bağımsız hareket edebilmesi için kritik becerilerdendir (Ross ve Kelly, 2009). Yönelim becerileri, görme yetersizliği olan kişinin görme, işitme, kinestetik, koklama duyularını kullanarak pozisyonunu ve çevresindeki diğer önemli nesnelerle ilişkisini belirleme süreci olarak tanımlanmaktadır (Jacobson, 1993). Yönelim becerileri, görme yetersizliği olan kişinin; “neredeyim?”, “hedefim nerede?”, “ona nasıl ulaşabilirim?” sorularına

cevap bulunmasını sağlamaktadır (Altunay, 2003; Hill ve Ponder, 1976). Yönelim becerileri, ipuçları ile işaretler, ölçme, bina içi ve bina dışı numaralama sistemleri ve pusula yönleridir (Altunay, 2003; Hill ve Ponder, 1976).

İpuçları ve İşaretler: Görme yetersizliğinden etkilenmiş kişilerin çevreleri hakkında bilgi kazanmaları duyu organları (görme, dokunma, kinestetik, işitme, koku alma) aracılığıyla olmaktadır. Görme yetersizliğinden etkilenmiş olan kişi çevresinden duyularıyla, görsel, işitsel, dokunsal, koklama ile ilgili ve kinestetik duyuları almaktadır. Görme yetersizliğinden etkilenmiş kişi herhangi bir çevrede hareket ederken, duyularıyla çevresinden aldığı, görsel, işitsel, koklama, kinestetik, dokunsal duyuların hangilerinin yönünü belirlemede yardımcı olacağını ve o anda hangilerini göz önüne almaması gerektiğini belirleyebilmelidir. Kişinin yönelimini sağlamak için kullanacağı bazı kavramlar işaret, bazıları ise, ipucudur. İpuçları, duyuları etkileyen ve öğrenciye pozisyonu ya da yönelme çizgisine ilişkin bilgi veren; işitsel, koklama ile ilgili, dokunsal, görsel ya da kinestetik herhangi bir uyarandır. İşaretler ise, görme yetersizliğinden etkilenmiş olan kişi tarafından kolayca tanınan, bilinen, çevrede sürekli olarak bir yeri bulunan ve sabit olan herhangi bir nesne, ses, koku, ısı ya da dokunsal uyaranlardır (Altunay, 2003).

Ölçme: Bir objenin, boşluğun verilen bir ölçme ünitesi kullanılarak, tam ya da yaklaşık boyutlarının öğrenilmesini içeren bir beceridir. Küçük bir alanı anlamının bir yolu da onu ölçmektir. Bir alanın uzunluğu iki nokta arasındaki mesafeyi ölçmeyi gerektirir. Ölçme görme yetersizliğinden etkilenmiş olan çocuğun nesneler arasındaki mesafeyi, nesneler ve kendisi arasındaki mesafeyi anlamasını sağlar (Altunay, 2003).

Bina İçi/Bina Dışı Numaralama Sistemleri: Binanın ve bina içindeki oda numaralarının düzenlenmesi, sistemleştirilmesidir. Bina içi ve bina dışı numaralama sistemlerinin öğretime geçilmeden önce öğrencinin sahip olması gereken ön koşul beceriler ve kavramlar vardır. Bunlar; sayma becerisi, genelleme becerisi, tek ve çift sayma, sıralama, etkili olarak yardım isteme becerileri, bina ve koridor düzenlemeleri ile ilgili temel bilgiler, etkili bağımsız hareket becerileri, 90 derece ve 180 derece dönme becerileri, korunma tekniklerini kullanabilme ve bunlardan uygun olanını seçme, uzay kavramlarına sahip olmadır. Bina içi ve bina dışı numaralama sistemlerinin sistemli öğretim etkinliklerine yer verilmesi gerekmektedir.

Pusula Yönleri: Pusula yönleri, yer kürenin manyetik alanı tarafından belirlenmektedir. Yönlerin öğretime geçmeden önce öğrenci, sağ-sol, ön-arka gibi pozisyonlarla ilgili temel kavramlara sahip olmalı, 90 derece ve 180 derece dönüşler yapabilmeli, paralel, dik, dik açı kavramlarına sahip olmalı, göreceli ve sabit pozisyonları bilmeli, zıtlık kavramına sahip olmalı, dört ana yön bulunduğuna ilişkin bilgiyi öğrenmiş olmalı, iyi beden imajına sahip olmalı, dönüşlerin yönleri nasıl etkilendiğini anlamalıdır. Pusula yönlerinin nasıl kullanılacağını ve dokunsal pusula kullanımının öğretilmesi gerekmektedir.

Bağımsız Hareket Becerileri

Bağımsız hareket becerileri, görme yetersizliği olan bireylere çevrelerini güvenli biçimde tanımları

için yöntemler sağlamak amacıyla oluşturulmuş becerilerdir (Goodrich & Kinney 1985). Bağımsız hareket becerileri geliştirilirken, kişinin güvenliği, doğal görünüm kazanması, en üst düzeyde geri bildirim sağlaması, rahat hareket etmesi gibi boyutlar dikkate alınmıştır (Altunay 2003; Arslantekin, 2020; Hill & Ponder 1976). Bağımsız hareket becerileri; bina içi ve bina dışı bağımsız hareket becerileri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bağımsız hareket becerilerinin oldukça geniş bir yelpazesi olduğu çeşitli araştırmalarla vurgulanmaktadır (Altunay Arslantekin, 2015; Altunay vd., 2021). Bina içi bağımsız hareket becerileri; gören rehber becerileri, kendini koruma teknikleri, baston becerileri olarak üç ana grupta ele alınmaktadır. Gören rehber becerileri; rehberle yürüme, rehberle dar yerden geçme, rehberle yürürken taraf değiştirme, rehberle merdiven çıkma ve inme, yürüyen merdivenlerden çıkma ve inme, rehberle kapıdan girme/çıkma, rehberle yürürken 180 derece dönme, rehberle sandalyeye ya da koltuğa oturma becerileridir. Kendini koruma teknikleri; nesnelerin tampon olarak kullanılması, yüksek kol - alçak kol korunma tekniği ile yürüme, elle duvar/ nesne takip ederek yürüme becerileridir (Altunay, 2000; Altunay Arslantekin, 2015). Baston becerileri ise; çapraz baston tekniği ile kenar takibi, çapraz baston tekniğiyle yürürken el değiştirme, bastonla kapıdan girme- çıkma, bastonla merdiven inme ve çıkma, nesneleri inceleme, yürüyen merdivenle yukarıya çıkma ve aşağıya inme, asansöre binme becerileridir.

Baston: Görmeyetersizliği olan öğrencilerin hayatları boyunca kullanmaları gereken temel bağımsız hareket aracı bastondur ve çeşitli teknikleri bulunmaktadır (Altunay vd., 2021). Görme yetersizliği olan kişilerin kullanması gereken baston, onlara işitsel, dokunsal, kinestetik geri bildirim sağlayarak yüzeydeki farklılıklara yönelik çeşitli bilgiler sağlar ve onları tehlikelerden korur (Glanzman & Ducret, 2003; Rodgers & Emerson, 2005). Baston becerileriyle öğrencilerin daha uygun duruş pozisyonları geliştirerek doğal yürüdükleri gözlenmektedir. Görme yetersizliğinden etkilenmiş kişilerin bastonu kullanması, çevreyi daha fazla tanıma fırsatı elde etmelerini, güvenli şekilde dolaşmalarını, bastonun erken kabulünü ve özgüveni artırır (Altunay, 2003). Çapraz baston tekniği, sarkaç baston tekniği, bastonla merdiven inme çıkma vb. çok sayıda baston teknikleri bulunmaktadır. Küçük çocuklar ve birden fazla yetersizliği olan kişiler için uyarlanmış bastonlar kullanılmaktadır (Arslantekin, 2020).

Rehber Becerileri: Görme yetersizliğinden etkilenmiş olan kişilere rehberle yürüme becerisinin öğretilmesi güvenliği açısından son derece önemlidir. Çevremizde birçok kişinin görme yetersizliği olan kişilerin koluna girip, onu çekiştirerek rehberlik etmeye çalıştıklarını görürüz. Bu pozisyon görme yetersizliğinden etkilenmiş kişilerin hem tehlikelerle karşı karşıya kalmasına hem de hoş olmayan görüntüler oluşmasına neden olmaktadır. Rehberle yürüme görme yetersizliğinden etkilenmiş olan çocuğun tehlikelerle karşılaşmasını engelleyecek ve rehberin bedenindeki değişikliklerden merdiven/basamak çıkıldığını, eğimli bir arazide yürüdüklerini fark ederek güvenle hareket etmesini sağlayacaktır (Altunay, 2003).

Korunma Teknikleri: Görme yetersizliğinden etkilenmiş olan bireyler çevrede hareket ederken birçok engelle karşılaşmaktadır. Güvenli bir şekilde hareket edebilmeleri için korunma tekniklerinin onlara öğretilmesi gerekmektedir. Korunma teknikleri, yüksek kol korunma tekniği ve alçak kol korunma tekniği olarak ikiye ayrılmaktadır. Yüksek kol korunma tekniği çocuğun baş ve göğüs

kısmını korumak için, alçak kol korunma tekniği ise bel ve daha aşağı vücut bölümlerini korumak için kullanılmaktadır (Altunay, 2003).

Rota Öğretimi

Görme yetersizliği olan bireylere engelleri güvenle aşma konusunda bastonlar yardımcı olsalar da onlar için tanımadıkları yerlerde hedefe nasıl ulaşacaklarını planlamak ve rotaları takip etmek hala sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Bağımsız hareketi sınırlı görme yetersizliği olan öğrencilere, bağımsız hareket becerilerinin bu becerileri kullanacakları rotalardan bağımsız olarak öğretilmesi, öğrencilerin bağımsız hareket becerilerini çeşitli rotalarda o rotalardaki işaret ve ipuçlarını da dikkate alarak etkili biçimde kullanmaları için yeterli olamadığı gözlenmektedir. Altunay ve diğerleri tarafından (2021) gerçekleştirilen araştırmada, yetişkin görme yetersizliği olan kişilerin yönelim ve bağımsız hareket becerilerini kullanmayla ilgili hem çevresel düzenlemelerden hem de beceri eksikliğinden kaynaklanan çeşitli sorunlar yaşadıkları, tek başlarına gitmek istedikleri yerler olduğu, mimari çevresel düzenlemeler yüzünden sıklıkla kaza geçirdikleri, toplu taşıma araçlarının kullanımında ve kişilerin tutumlarından kaynaklanan sorunlarla karşılaştıkları belirlenmiştir. Bu araştırma ve yapılan diğer araştırmalar, görme yetersizliği olan kişilerin hayatında yönelim ve bağımsız hareketle ilgili alınabilecek tedbirlerin önemini ortaya koymaktadır. Görme yetersizliği olan kişilere öğrendikleri bağımsız hareket becerilerini çeşitli rotalar boyunca nasıl kullanacaklarını ve yönelimlerini sağlamak ve sürdürmek için rota boyunca rastladıkları işaret ve ipuçlarından nasıl yararlanacaklarını sistemli biçimde öğretmek gerekmektedir. Görme yetersizliğinden etkilenen her yaştaki bireylerin ihtiyaçlarına uygun rotaların analiz edilerek öğretilmesi, onların bina dışında güvenli ve etkili biçimde bağımsız hareket etmelerini sağlamaktadır. Rota analizi yönteminin aşamaları şunlardır: Planlı gözlemler, öğretim için rotaların belirlenmesi, rota analizi, rota analizleri doğrultusunda başlama düzeyinin belirlenmesi, içerik öğretimi ve ikinci başlama düzeyinin belirlenmesi, öğretim programlarının belirlenmesi ve uygulamadır.

Kaynaklar

1. Altunay, B. (2000). *Görme engelli öğrencilere belirlenen rotalar boyunca bağımsız hareketin kazandırılmasında fiziksel yardım ve sözel ipucuyla sunulan bireyselleştirilmiş rota öğretim materyalinin etkililiği* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
2. Altunay, B. (2003). Görme yetersizliği olan çocuklarda yönelim ve bağımsız hareket becerileri. U. Tüfekcioğlu (Ed.), *İşitme, konuşma ve görme sorunu olan çocukların eğitimi* (pp. 275-300). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
3. Altunay, B. (2014). Görme yetersizliğinin psikomotor gelişim ile bağımsız hareket üzerindeki etkileri ve destekleyici programlar. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2(3), 165-175.
4. Altunay Arslantekin, B. (2015). The evaluation of visually impaired students' mobility skills. *Education and Science*, 40(180), 37-49.
5. Altunay Arslantekin, B. (2017). Evaluation of the level of students with visual impairments in Turkey in terms of the concepts of mobility prerequisites (body plane/traffic). *Eurasian Journal of Educational Research* 17(67), 71-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.14689/ejer.2017.67.5>

6. Altunay Arslantekin, B., & Akı, E. (2016). Türkiye'deki görme engelliler ve kaynaştırma okullarında öğrenim gören görme engelli öğrencilerin yürüme becerileri ve postürün değerlendirilmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 4(3), 181-188.
7. Arslantekin, B. (2020). *Bağımsız hareket etkinlik kartları: Yönelim ve bağımsız hareket becerileri. Görmeyen ve az gören öğrenciler için*. Ankara: MEB Yayınları.
8. Altunay, B., Yalçın, G., Uysal Saraç, M. (2021). Orientation and mobility problems of adults with visual impairment and suggestions for solutions. *Journal of Qualitative Research in Education*, 28, 300-330. doi: 10.14689/enad.28.13
9. Barraga, N. ve Erin, J. (1992). *Visual handicaps and Learning*. Austin, TX: PRO-ED.
10. Glanzman, A., & Ducret, W. (2003). Interdisciplinary collaboration in the choice of an adapted mobility device for a child with cerebral palsy and visual impairment, *JVIB* 93(1), 38-41.
11. Goodrich, J. A & Kinney, P. G. (1985). ADAPTIPS: Adapting curricula for students who are deaf blind and who function in the sensorimotor developmental stage. *ERIC* (<http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED276225.pdf> - ED 276 225), (20.02.1999- 03.08.2016).
12. Hill, E. W. & Ponder, P. (1976). *Orientation and mobility techniques*. New York: American Foundation for the Blind.
13. Jacobson, H. W. (1993). *The art and science of teaching orientation and mobility to persons with visual impairments*. New York: American Foundation for the Blind.
14. Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Campodonico, F. ve Oliva, D. (2008). Selfmanagement of orientation technology and auditory cues for indoor travel by two persons with multiple disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20, 129-138.
15. Malik, S., Abd Manaf, U. K., Ahmad, N. A., & Ismail, M. (2018). Orientation and Mobility Training in special education curriculum for social adjustment problems of visually impaired children in Pakistan. *International Journal of Instruction*, 11(2), 185-202.
16. Marston, J. R. ve Golledge, R. G. (2003). The hidden demand for participation in activities and travel by persons who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 97, 475-488.
17. McAllister, R. ve Gray, C. (2007). Low vision: mobility and independence training for the early years child. *Early Child Development and Care*, 177(8), 839-852.
18. Pogrund, R.L. & Fazzi, D.L. (2002). *Early Focus: Working with young children who are blind and visually impaired and their families* (Second Edition). New York: AFB Press.
19. Rodgers, M. D., & Emerson, R. W. (2005). Materials testing in long cane design: Sensivity, flexibility, and transmission of vibration, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99, 696- 706.
20. Rosen, S. & Joffe, E. (1999). Motor development. K.M. Huebner, J.G. Prickett, T.R. Welch & E. Joffe (Ed.). *Hand in hand: Essentials of communication and orientation and mobility for your students who are deaf-blind* içinde. (s. 493-520). New York: AFB Press.

21. Ross, D. A., & Kelly, G. W. (2009). Filling the gaps for indoor wayfinding. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 103(4), 229- 234.
22. Tuncer, T., & Altunay, B. (1999, 22-23 November). *Seeing orientation to students with disabilities and independent movement route analysis in teaching of skills*. 9. National Special Education Paper presented at the Congress, Eskişehir, Turkey.
23. Wall Emerson, R. ve Corn, A. (2006). Orientation and mobility instructional content for children and youths: A Delphi study. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 100, 331-342.

EVRENSEL TASARIM İLKELERİ

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Kamali Arslantaş

Aksaray Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü, Aksaray, Türkiye

Evrensel tasarım ilk olarak mimari alanında ortaya atılmış bir yaklaşımdır ve bütün insanları kapsayacak şekilde ürün ve çevre tasarımı yapılmasını öngörür (Connell vd., 1997). Bu tasarımların herkes tarafından kullanılabilir olması ve herhangi bir uyarılama gerektirmemesi bir koşuldur. Bu yaklaşımdan yola çıkarak evrensel tasarım, eğitim alanına uyarlanmış ve bu doğrultuda öğrenmede “evrensel tasarım ilkeleri” ortaya atılmıştır.

Öğrenmede evrensel tasarım; sınıf bağlamında öğrenci çeşitliliğini ele alan eğitime yönelik esnek yaklaşımlar tasarlamak ve sunmak için bir felsefe, çerçeve ve ilkeler dizisi olarak desteklenmektedir. Ayrıca yetersizliği olan ve olağan gelişim gösteren tüm öğrencilerin genel eğitim sınıflarına erişmesini, katılmasını ve ilerlemesini destekleyen bir öğretim yaklaşımı olarak tanımlanmıştır (CAST, 2018). Alan yazında yapılan çalışmalarda belirtildiği gibi, evrensel tasarım ilkelerinin dâhil edildiği sınıflarda tüm öğrenciler için olumlu öğrenme ortamlarının yaratılması muhtemeldir (Edyburn, 2010). Öğrenmede evrensel tasarım esnek bir pedagojik model olmakla birlikte, yüksek düzey kalitede bir eğitim ile tüm öğrencilere ulaşmayı hedeflemektedir.

Günümüz eğitim ortamlarında öğretmenler, öğrencilerin bireysel farklılıklarından kaynaklanan çeşitlilik ve bu çeşitlilikten kaynaklanan zorlukları aşma noktasında pek çok yöntemden faydalanabilirler. Alan yazındaki araştırmalar çoğu eğitim kuruluşunun, çekirdek bir öğrenen grubuna hizmet etmek için müfredat geliştirdiğini ve yetersizliği olan öğrencilerin özelliklerinin müfredat geliştirme sürecine etki etmediğini göstermektedir (Hitchcock vd., 2002). Ancak tek tip bir müfredat programı ile giderek artan öğrenci nüfusunun beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılamak mümkün olmamaktadır ve bu durum eğitim ortamlarında kopukluklara sebep olmaktadır. Çağdaş eğitim uygulamaları, öğrenme sürecini iyileştirmede bazı durumlarda yetersiz kalabilmektedir ve öğretmenlerin, hâlihazırda yaptıkları uygulamaları sürdürmeleri, eğitim sistemindeki eksiklikleri daha da devam ettirecektir (Edyburn, 2006). Günümüzde karşılaşılan bu sorunların önüne geçmede eğitim alanında pek çok paydaş çözüm yöntemleri aramaktadır. Bu noktada evrensel tasarım bireysel ihtiyaçları değişen öğrencilerin yer aldığı genel eğitim sınıfları için ders planları tasarlama konusunda uygun bir çerçeve olarak algılanmaktadır ve kapsayıcı eğitim sağlamak için bir araç olarak hizmet etmektedir.

Evrensel tasarım kavramı; duyuşsal ağlar, eğitimde teknoloji entegrasyonu, performansa dayalı değerlendirme ve benzeri en iyi öğretim girişimlerinin bir araya geldiği bir kesişimdir (Rose ve Meyer, 2002). Evrensel tasarımın etkili bir şekilde uygulanabilmesi için eğitimde teknoloji entegrasyonunun önemli bir bileşen olduğunu söyleyebiliriz. Özellikle yetersizliği olan öğrencilerin eğitiminde yardımcı teknolojiler hakkında bilgi sahibi olmak ve bu teknolojileri kullanmak, eşit eğitim erişimi sağlama noktasında gereklidir. Öte yandan bilgi ve iletişim teknolojileri alanında yaşanan gelişmeler

ve teknolojinin öğrenme ortamlarına olumlu etkileri olduğunu gösteren araştırmalar neticesinde, öğretmenlerin teknoloji kullanımı gerekli hale gelmiştir (Bower, 2017). Dolayısıyla öğretmenler, evrensel tasarım çerçevesi ile tutarlı bir şekilde öğretim planlarına teknolojiyi dâhil edebilmelidir. Evrensel tasarım ve kapsayıcı eğitim uygulamalarında yaşanan eksikliklerin en büyük nedenlerinden birinin, eğitim-öğretim ortamlarında yardımcı teknoloji kullanımındaki sınırlılıklar olduğu söylenebilir. Nitekim yetersizliği olan öğrenciler için teknoloji kullanımını araştıran çalışmalar, dijital teknoloji kullanımının hala yeterli olmadığını vurgulamaktadır (Subaşıoğlu ve Atayurt Fenge, 2019). Öğrenciler arasındaki eşitsizlikleri gidermede ve öğrencilerin bireysel ihtiyaçlarını karşılama noktasında öğretmenler, yardımcı teknolojilerden faydalanmalı ve ders içeriklerini alternatif materyallerle desteklemelidirler. Evrensel tasarım ilkelerinin uygulanması sürecinde amaç, güncel teknolojileri satın almak veya yüksek düzey teknolojileri eğitim ortamlarına dâhil etmek değildir. Burada eğitimcilere düşen görev, tüm öğrencileri anlamlı bir şekilde eğitim hayatına dahil etmeyi sağlayacak deneyimler kazanıp, uygun materyalleri ders sürecine entegre etmektir.

Evrensel Tasarım İlkeleri

Küresel gelişmeler ve değişimlerle birlikte, gittikçe karmaşılaşan ve bireysel farklılıkların arttığı bir eğitim ortamı söz konusu olmaktadır. Bu nedenle eğitim şeklini yeniden oluşturmak için esnekliği ve bireyselliği vurgulayan yeni yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Bu yeniliği ve dönüşümü sağlamak evrensel tasarım ilkelerinin uygulanmasıyla mümkün olabilir. Eğitim alanında evrensel tasarım çerçevesini ve ilkelerini geliştiren, eğitimi daha kapsayıcı hale dönüştürmek için çalışmalar yapan ABD merkezli CAST isimli kuruluştur. CAST, “Center for Applied Special Technology” (Uygulamalı Özel Eğitim Teknolojileri) kelimelerinin baş harflerinden oluşmaktadır. Evrensel tasarım çerçevesi, temelde beynin nasıl öğrendiğine ve etkili öğretimin temel bileşenlerini ortaya koyan eğitim araştırmalarına dayanmaktadır (Meyer vd., 2014).

Evrensel tasarım ilkeleri; eğitimciler, müfredat geliştiriciler, araştırmacılar, ebeveynler ve evrensel tasarım çerçevesini öğrenme ortamında uygulamak isteyen herkes tarafından kullanılabilir. Bu ilkeler, tüm öğrencilerin eğitim ortamlarına anlamlı erişimini ve katılımını sağlamak amacıyla herhangi bir disiplinde uygulanabilecek somut öneriler içermektedir. Evrensel tasarım ilkelerinden faydalanarak bireysel ihtiyaçları karşılamak için esnek öğretim hedefleri, yöntemleri, değerlendirmeleri veya materyal tasarımları yapılabilir.

Evrensel tasarım çerçevesi, üç ana ilke ve her ilkenin altında yer alan üç farklı yönerge içermektedir. Bu ana ilkeler, eğitim ortamlarında karşılaşılan zorlukları aşmada, bireysel farklılıklardan doğan çeşitliliğin doğurduğu fırsatlardan yararlanmada, haklarından mahrum olanlar için seçenekler sunulmasında ve her bireyin yeteneklerini keşfetme ve geliştirme noktasında çok etkilidir.

HEDEF (OKUYUCU) KİTLE İLE YAYIN SONRASI İLETİŞİM

Prof. Dr. Ayla Gürsoy

Antalya Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Antalya, Türkiye

Dünya genelinde her yıl bir milyondan fazla bilimsel makale yayınlanmakta ve bu sayı sürekli artış göstermektedir. Atıf ve etki değeri, bilimsel kalite ölçütleri olarak bazı yönleriyle eleştirilmekle birlikte halen yazar ve yayının alana etkisinin ana göstergesi olmaya devam etmektedir. Bilimsel dergilerde kaliteli makale yayınlamak, atıf almak için yeterli değildir. Araştırmacılar, bu göstergelerin kariyerleri üzerindeki olumsuz etkilerden kaçınmak için yayın stratejileri geliştirmek ve uygulamak durumundadırlar.

Araştırmacılar, araştırmalarını yayınlamak için ciddi zaman ve emek harcamaktadırlar. Ancak makaleye atıfta bulunulmaması, makalenin içeriğinin kullanılmadığı ve yayının var olma amacına erişemediğini gösterir. Bir makalenin görünürlüğü artırıldığında daha fazla atıf alma şansına sahiptir. Bu nedenle, makalelerin görünürlüğünü artırmanın yollarını etkin olarak kullanmak giderek daha önemli olmaktadır.

Makale tanıtımı aslında makalenin yayınlanması ile sona eren değil devam eden bir süreçtir. Bu süreç araştırma fikri ortaya çıktığında başlamaktadır. Makalenin görünürlüğünü artıracak yöntemlerin yayın sonrasını da kapsayacak şekilde de kullanılması gerekmektedir.

Yayınların görünürlüğünü ve okuyucusunu artırmaya yardımcı olan bazı yöntemler bulunmaktadır. Uygun yöntemler, araştırmacıların atıflarını ve kendi alanlarına etkisini artırmalarına olanak tanımaktadır. Arama motoru dostu başlık ve özet yazmak, makaleyi sosyal medyada paylaşmak, makalenin okunma oranını izlemek bu tekniklerden bazılarıdır. Makalenin basılı ya da elektronik yayını okuyucuya erişmek için sınırlı seçeneklerdir. Makale paylaşım seçeneklerini çeşitlendirmek yayın sonrası okuyucu kitleye erişmek için oldukça önemlidir. Makaleyi paylaşmak, daha çok etki yaratılmasına yardımcı olarak, yeni fikirlere, yeniliklere ve olası işbirliklerine öncülük edebilir. Bu sunumda makalelerinin daha çok okuyucuya erişmesi için görünürlüğünü ve dolayısıyla etkisini artıracak yöntemlere ilişkin bilgi aktarılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Atıf, etki değeri, yayın, görünürlük, sosyal medya.

TIP VE SAĞLIK ALANLARINDA BİLİM İLETİŞİMİ

Prof. Dr. Tevfik Özlü

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Tıp ileri derecede uzmanlaşmanın olduğu bir bilim olup, alan dışındakiler için oldukça zordur. Bu nedenle tıbbi konuların halkın doğru anlayacağı şekilde aktarılması kolay bir iş değildir. Bilim insanları çoğu zaman popüler dili kullanmakta iyi değiliz. Tıp karşıtlığının neden olduğu kuşku, endişe ve tepkisellik de bu işi zorlaştırmaktadır. Tıbbi girişimlerin tümünün zarar verme potansiyeli vardır. Oysa zarar görmeme dürtüsü, yarar sağlamadan önce gelir. Bir şey yapmamanın riski ise genellikle göz ardı edilir. İşine geleni doğru kabul etme eğilimi yadsınamaz. Tüm bunlar işimizi zorlaştırır. Diğer taraftan, bilimsel gerçek yoktur, bilimsel veri vardır. Bilim yanlışlanabilir veya doğrulanabilir verilerden oluşur. Bilim insanı kesin konuşmaz ve kendini var olan verilerle kısıtlar. Oysa halk değişmez (mutlak) gerçeğin peşindedir. Bilim insanı kanaatlerini, öngörülerini, inançlarını, umutlarını, korkularını değil; kanıta dayalı olan verileri paylaşır. Medya ise sansasyonel olanın peşindedir ve manşet olabilecek olanı seçer. Yanlış anlaşılabilir olmayı söylemek zordur. Tıp politikadan ayrılmış bir alan değildir. Bu nedenle tıbbi öneriler kolayca politize edilebilme riski taşır. İnsanların algısı politik duruşuna göre değişebilir. Doğruları söylemek yeterli olmayıp; doğruları, doğru biçimde, doğru zamanda ve doğru yerde söylemek gerekir. Akademik ortamlarda motive edici olsa da publik alanda bilim insanlarının hırs ve rekabeti dizginlemeleri gerekmektedir. Çelişkili ifadeler, güvenilirlik sorununa yol açıyor ve bu bilim karşıtlarınca kullanılıyor. Aşırı bilimcilik yapmak (baskıcı, aşağılayıcı, vb) zarar veriyor.

MEDYADA CİNSELLİK DİSFORİSİ

Doç. Dr. Nermin Gündüz

Haliç Üniversitesi, Tıp Fakültesi (İngilizce), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
ngunduz2798@hotmail.com

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılmış olan cinsel sağlık tanımına göre “Cinsellik bireyin bedensel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerinin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin toplamından oluşmaktadır. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için veya üreme amacıyla yaşama hakkı mevcuttur. Cinsel sağlığın sürdürülebilirliği, insanların cinsel hayatını herhangi bir zorlama olmaksızın, mutlu ve zarara uğramadan devam ettirebilmesiyle mümkündür. Şiddet ve ayrımcılıktan bağımsız olarak bireyler, cinselliği istediği kişi ve istediği şekilde yaşamalıdır. İster ikisi de aynı cinsiyetten olsun, ister farklı cinsiyetten olsun, zorlama ve baskı altında olmadan, kişilerin cinselliği farklı boyutları ile yaşamaları en doğal insanlık hakkıdır.” Cinsiyet, erillik ve dişilik arasında farklılık gösteren biyolojik cinsiyet ve bu cinsiyete bağlı toplumsal yapıları da içeren özellikler aralığı şeklinde tarif edilmektedir. Bireylerin yaşadıkları kültür ve toplum içinde biyolojik cinsiyetleriyle uyumlu davranış kalıpları ve yaşam şekilleri gelişmesi beklenmektedir. Toplumsal bağlamda kültürel normlarla bağdaşan davranış kalıpları ‘normal cinsiyet’ şeklinde tanımlanırken toplumsal yapı ve kültürel normlar ile örtüşmeyen davranış kalıpları ise ‘uyumsuz cinsiyet’ olarak tanımlanmaktadır. ‘Cinsiyetinden Hoşnutsuzluk’ Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nda (DSM 5) en az 6 ay süre ile kişinin doğumda tayin edilen cinsiyet ile, deneyimlediği/ifade ettiği ya da benimsediği cinsiyet arasındaki uyumsuzluk nedeniyle yaşadığı sıkıntı ve stres şeklinde tanımlanmıştır.

Ruh sağlığı ile ilgili yapılan toplumsal çalışmalara bakıldığında, azınlık grupların pek çok ruhsal hastalık açısından daha fazla risk altında olduğunu söylemek mümkündür. Azınlık stres modeli kişide azınlık statüsüne bağlı damgalamanın hem çoğunluk hem de azınlık popülasyonlarından bireylerin karşılaştığı genel stresin ötesinde ek bir stres yarattığını varsaymaktadır. Bu ilave stresin ileriki dönemde ruh sağlığını ve diğer sağlık sonuçlarını olumsuz etkilemesi beklenmektedir. Cinsiyet disforisi yaşayan bireyler toplumsal gelenekçi cinsiyet anlayışı bağlamında diğer azınlıklara benzer şekilde yaşadıkları toplumun sosyokültürel özelliklerine göre değişen derecelerde ayrımcılık ve fiziksel/sözel/psikolojik ve cinsel şiddete maruz kalabilmektedirler. Transseksüel bireylerin hayatları boyunca saldırıya, sözel, psikolojik ve fiziksel şiddete ve cinsel istismara maruz kalma oranları oldukça yüksektir.

Transseksüel bireylerin heteroseksüelliğin normal kabul edildiği toplumlarda kabullenilmesi kolay olmamaktadır. Transseksüel bireyler, okul hayatında, iş hayatında hatta aileleri tarafından bile maruz kaldıkları homofobik tavırlar ile süregen ve yoğun bir damgalama ile de karşı karşıyadırlar. Transseksüel bireylerin toplumsal damgalama yaşadıkları önemli alanlardan biri de medyada yapılan bazı haberlerin verilmiş biçimidir. Bu panelde medyada bu alanda yapılan haber örnekleri üzerinden cinsiyet disforisi yaşayan bireylerde azınlık stresi ve damgalama tartışılacaktır

CİNSELLİK VE MEDYA

Dr. Ahmet Yosmaoğlu

Üsküdar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Seks Nedir?

Seks insanlık tarihinde en çok merak uyandırmış konudur. Bilinen tarih boyunca seksten çok bahsedilse de aslında seks, hakkında en az şey bilinen konulardan biridir. Tıpkı yeme, saldırganlık gibi bir dürtüdür. Seks Homo sapiens'te ve bazı başka memelilerde üremeden tamamen ayrılmış, *sui generis* bir faaliyettir. Cinsel davranışlar ve deneyimler insanların cinsel olarak kendileriyle ve başka insanlarla ne yaptıklarıdır.

Medya Nedir?

Medya terimi İngilizce'ye Latince üzerinden geçen ve 'ortada olan' anlamına gelen medium kelimesinin çoğuludur. Araç, ortam anlamına gelir. Kitle iletişim araçlarına, yani kitlelere ulaşabilen her tür yazılı, basılı, görsel metin ve imgelere, gazete, kitap, radyo, televizyon ve internete medya denir. Modernitenin ortaya çıkışında da en başta gelen etmenlerden biridir. Kitle iletişim araçları toplumların beğenileri, hakim düşünce biçimleri, ön yargılar, yaşam biçimleri üzerinde belirleyici etkiye sahiptir. Medya siyasal tercihler, tüketim tercihleri, kendinin ve ötekini kim olduğu/olması gerektiğine dair beklentiler, temsiller üzerinden kurulan değer/inanç kümeleri, üzerinden anlam devşirilen sosyal gruplar, normal/norm dışı (sapkın) ayrımı gibi konularda azımsanmayacak bir etki sahibidir, bir anlamlandırma failidir. Belirli anlam ve yorumları destekleyerek ve diğerlerini gözardı ederek gerçekliği büker. Geleneksel medya içinde en etkili mecra televizyondur. Metinlerin yanında görselliğin getirdiği duygusal etkiden faydalanır.

Yeni Medya

'Yeni' medya 1990'lı yıllardan itibaren, internetin yaygınlaşması ile gelişti. Sadece geleneksel medyanın dijital formu olmaktan ziyade kendi biçimlerini geliştirerek enformasyonun kolayca yayıldığı etkileşimsel bir ortam oldu. Temel özellikleri: Dijital/sanal olma, etkileşim yaratma, hipermetinsellik, ağ yapısı, simülasyonlar yaratabilme. Yeni medyanın önemli bir özelliği anonim kalma imkânı sunmasıdır. Sosyal medya, yeni mecralar içinde enformasyonun hızla yayıldığı, hem baskı hem de direniş imkânları sunan önemli ortamlardan biridir. Katılım koşullarını karşılayan (gerçek ve hayâlî) herkese açıktırlar. Bu mecralar üzerinde topluluklar hızla oluşturulup dağılıbilir.

Medyada Ahlâkî Panik

Ahlâkî panik, toplumsal sapkınlık edimlerine karşı abartılı, iletişim araçlarınca büyütülen toplumsal tepkiyi anlatır. Ahlâkî paniğin konusu olan olay, kişi veya grup toplumsal değerlere karşı olarak algılanmaya başlar. Uzmanlar kamusal normalitenin sınırlarını çizer. Olay/olgu ya yenidir ya da eskiden beri var olan bir fenomen aniden ilgi odağı olur. Toplum güvenliğini sağlama gerekçesi ile

ölçüsüz önlemler alınır. Ahlâkî endişe her zaman gerekçesiz olmayabilir ancak tepki orantısızdır. Ahlâkî panik özellikle hızlı sosyal dönüşüm momentlerinde ortaya çıkarak endişeleri kristalize eder. Ahlâkî panik sırasında aykırı, sağduyuya davet eden görüşler değersizleştirilir.

Cinsel Şiddet Nedir?

Cinsel şiddet bir bireyin isteği dışında cinsel ilişkiye girmeye zorlanması, istemediği yer ve zamanda istemediği tarzda bir dokunmaya ve/veya söze maruz bırakılması, bedeninin tamamının veya bir bölümünün çıplak veya giyinik olarak seksi ima edecek biçimde kayıt altına alınması olarak tanımlanabilir. Cinsel şiddet sapıklık (sapkınlık) değildir. Cinsel şiddet failleri çoğu zaman cinsel bozukluk kategorisi içinde değerlendirilebilecek kişilerden ziyade antisosyal eğilimleri olan fırsatçı kişilerdir.

Medyada Cinsel Şiddetin Sunumu

Türkiye geleneksel medyası ve dijital karşılıkları cinsel şiddet haberlerini sansasyonel bir haber dili ile sunma eğilimindedir. Haber başlıkları sansasyonel, ilgi çekmeye yöneliktir. Suçlunun düşük ceza aldığı haberlerine çokça yer verilerek adaletten kurtulmanın kolay olduğunu sanısı oluşturulur. Bulanık basılmış da olsa mağdurun fotoğrafının haberlerde kullanıldığına sık rastlanmaktadır. Zaman zaman mağdurun fotoğrafı net kullanılırken saldırganın fotoğrafı bulanık basılır. Cinsel saldırıyı ilgilendiren ve toplumsal/hukukî olarak hafifletici nedenler olarak sunulan gerekçeler mağduru bir seks nesnesi mertebesine indirir. Cinsel saldırı haberlerinin, haber eğer yeterince sansasyonel değilse, sonraki günlerde takibi genellikle yapılmaz.

Cinsel Şiddet Haberleri ve Irkçılık

Suriye'ye yapılan uluslararası saldırı ve Ortadoğu'daki destabilizasyon sonrasında gelen düzensiz göçmen dalgaları, Suriyeli ve Afgan sığınmacılarla ilgili çok sayıda cinsel saldırı haberi yapılmasına ve bu haberlerde saldırganın bir yabancı erkek olduğu vurgulanarak mevcut ırksal stereotiplerin uyandırılmasına yol açmaktadır. Bu tarz haberleri okuyanların zihninde cinsel saldırının ülkeye düzensiz göçmenler tarafından getirilen yeni bir fenomen olduğu düşüncesi oluşturulur. Bu tip haberlerin sansasyonel bir dille, failin etnik kimliği vurgulanarak sunulması ırkçılığın meşrulaştırılmasına hizmet eder.

Medyada Kadın Cinayetleri

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre (2002) dünyada her gün 66.000 kadın ataerki değerler uyarınca erkekler tarafından öldürülüyor. Türkiye'de kadın cinayeti kavramından önce namus cinayeti, töre cinayeti gibi kavramlar kullanılıyordu ve halen kullanılmaya devam ediyor. Türkiye'de kadın cinayetleri sosyal politika bağlamından ziyade güvenlik politikası bakışı ile ele alınır. Aile içi şiddet haberleri kadını kurbanlaştırır ve/veya suçlar. Kadına karşı şiddet normalize edilir. Bunun açıkça yapılmadığı durumlarda bile başlık seçimi, olayın fail ve mağdurunun sunumu, fotoğraf kullanımı gibi yollarla bu sonuca varılır. Kadın cinselliğine aşırı önem atfedilir. Kadının bedeni ailenin birliği ve

erkeğin namusu demektir; bunların tümü erkek tarafından korunmalıdır. Kadınları ölüme götüren nedenler - kendi yaşamında söz sahibi olma isteği, ekonomik bağımsızlaşma, boşanma isteği vb. - haber başlıkları, haber metni içinde yapılan kavramsallaştırmalar, fotoğraf ve isim kullanımı gibi yöntemlerle aile birliği ile karşıtlık içinde sunulur ve bunların cezayı hafifletici nedenler olduğu alt metni izleyiciye/okura aktarılır.

Medyada Çocuk Cinsel İstismarı ve Sunumu

UNICEF Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne (2018) göre çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır. Çocukluk dönemi, benlik oluşumu ve sosyalizasyonun başlangıç noktasıdır. Çocuk, bu dönemde maruz kalacağı uyaranların etkisini yaşam boyu taşıyabilir. Çocuk, fiziksel, emosyonel ve bilişsel gelişimini tamamlamamış olduğu için olumsuz uyaranlara maruz kalma riski yüksektir.

Medyada çocuklar genel olarak sessiz, edilgen, mağdur kurbanlar olarak resmedilir. Çocuk istismarı haberleri politik bir önemi olmadıkça üçüncü sayfa haberi olarak verilir. Çocuk istismarı haberleri gazeteciliğin etik ilkelerine göre verilmelidir. Haberin veriliş şekli, etik ilkelerinin ihlâline bağlı olarak mağdurun yeniden istismarına neden olabilir. Yeni medyada iletişim olanaklarının kontrolsüz kullanımı çocuk istismarını kolaylaştırır. Bu mecralarda her yaş grubundan insan birbiri ile iletişim kurabilir. Sosyal medya aracılığı ile tanışmalar gerek online gerekse gerçek hayatta istismar eylemine dönüşebilir. Online oynanan oyunların sohbet bölümleri de çocuk cinsel istismarı açısından risklidir.

Medyada Çocuk İstismarının Diğer Yüzü: Pedofili ve Damgalamanın Riskleri

DSM-V'in bakış açısına göre pedofili ilgi bir cinsel yönelimdir. Pedofilik bozukluk ise pedofili ilginin subjektif sıkıntı yarattığı veya pedofilik akta yol açtığı durumu anlatır. Erkek nüfusun yaklaşık %1-5'inin pedofilik ilgisi olduğu düşünülür. Pedofili, çocuk cinsel istismarı için gerekli veya yeterli ön koşul değildir. Çocuklara cinsel ilgi duyan insanların bilinmeyen bir oranı asla pedofilik eylem yapmaz. Medyanın çocuk cinsel istismarı ve pedofiliyi gerçekçi şekilde sunmak, yeni mitlerin oluşumunu engellemek ve mevcut mitlerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olmak gibi bir sorumluluğu vardır. Pedofili ile ilgili damgalama çocukları cinsel istismardan korumak gibi iyi bir niyetle yapılır ana pedofillerin kamusal olarak stigmatize edilmesi, pedofilik ilgisi olan bireyin ruh sağlığını bozma ve onu yardım arama davranışından vazgeçirme üzerinden, çocuklara karşı cinsel saldırı riskini artırır. Bir pedofil cinsel ilgisini kendisi seçmediği gibi, onu değiştirme yeteneğine de sahip değildir. Çocuk cinsel istismarı ise bir suçtur ve niyet edilerek yapılır, hukuku ilgilendirir.

Medyada Engellilere Yönelik Cinsel İstismarın Sunumu

Özel gereksinimli bireyler engel durumlarına bağlı olarak fiziksel ve/veya zihinsel açıdan kendilerini koruma konusunda dezavantajlı bireylerdir. Bu bireylerle ilgili haberler de sansasyonel olarak sunulma eğilimindedir. Nadir örnekler dışında bu haberler üçüncü sayfada yer alırlar. Mağdur mahremiyeti genellikle yeterince dikkate alınmaz.

Medyada Cinselliğin Sunumu

Erkek Yaşam Stili Dergileri

Bu dergiler, Bourdieücü anlamda, sosyal ve kültürel sermayeyi temsil ederler. Bu dergilerde erkeğe nasıl görünmesi ve davranması gerektiğine dair mesajlar verilir. Türkiye’de bu dergilerden ilk olarak 1980’lerde Erkekçe yayın hayatına başladı. Orta sınıf erkek tasarımının yanı sıra bu dergide seks de önemli yer tuttu. Magazinel ve popüler biçimde de olsa seks hakkında bilinmeyenler bu dergilerden öğrenildi. Dergi, ataerkil toplumsal cinsiyet ideolojisini kaba değil rafine edilmiş olarak sunan bir dile sahipti.

Kadın Yaşam Stili Dergileri

Erkekçe’nin kadınlar için çıkarılan karşısı 1978 yılında (Erkekçe’den önce) yayın hayatına başlayan Kadınca’ydı. Kadınca dergisi, o güne kadar kadınlar için çıkarılmış dergilerden farklı bir çizgi izliyor; erkek şiddeti, kadın cinselliği gibi daha önce değinilmeyen konuları ele alıyor, kadınların politik faaliyetlerini okurlarına aktarıyordu. Dergide özerk ama erkeğine bağlı, cinsellikten zevk almayı ön plana alan ancak ataerkil kapitalizmi tam olarak aşamamış bir kadın modeli sunuluyordu. Erkekçe gibi, Kadınca da orta sınıfın cinsel eğitime popüler ve magazinel bir dille bile olsa önemli bir katkı yaptı.

Pornografi

Pornografi, cinsel malzemenin sadece cinsel uyarılma için gösterilmesidir. İnternet sonrasında pornografiye ulaşım kolaylaştı, pornografi adeta demokratikleşti. Bunu cinsel ilgi gruplarının internet üzerinde örgütlenmesi takip etti. Spesifik ortak cinsel ilgi alanlarına sahip kişiler forumlar ve sohbet odaları üzerinden tanıştılar. Bu sosyalizan etkinin bir yan etkisi ise pedofil bireylerin de sosyalize olabilmesi, web üzerinden hedef kitleleri olan çocuklara ulaşabilmesi, farklı formatlarda çocuk pornografisini paylaşabilmesi oldu. Pornografinin hızla demokratikleşmesinin bir yan etkisi de dergi ve filmler için artan oyuncu ihtiyacının kadın ve transbirey sömürsünü arttırıcı etkisidir. Pornografi cinsel mitlerin sürdürülmesini sağlar. Bireyin kendisinden/partnerinden uygunsuz veya gerçekçi olmayan beklentileri cinsel mit oluşumunun zeminidir.

Türkiye’de Pornografi

Erotik edebiyat Osmanlı klasik şiirinin önemli bir damarını oluşturur. Erotik/pornografik roman 19. Yüzyıl sonu gibi erken bir tarihte Osmanlı kamuoyu tarafından biliniyordu. Ahmet Rasim 1898 yılında Hamamcı Ülfet romanını yayınladı. Roman hemen Abdülhamid istibdadı tarafından yasaklandı. Roman son derece ön yargısız, eleştirel olmayan bir dille Osmanlı başkentinde dönemin lezbiyen çevresini anlatıyordu.

Modern Türkiye’de pornografi 1960’larda utangaç bir şekilde seksoloji mecmuası -erotik mecmua melezi yayınlarla toplum yaşamına girdi. Erkekçe sonrasında 1980’lerin ortalarında İtalya menşeli erotik Playmen dergisi ilk açıkça erotik dergiydi. Daha sonra bu yayın faaliyetini ABD menşeli Playboy

dergisinin piyasaya girmesi izledi. Bu yıllarda Bulvar, Tan gibi tabloidler yarı çıplak kadın resimleri ile piyasaya girdi. 1990'lara kadar, tirajı en yüksek günlük gazete olan Hürriyet özellikle yaz aylarında son derece lümpen ırkçı bir dille arka sayfasında yarı çıplak kadın fotoğrafları kullandı. 1990'ların ortalarından itibaren vulva teşhiri yapan, daha düşük kaliteli editöryel ekipler tarafından yayınlanan Şanzıman, Kral gibi dergiler piyasaya çıktı. Bu dergilerin seks dışı içeriği yok denecek kadar azdı. Türkiye'de kamu yaşamına geç giren basılı pornografi, internetin hızlı gelişimi ile erkenden kesintiye uğradı. Türkiye'de son yıllarda pornografi -sözde- hukukî gerekçelerle neredeyse tamamen yasaklanmıştır ancak internette herhangi bir şeye erişimi engellemek çok zor olduğu için pornografi tüketimi devam etmektedir.

Son dönemde sıklığı artan cinsel suç kategorilerinden biri kamusal alanda kamera ile beden/ beden parçası kaydı yapma, bir diğeri de sanal/gerçek yaşam seks partnerinin görüntülerini sosyal mecralarda paylaşmadır.

Medyada LGBTİQ+ Birey ve Grupların Sunumu

Homofobi

Homofobi, eşcinselliğe ve kendini lezbiyen, gey, biseksüel veya trans olarak tanımlayan veya öyle algılanan insanlara karşı geniş bir negatif tutum ve duygu spektrumunu kapsar.

Cinsel Kimlik ve Cinsel Yönelim

Cinsel kimlik bir kişinin cinsiyeti ile ilgili kişisel algısıdır. Kişinin biyolojik cinsiyeti ile korele olabilir veya olmayabilir. Cinsiyet kimliği genellikle 3 yaş civarında oluşur ve sonrasında değiştirilmesi çok zordur. Cinsel yönelim karşı cinse, hemcins veya her iki cinsiyete karşı romantik ve/veya cinsel çekim örüntüsüdür. Cinsel yönelim istemli bir seçim değildir. Cinsel yönelimin belirlenmesi istem kullanımı içermediği için cinsel yönelim ahlâkî bir kategori değildir.

LGBTİQ+ birey ve gruplar toplumca ayıp telakki edilen bir yaşam tarzının faileri olarak merak edilirler. Yaşam tarzları eğlence - güllüm - ile egzotize edilir. Medyada magazin unsuru, fuhuş sektörü çalışanı, şiddete eğilimli insanlar, mağdur/kurban/maktûller olarak sunulurlar. 1980'lerin haber dilinde LGBTİQ+ bireyler tekinsiz, öngörülemmez, suça meyilli, homojen bir kitle olarak 3. sayfada yer buldu. En büyük endişe bu sapkın kişilerin çocuklara kötü örnek olmasıydı. 1990'lardan itibaren LGBTİQ+ hareketi kendi medyasını yaratarak ana akım ve muhafazakâr medyaların ahlâkçı/ heteroseksist/patriyarkal temsil ve anlamlandırmalarına kendi dili ile içeriden direnerek mukabele etti ve toplumda tahkir amaçlı kullanılan ibne, top gibi ifadeleri olumlama dili olarak temellük etti. 1994 yılında KAOS GL dergisi yayın hayatına başladı. Bugün LGBTİQ+ haberleri üzerindeki sansür 2 katmanlıdır: Ana akım medya LGBTİQ+ söz ve eylemlerini sansürler, duyurmaz. Devlet ise LGBTİQ+ medyasını yasaklamaya çabalar. 2006 yılında medyada LGBT terimi kullanılmaya başlandı. Bunun LGBTİQ+ örgütleri gibi çeşitliliği imleyici şekilde değil, aksine, eşcinsel, lezbiyen gibi kelimelerin telaffuz edilme zorunluluğunu ortadan kaldıracak, homojenize edici bir terim olarak kullanıldığı gözlenebilir.

LGBTİQ+ kesimlerle ilgili medya söylemi aşırı temsil, eksik temsil ve yanlış temsili içerir. LGBTQİ+ kesimler ve yaşam tarzları şok edici, fantezi ögesi, sadece cinsel varlık, suçla ilişkili grup, bizden olmayan, ruhsal hasta, günahkâr, sapkın, magazin ögesi şeklinde birbiri ile çelişkili stereotiplerle temsil edilir. LGBTİQ+ kesimler çeşitli medyalarda birbirinden farklı anlamlandırma ve araçsallaştırmalar ile temsil edilirler: 'Liberal' basın LGBTİQ+ kesimleri magazin olarak, örneğin eşcinsel evlilikleri öne çıkaran sansasyonel bir dille, renkli yaşam tarzına sahip eğlenceli insanlar olarak stereotipik şekilde temsil eder. Tabloid basın LGBTİQ+ kesimleri pornografik, mizahî bir dille sunar. İslâmcı basın LGBTİQ+ kesimlere karşı mesafeli, saldırgan, dışlayıcı bir dil kullanarak onları Batı'nın kültürel ahlâksızlığı ile Türk-islâm kültürünü yozlaştıran günahkâr kişiler olarak sunar. Kemalist/'sol' basın LGBTİQ+ hak mücadelesine kısmen duyarlı olsa da Leninist örgütlenme tarzına sahip, özellikle Stalinist örgütler sınıfsal bakış açısı ile LGBTİQ+ kesimleri burjuvazinin hastalığından mustarip görerek lânetleme eğilimindedir.

Medyada Trans Bireylerin Sunumu

Devlet tarafından ayrıştırma politikaları ile kent merkezlerinden dışlanırlar. Dezavantajlı grup mensuplarını cezasızlık garantisi ile öldüren fırsatçı bireyler tarafından nefret cinayetlerinde öldürülürler. Trans gruplar LGBTİQ+ gruplar içinde ayrımcı dile en çok maruz kalan gruptur. Saldırgan, sapık, fuhuş yapan, AIDS salgınından sorumlu kimseler olarak sunulurlar. Bu medya dili nefret cinayetlerinin ve transfobik şiddetin yayılmasını meşrulaştırır. Trans cinayetlerinin maktûlün tahriki ile yapıldığı kanısı yaygındır. Bu söylemde trans olma durumu genel ahlâka aykırı, doğal olmayan durum olarak sunulur. Medyada trans bireylere ahlâklılık dayatılır; 'normal' toplumsal cinsiyet rolünün dışına çıkmama, ikili cinsiyet sistemini ihlâl etmeme, eşcinsel olmama zorunluluğu ima edilir. Trans bireyler yeni medyayı genel olarak kimlikleri ile ilgili bilgi edinmek, sosyal iletişim kurmak, seçtikleri kişiler ile cinsel kimlik performansı yapmak, nefret söylemi ile mücadele etmek ve çeşitli ihtiyaçlarını fonlamak amacı ile kullanmaktadır.

Reklâmda Cinsel Ögelerin Kullanımı

Cinsellik tüketicilerin satın alma motivasyonlarını ve arzularının gücünü artırır. Cinsel vaatler reklâmlarda ima, çift anlamlı ifadeler ve simgecilikle kullanılır. Çıplaklığın çeşitli aşamalarında modeller, başkaları ile müstehcen tavırlar sergileyen modeller, seksi giysiler ve vücut hatlarını ortaya çıkaran pozlar, perde, havlu gibi nesnelerin ardında çıplak olduğu imlenen bedenler reklâmda cinselliğin klasik kullanım biçimleridir. Modeller dokunma, öpüşme, seksi anıştıran şekilde görünme gibi davranışlar içinde, yumuşak/romantik müzik eşliğinde, ışık efektleriyle, romantik mekânlarda, özel bir tempo ve kurgu içinde sunulur. Reklâmlarda kullanılan cinsellik ağırlıklı olarak görsel modalitede olsa da kullanılan dil ve kelime seçimi de işin içine girer.

Medya Sağlık Söyleminde Cinsellik

Sağlık biyolojik bir görüngü olduğu kadar bir sosyal/sınıfsal mücadele ve pazarlık alanıdır. Toplumsal pazarlıklar beden üzerinde sürer. Bedensel saygınlık (distinction) ihtiyacı bazı hastalıklara sahip

olmanın ayrıcalık sayılmasına dek varmıştır: Geçmişte verem ve nevrasteni sınıfsal inceliğin göstergesi iken günümüzde gluten intoleransı ve panik bozukluğu ayrıcalıklı iktisadî sınıfın kendini sunma biçimlerindendir. Günümüzde sağlık anlayışı yaşamın medikalizasyonuna dayalıdır. Anormal/normal sınırı tıp/kozmetik tıp/alternatif tıp/güzellik sanayii işbirliği ile belirlenir. Medyada görünür olan hekimler, güzellik uzmanları, sözde iyileştiriciler bu söylemin aktörleridir. Güzellik, diyet, cinsellik, menopoz, yaşlanma, sağlık haberlerinde kadın vücudu görselleri ön plandadır. Ağırıklı olarak kadın vücudu üzerinden tanımlanan gençlik, güzellik, cinsellik ile ilgili imgeler sağlıklı olmakla eş tutulur. Sağlık konularının gündelik yaşam rutini haline getirilmesi ile güzellik, sağlık, gençlik, cinsel performans bedeni siyasalın etkisine açan kanallar haline gelir. Bu söylemin islâmî hassasiyeti yüksek bir versiyonu da mevcuttur. Bu versiyonda dinî tavsiyeler veren uzmanlar da aktör olarak yer alır.

Cinsel Eğitimde Televizyonun Rolü

Televizyon izleme çok küçük yaşta başlar ve okul eğitiminin toplam süresinden daha fazla bir süreyi kaplar. Televizyondaki her programın içinde toplumsal cinsiyet, cinsellik, romantik aşk ile ilgili açık veya örtük mesajlar bulunur. Televizyon her durumda toplumu değiştirici bir etkiye sahiptir. Toplumun içinde yaşamadığı bir dünya ve hayatı onlara yaşatmak hızla gelişen çocuklarda sanıldığından daha etkilidir. Televizyonun cinsel eğitim üzerindeki olumlu etkisi cinsel konularda utanmaya yol açmadan uygun bir dille bilgi vermek, olumsuz etkisi ise kalıplaşmış toplumsal cinsiyet yargılarının çok sayıda mesajla eleştirel olmayan bir biçimde aktarılmasıdır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, gebelik ve cinsellik alanına ait diğer temel meseleler ile ilgili bilgi içerikli yayınların eksikliği bir sorundur.

Yeni Medyada Yeni Fuhuş

Yeni medya özellikle fotoğraf ve video paylaşım siteleri ile sosyal etkileşim siteleri üzerinden yeni, esnek bir fuhuş modelinin ortaya çıkmasına yol açtı. Yeni medyadaki anonimite imkanı mesleği seks işçiliği olmayan kadın, erkek ve trans bireyler için düzensiz çalışarak gelir elde edilebilecek bir alana dönüştü. Ücret karşılığı görüntülü sanal seks yapılan web siteleri, kişilerin kendi bedenlerini ve cinsel faaliyetlerini sergiledikleri ücretli üyelik veren video ve fotoğraf paylaşım siteleri, kullanılmış iç çamaşırı, çorap, ayakkabı gibi malzemenin satıldığı web siteleri, kişilerin sadece kendilerini finansal olarak destekleyecek ve istediklerini satın aldırabilecekleri finansal köle arayışında olduğu mecralar giderek yaygınlaştı. Bu bağlamda yaşamın geri kalanı ile fuhuş, sınırları ayırt edilemeyecek bir şekilde birbiri ile kaynaştı. Bu arada klâsik fuhuş sektörü de giderek artan şekilde yeni medya üzerinden işlemeye devam etti.

PANDEMİDE CİNSELLİK

Uzm. Dr. Adil Emrah Sonbahar

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
mrsonbahar@hotmail.com-emrahsonbahar@gmail.com

İnsanlık tarihi boyunca insanların temel ihtiyaçları salgın hastalıklar, göç, savaş, doğal felaketler gibi yaşamı ciddi şekilde tehdit eden dış etkenlerden etkilenerek yeniden şekillenebilmektedir. Aralık 2019 itibari ile hayatlarımıza giren COVID-19 salgını gerçekliği, insanların bedensel sağlıklarını ve yaşamlarını ciddi şekilde tehdit etmesinin yanı sıra bireyleri yaşamsal değişiklikler yapmaya zorlaması açısından da insanlık tarihi açısından önemli bir yerde konumlandırılmıştır. Bu haliyle bireyleri pek çok alanda uyumlanmaya zorlamıştır. Getirilen zorunlu kısıtlamalar, hayatın durma noktasına gelmesi ve sosyalleşememe en temel fizyolojik ihtiyaçlarımızdan cinsellik alanına da yansımıştır.

İçinde bulunulan korku ve belirsizlik buhranının olumsuz etkileri bir yana; sosyal mesafenin bulaşma riskinin azalttığı, fiziksel temasın bulaşmayı arttırdığının vurgulanması partnerlerin birbirinden uzaklaşmasına zemin hazırlamıştır. Özellikle riskli işlerde çalışanlar; hem sevdiklerine virüsü bulaştırma hem hastalığın bazı bireylerde bulgusuz seyretmesi nedeniyle cinsel ilişki ve öpüşmeden kaçınmaya başlamıştır. Aynı ev içinde yabancılaşımlar hayatın olağan akışına aykırı şekilde izlenmiştir.

Aynı evde yaşamayan partnerlerde daha büyük ayrışma olmuştur. Görüşememe, dokunamama, birlikte vakit geçiremememe sorunsalı, ilişkinin temel dinamiklerinden olan çekim gücünü baltalamıştır. Ayrıca yapılan çalışmalarda erkeklerde covid hastalığının testis tutulumu yapabildiğinin gösterilmesi sonucu; COVID-19 sonrası erkeklerde belirgin cinsel isteksizlik görülebileceği de anlaşılmıştır.

COVID-19 potansiyel zararlı sonuçlarını azaltabilmek adına önerilen en güvenli cinsel aktivite kendi kendine (mastürbasyon) veya uzaktan yapılan aktivitedir. Bu nedenle pek çok insan internet ve sosyal medyaya yönelmiştir. Pandemi insanların internet de dahil olmak üzere potansiyel olarak bağımlılık yapan davranışlarda bulunma motivasyonlarını etkilemiştir. Sanal seks ve sanal olarak partner bulunan tasarımlara ilgi artmıştır. İlişki beklentileri, hazzın aranma yolları, ilişkinin yeni şekilleri internet ortamında çokça araştırılmıştır. Buz dağının bir diğer önemli görünmeyen yüzü de pornografik materyal kullanımındaki artıştır. 17 Mart 2020'de Pornhub, dünya çapında pornografi kullanımında önceki ortalama günlere göre %11,6'lık bir artış kaydetmiştir. 24/25 Şubat 2020'den 17 Mart 2020'ye kadar olan bir aylık süre boyunca, veri sağlanan 27 ülkenin tamamı, pornografi kullanımında tipik olarak %4 ile %24 arasında değişen artışlar göstermiştir. Bununla birlikte, Pornhub'ın premium hizmetlerini karantinalar ve evde kalma talimatlarıyla ücretsiz kıldığı bölgelerde, daha önemli artışlar gözlemlenmiştir: Sırasıyla İtalya, Fransa ve İspanya'da sırasıyla %57, %38 ve %61'lik artışlar tespit edilmiştir.

Bakalım insanoğlu cinsel anlamda yeni normale ne ölçüde ve nasıl uyumlandı?

MEDYA VE CİNSEL MİTLER

Uzm. Psk. Melis Ergezen Aksoy

Cinselliğin Anlamı

Cinsellik ile ilgili devam eden bir sosyal çatışma/pazarlık süreci vardır. Cinsellik söz konusu olduğunda örneğin dinî ‘otoriteler’, bilim insanları, eğitimciler, ataerkinin taşıyıcısı olan kadın ve erkekler, sosyal mücadele yürüten sivil toplum kuruluşları, politik örgütler bu sahada hâkimiyet için mücadele eden aktörler olarak sayılabilir.

Mit Nedir

Mit José Manuel Losada’ya göre, olağandışı bir veya birden fazla olayla ilgili, aşkın, kutsal ve tabiat üstü referansları olan ve ilkesel olarak tarihsel kanıttan yoksun, bir bireye veya kolektife gönderme yapan ama her zaman mutlak bir sembolik ve tematik kozmogoni veya eskatoloji anlatısıdır.

Mitoloji dışı disiplinlerde mit geleneksel hikâye, popüler hatalı kavramsallaştırma veya hayâlî antite anlamında kullanılabilir.

Edmund Leach’e göre Rasyonel olmayışı mitin tam da özünü oluşturur, tüm dinler eleştirel kuşkunun askıya alındığı bir inanç gösterimi talep eder. Tüm mitolojik sistemlerde önemli bir mit birden fazla farklı versiyonu ile yer alır. Mitlerin önemli bir özelliği de ikici yapılarıdır. Mitler birbirine karşıt kategoriler yaratırlar: İyi - kötü, erkek - dişi, ilk - son... Mitte her zaman, mitin tecrübelilerden acemilere aktarımı sırasında gerçekleşen parazitten kaynaklanan ihtiyaç fazlası öğeler vardır. Bu öğeler bilgiyi artırır, diğer bir deyişle mitin kodunu çözmenin mümkün yollarının belirsizliğini artırır.

Eliade’ye göre mit inançları ve rehber kuralları ifade eder ve kodlar, insan davranışına model olur. Malinowski’ye göre mit ahlâkı korur ve güçlendirir, insana rehberlik için pratik kuralları içerir. Cassirer’e göre mitin özgüllüğü, içeriğinde değil, deneyimleniş ve inanılışındaki şiddette; ona, sadece nesnel gerçeklik bahşedilmiş bir şeye inanılabildiği kadar şiddetle inanılmasında yatar. Barthes’a göre mitin temel işlevi, tarihi doğallaştırmaktır. Mitler düz anlamı algımızdan saklamazlar, daha çok başka bir anlam katmanı ekleyerek onu çarpıtırlar.

Barthes’a göre mitler, bir toplumdaki egemen ideolojinin düşünce yapısının bir yansımasıdır, yani iktidarın söylemidir. Egemen ideolojinin mit oluşumunda kullandığı mekanizmalardan biri medyadır. Medya üzerinden inşa edilen mitler, kitleler için neyin doğru neyin yanlış olduğu konusunda belirleyici olurlar. Bu üretilmiş gerçeklik mitler üzerinden doğal gerçeklik olarak sunulur ve kitle tarafından doğal gerçeklik olarak algılanır.

Cinsellik ve Mitler

Cinsel mitler de bir kozmos modeli ve eskatoloji sunmaları açısından (toplumsal cinsiyet evreni),

acemilere tecrübeliler tarafından endoktrinasyonla aktarılmaları ile, rasyonel olmayışları açısından, birden fazla versiyonları olması bakımından, dikotomik oluşları ile, anlamlandırılmalarındaki çeşitlilik ve çelişkiler ile, ahlâkî anlatıyı koruyup güçlendirmeleri açısından, insanlara yön göstermeleri bakımından, tarihi doğallaştırmaları ve apolitize etmeleri ile ve emosyonlar ile derin bir bağları olması açısından antropolojik anlamı ile mitlere benzerler. Emosyonel yükleri nedeni ile bunlara inancı kırmak zordur, kognitif olarak değiştirilseler bile emosyonel yükleri alttan alta devam edebilir. Cinsel mitler basitçe birer yanlış inanç değildir; artlarında kendini gizleyen bir tarih, gelenek ve bu geleneği ihlâl etme riskinin emosyonel tepkisini barındırırlar.

Cinsellik Nedir?

Cinsellik doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eder. Cinsellik dendiğinde akla ilk olarak iki insanın sevişmesi gelse de cinsellik çok boyutlu bir faaliyetdir. Cinsel davranış bireysel (psikolojik, fizyolojik, anatomik ve kalıtsal), sosyal ve kültürel etkenlerin etkileşimi ile şekillenen bir sosyalizasyon sürecidir. İnsanda cinsellik, sadece bedensel bir faaliyet değildir. Cinsel ilişkiye dair davranışları, tutumları, düşünceleri ve yönelimleri içine alır. Politik, kültürel ve ekonomik meselelerle doğrudan ilişkilidir. İnsan diğer canlılardan farklı olarak üreme dışında yalnızca haz almaya yönelik de cinsel davranışlar sergiler. İnsanın cinselliğini, cinsel duygular, fantaziler ve arzular şeklinde sergilemesi doğasının bir parçasıdır. Cinsellik, yalnızca cinsel organları değil, tüm bedeni ve aklı ilgilendirir.

Toplumsal düzeyde cinsellik, toplumun değer yargıları, yasalar, insanların yaşam biçimleri, toplumsal cinsiyet rolleri, cinselliğe kültürel bakış, eş seçimi ve evlenme tercihleri gibi faktörlerle ilgilidir. Bireyin cinselliği ifade etme biçimi, cinselliğe verdiği önem kendine özgüdür ve cinsellik gelişimsel, sosyokültürel ve sağlık ile ilişkili faktörlerden etkilenir.

Toplumsal Cinsiyet

Bireyler arasındaki hiçbir fark, bireylerin biyolojik anlamda erkek veya dişi oluşları kadar belirgin ve yaygın değildir. Fakat toplum için cinsiyet sadece biyolojik özellikleri ifade etmez.

Cinsiyet, birey açısından, yaşamın daha ilk yıllarından itibaren toplumsal bir kategori olarak anlam kazanmaya başlar. Takip eden yıllarda bireyin biyolojik cinsiyetini merkeze alan bir anlayış, düşünüş ve yaşama dünyası inşa olunur. Buna toplumsal cinsiyet denir.

Toplumsal cinsiyet, bireyin belli bir cinsiyetten olduğuna ilişkin bilgiye, bu bilgiye istinaden toplumsal düzlemde bireyden beklenenlere ve toplumda bireye biçilen konuma işaret eder.

Toplumsal cinsiyet biyolojik cinsiyet ile çatışmasız bir uyum ve karşılıklılık içermez. Toplumsal cinsiyet en azından şiddet açısından bir ölçüde performatiftir.

Toplumsal cinsiyet sadece bir sosyoloji konusu değil aynı zamanda bir toplumsal mücadele alanıdır. Bunun en önemli nedeni toplumsal cinsiyet ayrımına dayalı haksız tanımlama, konumlandırma ve uygulamalardır. Toplumsal kadınlık en yalın haliyle doğuştan ve doğal değil, sonradan ve yapay olarak oluşturulmuş bir cinsiyetin ismidir.

Cinsel etiğin ilk amacı Batı ve Doğu uygarlıklarında da kadının (aslında erkeğin) namusuna sahip çıkmaktır. Neslin devamının ve erkek otoritesinin değişmez garantisi olarak görülen aile, kadının biricik yeri ve yetkisinin sınırları olarak ilân edilmiştir. Ataerki terazinin bir kefesine kadınların özgürlüğünü, ötekine ailenin yıkılmasını koyar ve kadın özgürleşmesi ile ilgili panik oluşturur.

Medyada Toplumsal Cinsiyet

Medya, toplumsal söylemin hem taşıyıcısı hem de üreticisi olarak toplumsal cinsiyet ideolojisinin sürdürülmesinde de etkindir. Toplumsal cinsiyet ideolojisi medyada açık ve örtük biçimlerde sunulur. Ana akım medya dışında yer alan ve toplumsal cinsiyet ideolojisine karşı mücadele eden medya organlarında bile zaman zaman hâkim söylemin örtük unsurlarına rastlanabilir. En etkili iletişim ortamlarından televizyonda kadının toplumsal, kültürel ve siyasal olarak konumlandırılmış biçimi çeşitli televizyon programlarına, haber ve tartışma programlarına, reklamlara, dizilere, filmlere yansır. Medyada kadına hem tüketici hem de tüketim nesnesi olarak çok fazla yer verilir. Kadınların çekiciliği en sıradan bir ürünü ya da haberi ilgi çekici kılabilir. Bu nedenle kadın bedeninin reklâmda sunumuna sıklıkla rastlanır. Kimi gazetelerin arka sayfalarında sanat ya da moda haberi başlığı altında da kadın bedeni görsel olarak kullanılır. Gazete ve televizyonlarda kadın haberlerine zina, namus gibi konular çerçevesinde ya da sansasyonel olaylara karışmaları halinde yer verilmektedir.

Cinsel Mitler

Cinsellikle ilgili yanlış bilgilen(diril)menin en sık karşılaşılan sonuçlarından biri cinsel mitlerdir.

Cinsel mitler, kişinin cinsel konularda doğru olduğunu düşündüğü, çoğu zaman abartılı, yanlış, bilimsel değeri olmayan inanışlardır. Bireylerin cinselliğe ilişkin tutumu ve davranışlarını etkiler/belirlerler. Bireyin cinsel sağlığını, dolayısıyla genel sağlığını olumsuz etkileyebilecek sonuçlara neden olurlar.

Cinsellikle ilgili yaygın tutum ve inanışlar kültürler arasında farklılık gösterirler. Aynı kültür dairesi içinde bile bölgesel farklılıklar bulunur. Cinsel konularla ilgili inanç ve tutumlar bireyden bireye yaş, cinsiyet, eğitim tipi/düzeyi ve aile yapısına göre değişiklik gösterir.

Aile, örgün eğitim, basın yayın doğru bilgilendirmeyi yapmazsa arkadaş, erotik-pornografik malzeme gibi çevrede var olan her kaynak cinselliği öğrenme aracı olur.

Toplumda yerleşik mitler sosyalizasyon sürecinde toplumsal cinsiyet rollerinin ortaya çıkışını etkilerler ve bu rollerden etkilenirler. Kız ve erkek çocukların doğduğu günden itibaren ayrı şemalar içinde cinsel rollerine göre yetiştirilmeleri, çifte standartlı değer yargılarına maruz kalmaları; duygusal, bilişsel, cinsel ve akla gelebilecek her alandaki davranış veya yaşayış biçimlerini etkiler. Bu yapı içinde yetişen kişilerin taraflı değer yargılarını yani mitleri taşımaları ve bunlardan etkilenmeleri beklenen bir durumdur. Erkek ve kadın cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkışında cinsel mitlerin ağırlıklı rolü olduğu tespit edilmiştir.

Cinsel mitleri doğru kabul etme olasılığının eğitim düzeyi düştükçe arttığı saptanmışsa da, eğitim düzeyinin yükselmesi cinsel mitlere inancın ortadan kalkacağını garantisi değildir. Tıp eğitimi

gören, cinsel bilgilenmelerinin görece iyi olduğu düşünülen kadın ve erkek katılımcılardan oluşan bir grupta dahi, verilen 18 cinsel mit maddesinin neredeyse yarıya yakın bir bölümünde cinsiyetler arasında mitleri onaylama açısından anlamlı farkların görülmesi, cinsel rollerin etkinliği açısından oldukça dikkat çekicidir. Toplumda yaygın olan inançlar bilinçli bir düşünüm süreci ile giderilemez. Bunlar kökleri çok derinde olan, rasyonel sorgulamada fark edilmeyen bilgilerdir. Bu nedenle ortadan kaldırılmaları aktif eğitim gerektirir.

Cinsel Bilgilendirme

Cinsellik hakkında doğru bilgilenmenin sağlanabilmesi için:

1. Cinsel eğitim, örgün eğitimin içinde yer almalıdır.
2. Tıp fakültelerinde cinsel anatomi ve fizyoloji haricinde insan cinselliği dersiverilmelidir.
3. Sağlık Bakanlığı, üreme sağlığı dairesinin dışında tarihinde ilk kez bir cinsellik ve cinsel sağlık dairesine sahip olmalıdır.
4. Medya çalışanlarına ve yöneticilerine Sağlık Bakanlığı kanalı ile zorunlu cinsellik ve toplumsal cinsiyet okur yazarlığı eğitimleri verilmeli, medya içeriği bu açılardan kalite kontrolüne tabi tutulmalı, değerlendirme sonuçları kamu ile paylaşılmalıdır.
5. Evlilik planı yapan çiftlere yönelik cinsel bilgiler içeren kitapçıklar hazırlanmalıdır. Bu kitapçıklara cinsel açıdan aktif olan herkes ücretsiz ulaşabilmelidir.
6. Birinci basamakta çalışan hekimler ve yardımcı sağlık görevlilerine hastalarla cinselliği onları utandırmadan konuşabilme konusunda eğitim verilmelidir.

Ancak örgün eğitim sürecinde yeterli cinsel bilgi edinmemiş ve önceden eksik veya yanlış bilgilendirilmiş olan erişkin bireylerin sağlıklı ve doğru cinsel bilgi edinebilmeleri için, başta sağlık çalışanları olmak üzere, basın-yayın organlarına ve politika yapıcılara sorumluluk düşmektedir.

SAĞLIK VE MİZAH

Doç. Dr. Doğan Aslan

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sanat Tasarım ve Mimarlık Fakültesi, Görsel İletişim Tasarımı Bölümü, İstanbul, Türkiye

Mizah, insana ruhsal ve fiziksel faydalar sağlayan belli uyaranlara karşı normal ve doğal bir fizyolojik tepkidir. Mevcut araştırmalar, mizahın ölçülebilir pozitif fizyolojik faydaları olduğunu gösterir. Doktorlar özellikle psikolojik zorluklar içinde olan hastalarına pozitif ve rahatlama ortamı sağlayacak mizahi öğeler içeren mekanlarda veya kişilerle birlikte bulunmalarını tavsiye ederken, mizahı en doğal iyileşme reçetesi olarak düşünmek mümkündür. Bu sunum, mizahın sağlık açısından ırkı ve dini ne olursa olsun bütün insanlara organik bir terapi aracı olabileceğini belirtir. Mizahın özellikle sağlıkla olan ilişkisindeki araştırmaların sınırlılığına rağmen, bu sunum ile, insanın psikolojik problemlerine yönelik pozitif etki sağlayacak mizahın kullanılması konusunda farkındalık oluşturmaya güdülmüştür.

GÖRSEL GÜRÜLTÜ VE ESTETİK KİRLİLİK SARMALINDA ALGI PSİKOLOJİSİ

Prof. Dr. Metin Eker

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Güzel Sanatlar Fakültesi, Resim Bölümü, Samsun, Türkiye

GİRİŞ

Görselliğin tarihine ait bir bölümlenmede “görüntünün gücü”, “görüntüden görselliğe terfi” ve “gücün görselliği” dikkat çeker. Sanat, estetik ve dolayısıyla kültürel bağlam içinde mümkün böyle bir taksimatın bugün için söz konusu dönüşümselliği, bizim çalışmamızın genel kapsamını biçimlendirmektedir.

Görsel kültür çağındayız. Kültürün görselliği geçmişte kaldı ve buna hizmet eden sanatın da misyonu değişti. Artık, görselliğin ya da endüstriyel görselliğin kültür olarak karakterize olduğu çağın adı, “Görsel Kültür Çağı”dır. Kültürel ekonomilerin yeni icatlarından biri olan endüstriyel görsel üretimlerin meta olarak sergilediği kültürel hakimiyet, “hakimiyetin esareti” diye bir olguyu da güncel kılmıştır denilebilir. Görsel gürültü ve estetik kirlilik sarmalı, aslında, görsel kültürel hakimiyete ilişkin esaretin ruhsal sağlığımızı etkileyen algısal, sosyal ve kültürel kapsamlar ile ilintisini betimlemek açısından önemlidir.

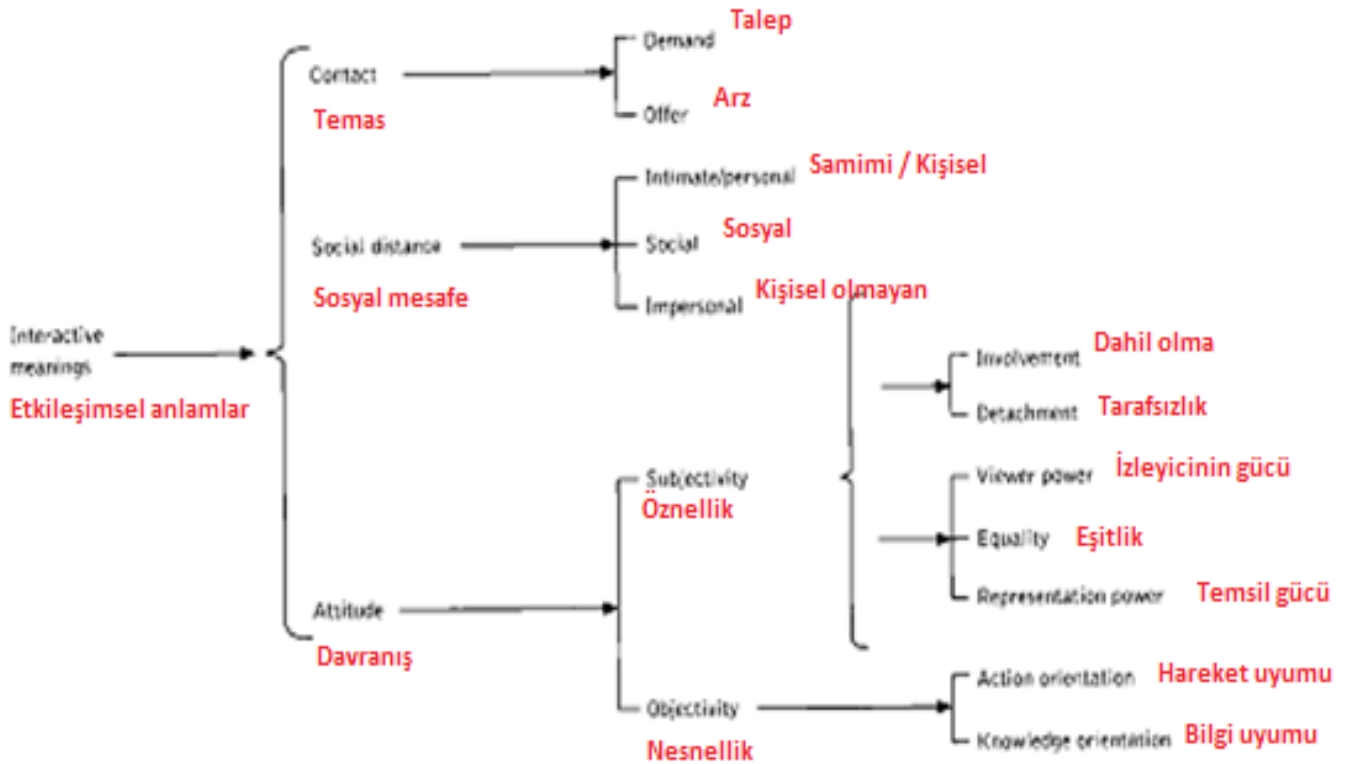
GÖRÜNTÜ'DEN GÖRSELLİK'E

Görülebilen her unsurun algısal sürecinin ifadesi olarak görüntü, dış dünya ile kurulan fiziksel temaslardan biridir. Görüntüye ilişkin anlamında kullanılan “görüntüsel” ifadesi, bir üretim sürecini muhatap alarak estetik eklenti ve hassasiyet ile karakterize edildiğinde, özellikle iletişim ve etkileşimin nesnesi olarak “görsel” diye adlandırılmaktadır. Barnard, görsel olanı, insanlar tarafından üretilmiş, yorumlanmış ya da meydana getirilmiş, işlevsel, iletişimsel ve/veya estetik amacı olan her şey (Barnard, 2002: s.34) olarak tanımlarken, görsel kültür içinde, görsel olanı, görülebilen ve aynı zamanda iletişimsel ve işlevsel bir amaç içeren şey olarak tanımlamanın bir takım sorunlar ortaya çıkarabileceğini de vurgulamaktadır (Barnard, 2002: s.31). Dolayısıyla kültürel kapsam ile bir misyona ve değerlendirmeye malzeme olan görsel, içinde geliştiği bağlam ve koşullar ile ya da bunların dışındaki etkenlerle yine kültürel problemler için potansiyeller sergileme durumunda olabilir. Burnett'nin ifadesiyle bir imgenin öğelerini ve genel örgütlenmesini yönlendiren uzlaşımlar, kodlar ve kuralları vardır (Burnett, 2007:s.46). Yorumlama ve anlama süreci ile toplumsal ve kültürel pratiğin farklı biçimlerinin başlangıcı ve bitimi olmayınca sonsuz bir döngü ortaya çıkar. İnsan zihninin içinde dolanan hatıralardan ve düşüncelerden bir şekilde bağımsız olan saf bir görme anı yoktur. Bir karmaşıklık ağı, imgeleri zamana karşı ve tarih boyunca ayakta tutar (Burnett, 2007:s.96). İnsana ait bünyevi ve dünyevi bileşke, görsel kültür ve dolayısıyla görsel algının sürecini ve neticesine tesir eden kapsamını yöneten özellikler ile hem donanım hem de kazanım için içerikleri belirginleştirir.

Görselleştirmeler, bilişsel ve duyuşsal sistem bütünlüğünün homojen davranışına yöneliktir. Görsel bilgi ve duyuşsal ilgi korelasyonu, görsel bilgiyi analiz eden milyarlarca beyin neronları ve bilişsel

aktivitelerimizin çoğunda temel bir bileşen olan model bulma mekanizması sağlar (Ware, 2004: s.2). Söz konusu mekanizma içinde dikkat, görsel sistem aracılığıyla belleğe kodlanan görsel bilgiyi, nesnel bilgi özellikleriyle bağlamsal bilgi ilişkisini ortaya çıkarır (Duffy-Kıtayama, 2010: s. 63). Görsel algıyı anlamaya yönelik başka bir yaklaşım ise, göze ulaşan dalgalı ışık modellerinin, herhangi bir fiziksel mekanizmaya atıfta bulunmadan çevremi ya da dünya hakkında bilgi vermek için nasıl işlendiğine dair başka modeller de geliştirmektir (Vicki-Green, 2003: s.77). Görsel iletişimin doğası ve beklentisi “etkileşim” olmaktadır. Yaratılan görüntülerin yüklendiği anlam ve mesajın gayesi iletim olunca, performans olarak karşılığı da etkileşim olmaktadır. Bir iletişim ya da ikna aracı olarak imgelerin başarısı, mantığı aşan ve bilişsel neden kullanımından önceki davranışı oluşturan bilinç ötesine ait formatlardaki bilgiyi sentez etmek için tek bir görsel biliş karakterini örnekendirir. Ancak, kişisel ve kültürel kimliklerimiz için görsel iletişim kadar önemli olan, az sayıda görsel bilgi tüketicisinin bu en temel görsel biliş kavramını bile sezgisel zeka olarak anlamalarıdır (Smith ve diğerleri, 2005: s.219). Söz konusu durum, görsel iletişimin zengin potansiyelini sadece sezgisel zeka ile ilişkilendirip preslenmesini önermez. Aksine insan zekası ve mantığıyla temasın mümkün potansiyellerindeki gücün sezilmesini olanaklı kılar diyebiliriz.

Görüntülerdeki görsel iletişim alanları (Kress-Leeuwen, 1996:166)



GÖRSELİN KÜLTÜRÜ VE KÜLTÜREL ÇÖPLÜK

Oswell, kültürün özünde ekonomik bir değer taşıdığını düşünür ve devamında yaşam şekillerinin ve ticari malların sayesinde kültürel farklılaşmanın da ekonomik değerinin ortaya çıktığını ve toplumun, yaşamın şekillenmesinde ticari dolaşım ve paylaşım bilgisine, hatta aşırı üretilen bilgiye

dikkat çeker (Oswell, 2006: s.165). McFall için ise kültür ve ekonomiyi sosyal ve beşeri bilimlerde en problemli alanlar arasında görülmesi söz konusudur (McFall, 2004: s.62). Kültür ve dolayısıyla görsel kültürün ekonomi ile olan ilintisi, kültürel üretim, tüketim ve yeniden-üretim süreçlerini de kültürel problem alanı olarak görmek ve iletişim ve etkileşimi bu minvalde ele almak gereğini önemli görmek durumundadır.

Kültürel üretimi aslında tüketim olgusuyla koşut değerlendirme alışkanlığına dikkat çekerek ele almak gerekmektedir. Çünkü tüketim, tüketici odağını açılar. Üreticiler ekonominin öznesi değildir. Ekonominin veya kültürel ekonominin öznesi tüketicilerdir. Buradan hareketle kültürel üretim ya da kültürel yeniden-üretimi, tüketim gerekmesi ekseninde “gerekseme üretimi” koşullamasına taşımak gerekmektedir. Atiker’in dediği gibi “ekonomi, tüketicide tüketime yönelik yaşam biçimleri ve dolayısıyla yanlış ihtiyaçlar yaratmak amacıyla kültürü araçsallaştırmaktadır” (Atiker, 1998: 52). Kültürün araçsallaşmasına katkıda bulunan görsel etkileşim gerekmesi, görselin ticari mal fetişizmi ya da meta kategorisinde değerlendirilmesini kolaylaştırmaktadır. Kültürel deformasyonlar ya da dönüşümler için epistemolojik kapsamı da içselleştiren görsel performans, zaman zaman kültürel karamsarlık ve akabinde kültürel çöplük olarak adlandırılan bir bellek bunalımına yol açabilmektedir.

Kültürel çöplük olgusunu konuşmamızı gerektiren unsurlar bir varsayımdan ibaret değildir. Bu durumun müsebbibi bizzat “görsel kültür” olarak adlandırılan çağcıl anlayış ve bu anlayışın yaşattığı yoğun bombardımanın güncel yaşam pratiklerinde normalleştirilmesi gayretidir. Medya üretimleri, reklam endüstrisi ve sosyal medya sayesinde günde 3 bin ile 20 bin arasında görsel üretim ile temas halinde olabiliyoruz. İçi boş görseller bu sayının dışındadır. Böyle bir günlük görsel bombardımanın hem zihinsel anlamda hem de ruhsal anlamda davranış örgütleyen tüm bileşenleri tesir altına alma gücü ile orantılı kapasitesi de emre hazırdır. Durum böyle olunca kültürel çöplüğün alt başlıkları ortaya çıkmaktadır. Bunlardan bazıları, zihinsel çöplük, zihinsel atık, algısal çöplük, kültürel geri dönüşüm vs. olarak gösterilebilir. Bir iletişim ve etkileşim odağından dinamik alan kültür endüstrisi ve görsel üretim mekanizmaları (sanat da dahil olmak üzere) artık “dosyaları boşaltma, resetleme ya da formatlama” tabir edilen eylemlere ihtiyaç duymaktadır. Biyolojik olarak insan kapasitesine dönük orantısız bu yoğunluk için “görsel çöplük” ve dolayısıyla algı psikolojisi için yeni bir “malzeme” merkeze alınmış olmaktadır. O zaman kültürel çöp, kültürel geri-dönüşüm ve buna bağlı algı psikolojisinin yeni bunalımlarına odaklı bir geri dönüşüm mekanizmasının yaratılması ve bu işi görecektir muhtemel ama tek otoritenin sanat olması gerektiği düşüncesini önemsemek gerekmektedir.

GÖRSEL GÜRÜLTÜ VE ESTETİK KİRLİLİK SARMALI

Görsel gürültü, “icabın icadı” gibi bir kavramsal gündemi işaret etmektedir. Aslında görsel için tercih edilen kavram “kirlilik” olmalıdır ancak, kirliliğin yoğunluğu, çeşitliliği ve algı psikolojisi için problem potansiyeli dikkate alındığında “görsel gürültü” olarak adlandırılması olağandır. Yeni kültürel ekolojiler için önemli içeriklerden bazıları olan kent ekolojileri, medya ekolojileri, izole dünyalar ve sınırlı uzaylar için algısal ekolojiler aynı zamanda yeni estetik ekolojileri de açıklamaktadır. Söz konusu ekolojilere muhatap estetikler, klasik estetiğin “güzel” ile olan anlamsal bağını koparmış,

daha parçalı, hızlı ve tüketim odaklı hazza indirgenmiş durumdadır. Bir bakıma “yüce” estetiğinin terkedilmesi ile estetik kaostan beslenen bir kaos estetiğinin ortaya çıkmasının habercisi diyebiliriz. Kitlel manipülasyon ve promosyon ile karakterize günlük estetiklerin hacmine eklenen “kitsh, data, meta, tüketim ve tekno” gibi içerikler ile “hiper, inter ya da anti” vurgusuyla kristalleşen kapsayıcılıkların yarattığı yeni estetik ekoloji, gelecekte daha da hacimli ve obez karakterli, tesirsiz ve anlamsız bir hal almaya doğru yol almaktadır.

Yeni estetik ekolojilerin algı kimyasına tesiri kirlilik, algı fizikselliğine etkisi ise gürültüdür. Böylece görsel kültürel yeni ekolojilerin yarattığı estetikleri besleyen güncel, nesnel ve eylemsel odaklara yönelmek ve konumuzu burada anlaşılır kılarak örneklemek gerekmektedir. Söz konusu ekolojiler içinde yer alan kent uzayı ve buna bağlı ekolojisi, medya ya da yeni medya uzayı ve buna bağlı ekolojisi, reklam endüstrisine bağlı görsel ekoloji ile moda ekolojisi tartışacağımız gürültü ve kirlilik motivasyonları ve görsel çöplüğün vidanjörleri biçiminde tarif edilebilir.

Kent Uzayı ve Ekolojisi

Sanayi devriminin ardından seri üretim, fabrikalar ve işçi kavramlarının ekonomik ve yaşamsal formasyonu içinde sanatsal ve dolayısıyla kültürel formasyonlar da gelişim göstermiştir. Empresyonizm’den fütürizm’e bir çok sanat akımı mensuplarında ve anlayışlarında kent hayatının ve endüstriyel temaların hem teknik hem de içerik olarak tesirler oluşturduğunu biliyoruz. Örneğin “kokuların, seslerin, gürültülerin resmi” diye kısaca tarif edilen fütürizm manifestosunun tümünde kent uzayını, insanların ve sosyal-psikolojisini görmek olasıdır. Urbanizm, şimdiye kadar kent uzayı içinde yaşam koşullandırmasının ve sosyal örüntülerin kalıplaştığı davranışları da örgütleyen bir genel konformizm özelliği sergilemektedir. Bugün için de aynı kalıp söz konusudur. Kendi insicamını günlük yaşam parselasyonlarına gömen kent konformizmi, yine kirli ve gürültüdür. Bina cepheleri, caddeler, sokaklar, plansız ve programsız yerleşimler ve sonradan yerleştirmeler hem mimari hem de tasarımsal anlamda estetiksizleştirilme problemine içerik oluşturmaktadır. Ülkemizin birçok kenti aynı görselliği sergilemektedir. Bir tüketim uzayı olarak kent uzayı, insanların birbirlerinden uzaklaştıkları oranda birbirlerine yaklaştıkları ve kitlel bileşke yaratımına birey olarak katkı sundukları benzerliklerin inşa edildiği yerleşke olduğu gerçeği artık ortadadır. Önemsenme ve öncelenme sıralamasına göre kent görselliğine yönelik operasyonların “kent estetiği kurulları” marifetinden daha kapsamlı yöneylem karakterlerinde müşterek kılınması zorunludur. Kent dekorasyonu, kent kompozisyonu, kent mobilyaları, kamusal alan ve kamusal sanat bağlantılı profesyonellik, estetik yöneylemi de böylece kimlikli kılacaktır.

Reklam

Kültür endüstrisi ile reklam endüstrisi aynı temelden dinamik alan ve kapitalizm ile organik bağı olan ideolojik gerekçesiyle birlikte tartışılma geleneğini şimdi de sürdürmektedir. Reklam çeşitlilik içindeki özelliği, çokluk içindeki tekliği ve hakimiyet içindeki alternatifi ekonomik güç ve meta ilişkisiyle betimleyen acımasız bir tasarım kapsamıdır. Bu açıdan kitleliliği ve örgütlülüğü benimsetmeye gerekçe üretir. Finkelstein’in vurguladığı gibi ticari eğlenceler ile birlikte modern reklamcılık dilsel,

politik, ekonomik ve kültürel engelleri aşan küresel bir iletişim sistemi kurmuştur (Finkelstein, 2007: s.151). Bu açıdan metinsel ikna ve görsel motivasyonun semiyotik yönlendiriciliği hem tarifseldir hem de tarihseldir. Kitlel manipülasyon ve motivasyon için radikal metot ve önermeler sürekli güncellenip keskinleştirilir. Reklam uzlaşımsal kodları tercih eder. Reklam stratejilerinde doğrudan ürüne odaklanmak değil, ürüne olan gereksemeye odaklanmak esastır. Algı psikolojimizi derinden ve hissedilemez şekilde rahatsız eden temel motivasyonlardan biri budur. Stratejik olarak oto-kontrol mekanizmalarını ele geçirip kitlel kontrolü sağlama becerisini dinamik kılar. Yine marka ya da satın alma dürtüsü yerine öncelediği durum, sosyal ve kültürel önermeleri cazip ve sempatik kılmaktır. Kısacası uzlaşımın kamusuna yönelik meşru manipülasyonları meşhur kılmak amacındadır. 2000’li yıllarda günde ortalama 12 saniyede bir reklam mesajına görsel olarak muhatap olan bir insan, 2013 yılında 8 saniyede bir, 2020’li yıllarda ise 5-6 saniyede bir reklam mesajına ve görseline maruz kalmaktadır. Bu durumda günde binlerce reklam imgesi ve mesajını algısal süreçlerimizde işleyip zihnimize depoluyoruz. Beynimizi ve dolayısıyla görsel belleğimizi çöp kovası gibi kullanmaya devam ediyoruz. Yukarıda bahsettiğimiz görsel çöplüğün kültürel çöplüğe dönüşmesinde reklamın gücü yadsınamaz boyuttur.

Medya

Görsel kültürel içeriklerin en yoğun üretimi ve dağıtımı gücüyle son yüzyılın görsel kültürel içeriğine hakim gösterilebilecek bir sosyal gerçeklik olarak her zaman problemlili bir ekolojinin çerçevesini ortaya koymaktadır denilebilir. Günümüzde ekran ile akran tüm nesilleri meşgul ederken günlük yaşam parselasyonlarının önemli kısmını da işgal eden “güç” olarak dikkat çekmektedir. Özellikle teknolojinin tekno-kültür olarak yerleşmesini sağlayan, algı ve duygu dünyamıza ilişkin hassasiyetlerimizi sürekli dönüştürebilen, görselliğin kültürel potansiyellerini geliştirebilen, küresel ve kitlel erişim için engelsiz kılınan ve tüm süreçlerinin ve çıktılarının paraya tahvil olma gücünü elinde bulunduran, gerçeklik sorgulamamızı dinamik kılıp sanal gerçeklik ile gerçek gerçeklik farkını bir ayırıştırma operasyonundan bağımsız gösterebilen hakimiyet timsali olarak tarif etmek yeterli olabilir. Görsel çöplük, kültürel çöplük, algı psikolojisi ve sosyal psikoloji gibi toplumsal problem temellendirmelerinin adresi olarak medya, iletişim ve etkileşimin fütüristik potansiyelini daha şimdiden elinde bulundurmaktadır.

Kellner’e göre medya kültürü, çağdaş bireyler için uygun rol modelleri, uygun cinsiyet davranışı ve uygun stil, görünüş ve imaj görüntüleri sunar. Medya kültürü, kimliğin ve görünüşün yeni kimlik biçimlerinin kaynaklarını sağlar (Kellner, 1995: s.259). Bu anlamda Yeni pazarlar sağladığı ve bireyci bir kültürü teşvik ettiği için, izleyicinin kültürel olarak parçalanmış doğasının kültür endüstrisinin çıkarları doğrultusunda işlediği savunulabilir (Stevenson, 2008:s.162).

Moda

Ambalajlanmış kimliklerin pazarlanmasına ait döngü olarak tarif edebileceğimiz moda olgusu, operatif anlamda planlanan bir eskitme doğallığını hem kültürel hem de mantıksal gerekçelerle inşa edebilme başarısını yüzyıllardır sergilemektedir. Yerelden küresele vasıtalı ve hasılatlı bir kültürel

ekonomi pratiğinin estetik ve sanatsal tezahürünü de içselleştiren bir olgudur. Küresel şablonlar için oldukça müsaittir. Görsel kültür mühendisliğinin en dinamik ve değişken karakterizasyonuna ilişkin pazarı cazip kılar. Moda, gündelik hayatın sıradan faaliyetlerini, ekranı çevreleyen duygusal yatırımı değiştirerek daha ayrıntılı ve karmaşık estetik deneyimlere dönüştüren bir süreçtir (Finkelstein, 2007: s.195). Simmel'in vurguladığı üzere "modanın mekânı metropoldür: izlenimlerdeki, ilişkilerdeki hızlı değişimleriyle, bireyselliği bir yandan yok ederken bir yandan da öne çıkarışlarıyla, kalabalığı ve buna tekabül eden toplumsal mesafesiyle, "hepsinden önemlisi de, modadaki hızlı değişimleri beslemek zorunda olan alt tabakalardaki yukarı doğru iktisadî hareketliliğiyle moda için bir besleme alanı"dır metropol" (Simmel, 2003: s.47). Metropolü besleyen medya ekolojileri ile reklam motivasyonlarının moda için şaşırtıcı hızda teşvikleri ve teşrikleri mevcuttur. Toplumsallığa giden süreçte kitlesel örgütlenme olarak tüketim toplumu vurgusuna Baudrillard; "tüketicinin toplumu aynı zamanda tüketimin öğrenildiği toplumu, tüketime toplumsal bir biçimde alıştırma toplumu; yani yeni üretim güçlerinin ortaya çıkarılmasıyla ve yüksek verimlilik taşıyan ekonomik bir sistemin tekelci yeniden yapılanmasıyla orantılı yeni ve özgül bir toplumsallaşma tarzını şekillendirmektedir" diyerek, tüketimin moda kodlamaları vasıtasıyla toplumsallaşmasını tartışmaktadır (Baudrillard, 2012: s.87). Modanın kültürel anlamı, kitlesel uzlaşımın ve kamusal benimsemenin sorgusuz ve engelsiz süreçleriyle ilgilidir. Pazarlama stratejileri burada da görev başındadır. Pazarlama kültürü, bireysel istekleri boyunca sürüklenmek için kişisel dizginlenmeden bağımsız olan, bir araya gelen halkın toplumsal algı tarafından üzerine modellendirilen "gerçek"in bozulmasını ayrıştırırken hariç tutulan tahrik edici ama güvenli seyirci olarak kalabalıkların oluşmasına bağlıdır (Jencks, 1993: s.198). Modanın sınıfsal ayrımlar için çok çeşitlilik potansiyeli, toplumsal ayrışma ve kimlik ile özdeş moda trendleri ve estetikleşme süreçlerini besleyebilecek yeni dağınık motivasyonları, geçmiş ile kıyaslandığında daha da psikolojik değerlendirmelere maruz kalmaya zemin hazırlamaktadır denilebilir.

SONUÇ YERİNE YA DA OKURYAZARLIK SORUNSALI

Görsel Kültürel potansiyel ihtiva eden yeni ekolojiler dışsal ve içsel diye ikiye ayrılabilir. Dışsal olan üretime ilişkin gerekçelerin nesnelleşmesi, içsel olan ise tüketime dönük gerekseme üretiminin öznelleşmesidir. Aynı durum estetik için de geçerlidir. Tarihsel olarak da objektif estetik ile subjektif estetiğin mücadelesinin bugüne ait hulasası, objektif tesirin yarattığı subjektif bunalım olarak değerlendirilebilir. Tüketim ve özellikle görsel tüketimin bazı başlıklarını yukarıda ortadan bakarak tartıştık. Bu bakış açısından çıkaracağımız sonucun bize sunduğu tablo olarak görsel gürültü ve estetik kirlilik potansiyellerini haiz durumları saptamak yerine onların ortamlarını açıldık. Çünkü bireysel ya da kitlesel reaksiyona ihtiyaç duyduğumuzda çalacağımız kapı sanat ve sanatçıdan çok eğitim olacaktır. Pedagojik kapsam içinde metodolojik değerlendirme için önerilebilecek müfredat, donanım ve davranış içeriği; "okuryazarlık"tır. Adına ister görsel okuryazarlık deyin, ister kültürel okuryazarlık deyin, ister sanatsal okuryazarlık deyin hatta sağlık okuryazarlığı deyin, durum değişmeyecektir. Tüm donanımların açtığı kapı, aynıdır. Şüphesiz ki, görüntülere ve görsel tasarıma dayalı yeni bir okuryazarlık, kültür gerilemesine işaret eden bir tehdit olarak ve böylece kısmi

olarak, tutucu ve hatta tepkisel sosyal gruplaşmalar için güçlü bir sembol ve toplanma noktası olarak görülebilir (Kress-Leeuwen, 1996: s.34).

Motivasyonlar öncelikli olarak algıyı etkiler. İnsanların bildiği dünya, içinde hareket ettikleri dünya ve eylemlerinin dayanakları, algılar aracılığıyla edindikleridir (Seeing, 2010: s.98). Buradan algısal deneyim ortaya çıkar. Motivasyonların hedefi, nesnesi, süreci ve sonucu bir bakıma algısal sağlığımızla ilgili içerikleri gündeme getirir. Bu aynı zamanda tüketim kültürünün de problemi olmaya başlar. Çünkü tüketim kültürünün romantik otantikliği ve bir kimsenin başkalarını değil de, narsise özgü bir şekilde kendisine hoşnut kıldığı bir duygusal doyumu öneren rüyaları, arzuları ve fantezileri tahkim eden imajları, göstergeleri ve simgesel malları kullanması söz konusudur (Featherstone, 2005: s. 58). Wernick'e göre tüketimci yaklaşım, tamamen metalaşmış bir ontolojide yansıttığı öznelliğe esir düşer. Olmak, sahip olmaya, muhtaç olma arzusuna indirgenmiştir... Tatmin daima bir nesne ya da programlanmış bir deneyim dolayısıyla gelir ve kaçınılmaz olarak bir bedeli vardır (Wernick, 1996:s.63). Tüketim, Postmodern dünyada kimlik yaratma sürecinin tamamlayıcısı haline gelir; merkezinde fikirlerin ifade edilmesi ve anlam yaratma olduğu için sembolik hale gelir. Bu bakış açısına göre, kişiler satılık olan belirli tarzlara kendilerini uydurmazlar; bunun yerine, kendi kimlik duygularını yaratmak için , kendi tarzlarını ve kimliklerini aktif olarak pazarda satılanları uygun hale getirerek, değiştirerek ve kişiselleştirerek (de Certeau, 1984) meydana getirirler (Sandlin,J.-McLaren, P., 2009: s. 5) .

Nihayetinde “görsel gürültü ve estetik kirlilik sarmalı” ile görsel kültürün temel bir problemini öne çıkarmaya çalışıyoruz. Söz konusu sarmalın algı psikolojimizi olumsuz etkileme potansiyelini de tartışmasız değerlendirebiliyoruz. Bu sağlık kapsamlı problematik için reaksiyon, savunma ya da direnç mekanizmalarına ilişkin donanımları, “okuryazarlık donanımları” olarak görüp önemsemeyi önceliyoruz. Çünkü yeni okuryazarlıkların bir anlamda bir temizlik operasyonu biçiminde rolünü benimsiyoruz. Görsel kirlilik gözü rahatsız eder. Görsel gürültü ise tüm algılarımızı ve zihnimizle birlikte ruhumuzu rahatsız eder. Okuryazarlık sayesinde ayırttırma, temizleme, yok etme ya da geri dönüştürme gibi işlemleri sanatsal ve estetik amaçlar içinde kullanabiliriz. Bunun için de hem sağlık kurumsallığının hem de eğitim ve sanat kurumsallığının müşterek ve disiplinler davranışları müfredat kapsamına taşınması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. Atiker, Erhan. (1998). Modernizm ve Kitle Toplumu, Vadi Yayınları, .Ankara.
2. Balcetis, E.-Dunnin, D. 2010. “Wishful Seeing: Motivational Influences on Visual Perception of the Physical Environment”, ss.77-101. . Edt. Emily Balcetis- G. Daniel Lassiter, Social Psychology of Visual Perception, Psychology Press, NewYork-Hove
3. Barnard, Malcolm. 2002. Sanat, Tasarım ve Görsel Kültür, (Çev. Güliz Korkmaz), Ütopya Yayınları, Ankara.
4. Baudrillard, Jean. 2012. Tüketim Toplumu, (Çev: Hazal Deliceçaylı-Ferda Keskin), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.

5. Burnett, Roy. 2007. İmgeler Nasıl Düşünür?, (Çev. Güçsal Pular), Metis Yayınları, İstanbul.
6. Duffy, Sean-Kitayama, Shinobu. 2010. "Cultural Modes of Seeing through Cultural Modes of Being: Cultural Influences on Visual Attention", SS.51-75. Edt. Emily Balçetis- G. Daniel Lassiter. 2010. Social Psychology of Visual Perception, Psychology Press, New York-Hove.
7. Featherstone, Mike. 2005. Postmodernizm ve Tüketim Kültürü, (Çev: Mehmet Küçük), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
8. Finkelstein, Joanne. 2007. The Art of Self Invention Image and Identity in Popular Visual Culture, I.B. Tauris Publ., London-New York.
9. Jenks, Chris. 1993. Cultural Reproduction, Published in by Routledge London.
10. Kellner, Douglas. 1995. Media Culture (Cultural studies, identity and politics between the modern and the postmodern) , Rotledge, London-New York.
11. Kress, Gunther – Leeuwen, Theo van. 1996. , Reading Images - The Grammar of Visual Design, USA and Canada: Routledge.
12. McFall, Liz. 2004. Advertising a Cultural Economy, Sage Publications, London.
13. Oswell, David. 2006. Culture and Society, Sage Publications, London.
14. Sandlin, Jennifer A. , McLaren Peter 2009. Critical Pedagogies of Consumption: Living and Learning in the Shadow of the 'Shopocalypse ', Routledge Taylor & Francis Group , New York.
15. Simmel, Georg. 2003. Modern Kültürde Çatışma, (Çev. Tanıl Bora- Nazile Kalaycı- Elçin Gen), İletişim Yayınları, İstanbul.
16. Smith, Ken ve diğerleri. 2005. Handbook Of Visual Communication-Theory, Methods, And Media United States of America: Lawrence Erlbaum Associates.
17. Stevenson, Nick. 2008. Medya Kültürleri Sosyal Teori ve Kitle İletişimi, (Çev: Göze Orhon, Barış Engin Aksoy), Ütopya Yayınevi, Ankara.
18. Ware, Colin. 2004. Information Visualisation, Morgan Kaufmann Publishers, Amsterdam- Boston.
19. Wernick, Andrew. 1996. Promosyon Kültürü, (Çev. Osman Akınhay), Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara.
20. Vicki, Bruce-Green, Patrick R. 2003. Visual Perception, Psychology Press, Hove and New York.

DİJİTAL MANİPÜLASYON, DİJİTAL GÖRSEL, KÜLTÜR VE METaverse BAĞLAMINDA DİJİTAL KİMLİKLER VE GERÇEKLIK ALGISI

Prof. Dr. Suzan Duygu Bedir Erişti

Anadolu Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Güzel Sanatlar Eğitimi Bölümü, Eskişehir, Türkiye
sdbedir@anadolu.edu.tr

Özet:

Sanal, artırılmış ve karma gerçekliğe dayalı bir yapı içinde bütüncül olarak var olma ile doğrudan ilintili bir kavram olan Metaverse, günümüzde ve yakın gelecekte çok farklı disiplini söz konusu ortam içerisinde var olmaya yönlendirmektedir. Teknoloji önderi birçok yapının yakın gelecek stratejileri de bu yönlendirme sürecinin kanıtı niteliğindedir. Dijital görsel kültüre dayalı var olma, varlığa ilişkin kanıt ortaya koyma ve haklar ise günümüz dijital medya bombardımanının bir sonucu olan dijital obezite için alternatif bir yol olarak dikkat çekmektedir. Dijital kimliğin biricikliği ile birlikte yeni gerçeklik içerisinde sahip olduğu temsil gücü, manipülasyon kavramını yeniden tanımlama gereğini beraberinde getirmektedir. Ayrıca bireylerin dijital olarak gerçek bir kimliğe sahip olması ve dijital görsel ileti süreçlerindeki her ileti biçiminin sahiplik hakları, dijital kıtlık kavramını karşımıza çıkarmaktadır. Bu noktalardan hareketle dijital manipülasyonun değişen uzantıları ve dijital görsel kültüre yansımaları yeni gerçeklik algısı çerçevesinde yorumlanacak ve görsel iletişim sürecinde dijital obezite ve dijital kıtlık kavramlarına dayalı olarak sorgulanacaktır.

GİRİŞ

Metaverse kavramına dayalı genişletilmiş gerçeklik algısı hem sanal ortam hem de deneyim tasarımına dayalı teknolojiler çerçevesinde aktif bir sanal yaşam deneyimi sunmaktadır. Deneyim kavramına dayalı görsel ileti yapılanışı, bireylerin ortama dayalı varlığı ve somutluğu görsel iletişim sürecini yeniden tanımlamaktadır.

Metaverse kavramını günümüzde manipülasyondan bağımsız düşünmek olası değildir. Manipülasyon kavramının yüzyıllardır sosyo-kültürel iletişim süreçlerini yapılandığı düşünülüğünde yeni gerçeklik ile karşımıza çıkan Metaverse sistem içerisinde karşılık bulması kaçınılmazdır. Sanat ve tasarım bağlamında görsel iletiler söz konusu olduğunda sanatçıyı ve izleyiciyi çok yönlü etkileşime maruz bırakan bir yapıdır.

Görsel iletilerin ve manipülasyona dayalı yeni gerçekliğin sorgulanması öncesi görsel iletilerin yapılarına bakıldığında karşımıza öncelikli olarak hikayeler çıkar, zaman zaman iletilen ve iletilmeyen gerçeklikler vardır ya da ortam ve koşullar ile algılama süreçlerini dönüştüren, kimi zaman da çeşitliliği içinde kaybolunan bir kaos ile tanımlanabilir bu yapı; görülmeyen, fark edilmeyen, öne

çıkan ya da geri planda kalanlar aslında gerçekten algıladığımız ile algılatılan arasındaki boşluğun nasıl doldurulduğu ile ilgilidir.

Teknolojik devrimle birlikte yaratma sürecinde de dönüşümler karşımıza çıkar. Birlikte yaratma, etkileşimli yaratma, birlikte değer yaratma, çoklu eleştirel sorgulayıcılık ile yaratıcı dinamikleri zorlama sanatçı ve tasarımcı özneliğini işbirlikli, rizomatik, kamusal alan açılımlı, dijital bağlamlara açık yeni bir profile dönüştürdü. Bu profil metaverse kavramına dayalı yeni gerçeklik ile de çok yönlü olarak örtüştü. Çünkü eleştirel sorgulayıcılığın öznel dinamikleri sosyal etkileşim dinamikleri ile kesişti, bağlantıda olmak ve bağlantılar kurmak kavramsal olarak yaratıcı potansiyele ilişkin süreçlerin merkezini oluşturdu. Süregelen ve sürdürülmesi gereken ve adına yaşayan sorgulama dediğimiz yapı içerisinde farklı yeterlikler karşımıza çıktı. Derinlemesine konu alanı yeterliği ile birlikte sanal olarak konforlu alanlardan çıkacak yeni yeterliklere sahip olmak gerekli hale geldi. Spekülatif, kışkırtıcı, harekete geçirici ve provokatif bakış açıları yüzyıllardır olmadığı kadar öne çıktı. Meta-bilişsel yaklaşım gösterme, güç ilişkilerini sorgulama, sanal ortam retoriğini etkili anlama ve yapılandırma da bu yeterliklere ilaveten karşımıza çıktı.

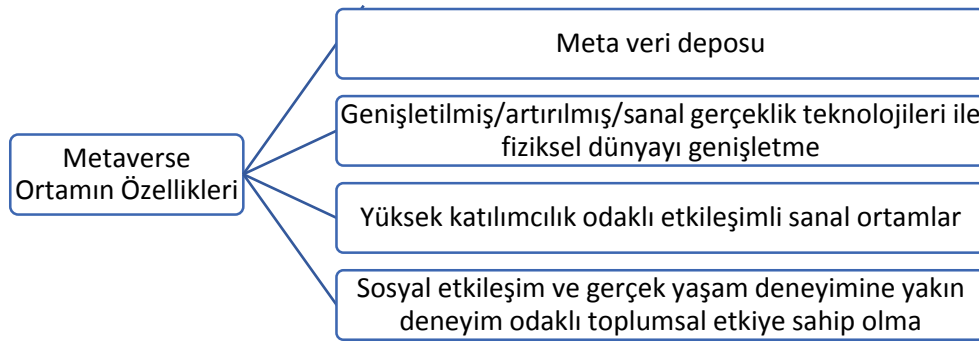
Metaverse ortamda Deleuze ve Guattari'nin (1987) rizom olarak betimlediği bağlamdan temellenen bir oluş söz konusudur. Bu noktada oluşu harekete geçiren rizomatik ilişkisellik değişken, dönüşen, anlamsal olarak iç içe geçen farklı anlamların sorgulandığı bir süreci olanaklı hale getirir. Geçmişte sanatsal üretim süreçlerindeki fiziki topluluklar, akımlara öncülük eden sanatçıların birliktelikleri günümüzde yeni gerçeklik içinde evrilerek oluşu yapılandıracak sanat ve tasarım toplulukları yarattı. Temelde sanatçılar bir boşluk içinde yaratmazlar. Çalışmaları zorunlu olarak başkalarının çalışmaları ile ilgilidir ve kavramsallaştırılması birbirine bağlı topluluklar içinde gerçekleşir. Bir anlam başka bir anlamla örtüşür, kesişir, ilişki kurar ya da o anlamı reddeder, karşı çıkar, besler, parçalara ayırır ya da bütünleştirir. Yani anlam tekil değildir, akışkandır, çok yönlüdür. Birbiri ile bağlantılı fikirlerin karmaşık çokluğu içinde ilişkiselliğe dayalı farklı anlamları yorumlamayı benimser. Bir başlangıç ya da bir son yoktur, her şey başka bir şeyin ortasından ilerleyebilir (Deleuze & Guattari, 1987). Sorgulama sürecindeki bu dinamik hareket, özgür alanlar, çokluk ve sürekli değişim odağı değiştirir, anlamlandırma sürecinde üretken bir yapı oluşturur. Bu noktada anlam yaratmaya dayalı sorgulama akıcı, esnek, yeniden üreten ve eğlencelidir. Sorgulama sabit bir yapıda değildir; adına oluş denilen, süreç içeren, nesnelerle, olaylarla ve koşullarla bağlantı kurulan yaşayan bir sorgulamadır.

Kavramsal Olarak Metaverse ve Dijital Görsel Kültür Temelinde NFT'ler

Metaverse'i kelime olarak ilk duyduğumuz ve Neal Stephenson'un Snow Crash romanındaki Avatarlar arası etkileşime dayalı bir evreni tanımladığından bu yana teknolojinin kapsadığı olasılıkların çeşitlenmesi ile gerçekleştirilebilirlik arasında güçlü bir ilişki oluştu. Sanal gerçekliğe, karma gerçekliğe ve artırılmış gerçekliğe dayalı teknolojiler ile sanal dünyanın gerçeklik algısına ciddi ölçüde yaklaşması, yeni gerçeklik içindeki deneyim kavramı üzerinde yeniden düşünülmesini gerekli hale getirdi (Stephenson, 1992; Plechata, Makransky & Böhm, 2022). Duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal tepkilere dayanan fenomenler yaşamak olanaklı hale geldi. Farklı perspektiflere

dayalı kimliklerin üstlenilmesi empatiyi ve iletişim sürecinde öteki kavramını gerçekçi bir biçimde deneyimlemeyi sağladı. Yeni gerçeklik algısına dayalı deneyim içerisinde retoriğe dayalı ilişkiselliğin öne çıktığı vurgulanabilir. Ayrıca göstergeler ve kanıtların dijital bir simbiyoz ile yapılandığı diyalojik ve melez bir yapı söz konusu olduğu için etkileşimin çok yönlülüğü de bu ortamı tanımlayan bir diğer noktadır.

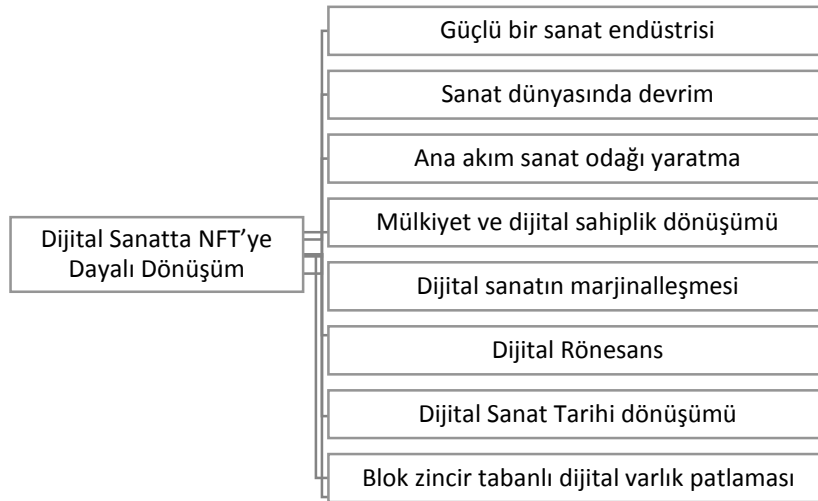
Metaverse bir anlamda fiziksel ve sanal dünyanın entegrasyonu ile birlikte giyilebilir teknolojiler ile birlikte blok zincir teknolojisine dayalı dijital veri tabanı ve avatarları kullanan post-modern internet olarak tanımlanabilir (Lee ve diğerleri, 2021). Bu süreçte gerçekliğin ve sanallığın iç içe geçtiği bir belirsizlik ve gözetim olası problemlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte eleştirel kuram ve post-modernist bakış açısı ile Metaverse ortamı fenomen olarak incelemek olasıdır. Çoklu katılım ve etkileşimin ve gerçeğe yakın avatar temsillerin süreçte olduğu düşünüldüğünde gözetim toplumunun (Foucault, 1975) yüksek denetim ile karşımıza çıktığı yüksek teknoloji bir tehdit mi yoksa kimi sınırları kullanıcının belirleyebileceği yeni olasılıklar içeren yeni bir oluşum mu? sorusunu yanıtlamak gerekir. Sanal dünya içerisinde sosyal etkileşim ve deneyim hayatımıza Second Life, Fortnite, Roblox, Zepeto gibi etkileşimli platformlar ile girdi ve bu platformlar Metaverse evrenin öncüleri olarak karşımıza çıktı (Park ve Kim, 2022; Ludlow ve Wallace, 2007). Ancak bu platformlar ve avatarlar kendi veri tabanları ile sınırlı olup bağımsız bir evren niteliği taşımamaktaydı. Metaverse avatarları ise çoklu sanal dünyalar arasında gezinebilen ve bu sanal ortamların veri tabanına erişim olanağına sahip bir kimlik ortaya koymaktadır. Bu kimlik daha doğal bir çevre, etkileşim ve sosyal değer yaratabilir hale geldi (Şekil 1). Çünkü bireylerin sanal temsilleri gerçekle yakınlı, gerçek dünyaya benzeşiklik öne çıktı. Bu benzeşiklik gerçek dünyanın kopyası değil kendi sosyal anlamını yaratan ve yeniden tanımlayan bir ortam oluşturdu. Bu ortam gerçekliğe dayalı sanal öğelerle genişletilmiş yeni bir dünyadan oluşmaktadır (Choi ve Kim, 2017).



Şekil 1. Metaverse Ortam

Metaverse ortamın çok yönlülüğünü karmaşıklık kuramına dayalı olarak açıklamak olanaklıdır (Chris Langton, 1990). Gerçek dünyanın uygulamaya dayalı, öngörülmezliği sorgulayan, doğrusal olmayan, döngüsel, çoklu neden-sonuç ilişkisi temelinde düzensizlik ve düzenin iç içeliğini kabul eden ve buna dayalı olarak uyarlanabilir ve adapte olan, küçük değişimlerin beklenmedik sonuçlarını öngören, sorun çözümünde yaratıcı müdahaleyi gerektiren, politika üreten, kaynakları ve çözüm önerilerini çok

yönlü ilişkilendiren, çözüm üretmede tek boyutlu neden-sonuç ilişkisin eleştiren ve çoklu boyutları işe koşan bir yapı temel olarak Metaverse karmaşasını açıklamaktadır. Gerçek dünyada olduğu gibi hiçbir oluşum doğrudan değildir, çok yönlüdür ve çoklu bileşenlerin etkileşimine dayalı olasılıkları içerir. Bu durum söz konusu olduğunda bu karmaşık yapı içinde var olmak deneyimin gerçekliği üzerine kurgulanır. Kurgusal düzey kuramına (Rogers, 1975) dayalı olarak zamansal, mekansal veya sosyal olarak yakın olayların somutluğu ve uzak olayların soyutluğu göz önünde bulundurulduğunda 'orada olma' hissine dayalı olarak deneyimi beslemektedir. Yeni gerçeklik içinde fiziksel var oluşun yapılandırılmasına ilişkin olanaklar, öznel var oluşa ilişkin olasılıklara sahip olma ve sosyal var oluşa dayalı etkileşimler yapılandırma sanal kimlik deneyimini gerçeğe yaklaştırmaktadır (Toon, 2012). Kurgusal ortama ilişkin yanılsama, öznel temsiliyet gücünün ortaya konulması ve algılanışa ilişkin gerçekliği yapılandırma yeni gerçekliğe dayalı Metaverse evren içinde birey kimliğini yapılandıran noktalardır. Sanat ve tasarım bağlamında 2014 yılından bu yana hayatımızda olan NFT (Non-Fungible Token/Nitelikli Fikri Tapu) ise kavramsal olarak benzersiz dijital varlığa gönderme yapmaktadır. Takas edilemez bir belirteç olan NFT'ler kriptografik olarak benzersiz, ayrıştırılamaz, belirli bir varlığı temsil eden, yeri doldurulamaz ve doğrulanabilir güvenlik alanı yaratan blok zincir teknolojisidir (Şekil 2). Günümüzde NFT'lerin büyük çoğunluğu Ethereum blok zinciri üzerine inşa edilmektedir. Bu nedenle Ethereum bir belirteç olarak akıllı sözleşme ortaya koyar. Bu akıllı sözleşmeler dijital varlıklara önceden belirlenmiş kurallara göre hareket alanı tanır ve dinamik hale getirir. Dijital varlığı üreten ve alan arasındaki akıllı sözleşme kod satırlarına yazılan ve değiştirilemez kodlar ile garanti altına alınan bir yapıdır (Valeonti ve diğ.,2021).



Şekil 2. Dijital Sanatta Dönüşüm

Dijital görsel iletiler için öne çıkan en temel bağlam birbirinin yerine geçememektir ve bu temelde benzersiz tanımlayıcı kodlara sahip olmaları ile olanaklı hale gelmektedir. Yani her görsel iletinin ve dijital sahipliğin ya da kimliğin temelde tek bir karşılığı vardır. Aynı zamanda çevrimiçi alınıp satılmak yani ticari değer yaratmak üzerine kurgulanmış ve yatırımı sonsuza kadar değiştirmiştir. Alıcı orijinal öğeye sahip olmakta; alan ve satan her şekilde korunmaktadır. Çünkü sahiplik kanıtı ve

kalıcı kimlik doğrulaması ile görsel iletinin sanat ve tasarım bağlamında değer yaratan bir kavramın dijital sahiplik haklarını elinde bulundurur ve bu haklar içerik ne kadar kopyalansa da ya da yeniden üretilse de o içeriğin sahiplik haklarını elinde bulundurmamak söz konusu olduğu için temel olarak kopya ya da yeniden üretim teknik olarak olanaklı değildir. Aynı zamanda sanatçı/tasarımcı ya da koleksiyoner olarak değiştirilemez dijital imzaya sahip olmak sanat ve tasarımı ciddi ölçüde koruyan ve araçları elimine eden bir yapıdır. Metaverse ortamda sınırsız kullanıcı vardır. NFT kullanıcısına bakıldığında kimlikler alan, satan ve görüntüleyen bağlamlar ile yapılır. Kullanıcının sahiplik geçmişi, güvenlik ve hakları koruma altına alır. Ortam olarak baktığımızda merkezi bir ağ söz konusu değildir. Rizomatik bir ilişkisellik ile iletişim yapılandırılabilir ve ayrıca güncel sanat ortamına yeni giriş yapan sanatçılar için olası riskler ve sınırlılıklar bu ortamda söz konusu değildir. Sosyal network için araçlara gereksinim yoktur. Her sanal kimlik eşit değer kazanma haklarına sahiptir. Dijital bir yer edinmek ya da dijital içeriği toplama yolu sanal kimliğin yeni gerçeklik içinde var olması ile orantılıdır. Oldukça geniş bir ağ yapısı içinde güçlü bir PR yaratmak ve olası müşteri yakalamada güçlü etki yaratmak da var olma mücadelesinin önemli noktalarıdır (Tablo 1).

NFT'ler ve Metaverse Ortamda Sanatçı Hakları	Sanatçıya dijital eserlerin sahipliğini verme
	Sanatçıya açık ve merkezi olmayan sanat endüstrisi erişim olanağı sunma
	Sanat dünyasının dışlayıcı, yavaş hareket eden kurumlarını aradan çıkarma
	Sanat dünyasının dijital sanat önyargısının önüne geçme
	Dijital sanat direncini kırma
	Dijital sanattan gelir elde etme yolu
	Sanatı paylaşmak
	İzleyici ile bağlantı kurmak ve bağlantıda kalmak
	Dijital sanat endüstrisi içinde PR ve kariyer olanağına sahip olmak
	Koleksiyonerlere erişimde sanat ortamı subjektifliğini ortadan kaldırma
	Sanat eserlerini olasılık ve olanakları zorlayarak sergileme ve paylaşma
	Sanatçıya yaşayan ve sürdürülebilir telif hakkı sunma
	Kalıcı telif hakkı tahsis
	Gelecek vadeden sanatçılara değer verme
	Ethereum blok zincirinde NFT basmak ve aktarmaya dayalı akıllı sözleşmeler
	Dijital sanat için sürdürülebilir gelecek

Tablo 1. Sanatçı Hakları

Teknik olarak Metaverse ortamın NFT'ler açısından sunduğu olanaklar dijital veri görselleştirme, büyük veriyi yorumlama, yapay zekayı işe koşma ve çoklu gerçeklik etkileşimi olarak sıralanabilir. Veri görselleştirmede metin, ses, görüntü ya da çoklu veriye dayalı görselleştirme olasılıkları söz konusudur. Büyük veriyi yorumlama temelde görsel kodlama beraberinde üretken ve kendini yenileyen bir sanat üretimine dönüşmektedir. Yapay zeka bağlamında algoritmik yapının, makine öğrenmesinin ve yapay zeka olasılıklarına dayalı içeriğin işe koşulması çok yönlü bir iletişim ağını temellendirmektedir. Yeni gerçekliğin barındırdıklarına bakıldığında ise öncelikle yeni gerçeklik

algısı yaratan bir çoklu gerçekliğin işe koşulmasının gerekliliği öne çıkar. Yani sistemsel olarak sanal, artırılmış ve karma ve genişletilmiş gerçeklikler yeni gerçekliğin sınırlarını her geçen gün farklı bağlamlarla artırmaktadır. Olası gelecekte ise henüz tam olarak karşımıza çıkmayan politik bağlamlar, toplumsal-kamusal alan açılımının genişlemesi, sosyal dönüşüm gücünün ve etkisinin yapılanması, sanatsal üretim ve tüketimde devrim ve sanat tarihinde dönüşüm yaratacak bir yapı karşımıza çıkacaktır.

Görsel iletişime dayalı sorunlar bağlamında öne çıkan nokta ve günümüzün önemli etik problemlerinden biri ise manipülasyona dayalı dijital obezite ve devamında gelen sorunlardır. Bu noktada yeni gerçeklik algısı içindeki dijital sahiplik haklarının değeri öne çıkar. Çünkü dijital varlığa sahip olmanın değeri aynı zamanda sanal ortam içindeki gerçekliği yapılandırmada gerçek veriler üzerine şekillenir ve dijital varlığa dayalı ağ oluşturmak olasıdır. Bu durumu şu şekilde açıklamak olasıdır. Hayatımıza onlarca yıl önce giren Avatar ya da sanal kimlikler kavramına odaklanmakta fayda vardır. Geçmişte sahip olmadığımız dijital varlık ve sahiplik hakları bireylere birden çok farklı kimlik yaratma olasılığı sunmaktaydı. Yani evet sanal bir gerçeklik vardı ancak bu gerçeklik karşımıza hayali ya da olmayan kimlikler ile çıkmaktaydı. Dijital sahiplik hakları birey olarak gerçek dünyada sahip olduğumuz kimliklerimiz ve varlığımızı sanal ortamda garanti altına alan bir yapıdır. Yani kurgusal olarak yarattığımız Avatar yeni gerçeklikte bizi gerçekten temsil eder hale gelmektedir. Bu ciddi bir dönüşüme işaret etmektedir. Çünkü dijital varlığınız olması, o varlık üzerinden sosyal ağ oluşturmak ve dijital varlık ile değer yaratabilir olmak yeni gerçeklik içerisindeki iletişim sürecini yeniden yapılandırmaktadır. Dijital varlık olmayan iletilerin sahipliğinin olmaması durumu söz konusudur. Yani bizim yeni medya temelinde maruz kaldığımız milyonlarca görsel ileti yeni gerçeklikte sahiplik ortaya koymadığı sürece varlık da ortaya koyamaz. Bu durum devamında dijital çöplük kavramının dönüşümüne zemin hazırlamaktadır. Dijital varlığın olması, dijital varlığa dayalı hakların ve etik çerçevenin netleşmesi anlamına gelmektedir. Bu durum dijital obezite için önemli bir çıkış noktası iken dijital kıtlık dediğimiz kavramı da beraberinde getirmektedir. NFT'lerin temelde dijital sanat bağlamında kıtlığa odaklandığını söylemek olasıdır.

Dijital obezite kavramına tekrar değinmek gerekirse sosyal bireyler olarak dijital dünya içerisindeki davranışlar ve sosyal etkileşim ile sahip olunan sanal kimliklerin davranışları karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir. Bu etkileşim ağı içinde gerçekliklerin manipülasyonu bireyleri ve kitleleri ciddi ölçüde dijital obezite kavramı ile karşı karşıya bırakmaktadır. Ancak birincil ve gerçek bir dijital varlık olarak yeni gerçekliğe dayalı dijital dünyada var olmak, davranışların ve iletişimin sorumluluğunu almak, gerçek deneyimlere izin vermek, etik ve ahlaki çerçeveyi toplumsal bağlam ile yeniden yorumlamayı gerekli hale getirmek şeklinde sıralanabilecek birtakım durumları da beraberinde getirir (Odgers & Jensen, 2020; Orben, Weinstein, & Przybylski, 2020). Bütün bunların sonucunda da manipülasyon kavramı gerçek dünyada olduğundan farklı olmayan bir çerçeve ile karşımıza çıkar. Yüksek sosyal mevcudiyet olumlu davranış değişikliğine yol açar (Bandura, 1977). Dijital sahiplik hakları ya da kimlikler ile ortaya konulan Metaverse dünyada öznel olarak var olmaya dayalı başarı deneyimi kişinin öz yeterliği ile de ilişkilidir. Çünkü gerçekten bir kimlik vardır ve bu kimlik öznel mücadele

ile ortamda var olmaktadır. Sanal benlikleri olumlu etkileyen, bu benliklere iyi gelen deneyimler gerçekleştirmek de olası hale gelmektedir. Ayrıca dijital sahiplik haklarının bireylerin diğer bireylerin bakış açısına yönelik deneyimlerini yakından algılamalarına ilişkin bir olasılık ortaya koyduğu da düşünüldüğünde sosyal etkileşimlerde ve iletişim sürecinde bireylerin bireylere tutumunu yeniden yapılandırabilecek bir potansiyel yaratır.

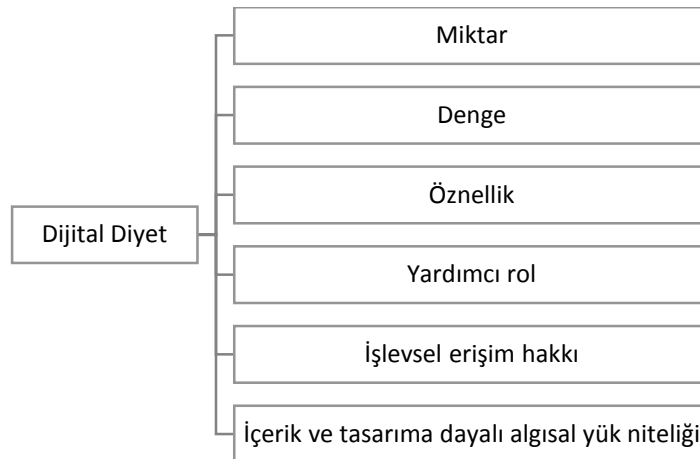
Dijital obezitenin manipülatif ve görsel yoğun dijital medya teknolojilerine dayalı ileti dünyasında çok fazla veriye maruz kalmak ve maruz kalma durumunun bireyin öznel bakış açısı ile birlikte yaşamsal süreçlerine olumsuz yansısı olduğu düşünüldüğünde, dijital ortam içerisinde daha sistemli bir takım yapısal stratejiler önemlidir. Dijital ortam iletilerine sürekli maruz kalmak, seçici ve ayırdedici dikkat işe koşmamak, odak alanı yaratmamak, işlevsel bağlamlar yapılandıramamak olarak sıralanabilecek dijital obezite bireyi günlük yaşam aktivitelerinden alı koyup fiziksel ve psikolojik sağlıkla ilgili olumsuz birçok yansıma ile karşımıza çıkmaktadır. (Livingstone & Bulger, 2014; Orben & Przybylski, 2019) (Şekil3).



Şekil 3. Dijital Obezite Bağlamları

Dijital obezite günümüzde dijital diyet ile birbirine bağlı bir kavramdır. Dijital obezitenin en temel göstergesi olan ekran süresi ve maruz kalma (Kaye ve diğ., 2021; Meier & Reinecke, 2020). beraberindeki problemler dijital teknolojinin türü, teknoloji kullanıcısının dijital kimliği, kullanıcının motivasyonları, sosyo-kültürel bağlamı ve çevresi gibi faktörlerle genişlemeye devam etmektedir. Ancak bir taraftan da dijital teknolojiler sosyo-kültürel yaşamın birçok yönüne aracılık eden bir akışı da içermektedir. Bu akışı kurgusal olarak sistemli ve yaşamsal süreçleri olumsuz etkilemekten uzak hale getirmek noktasında dijital diyet yaklaşımı önem kazanır. Dijital diyet, teknolojilerin sistematik

kullanımı bağlamında bir metafor olarak ele alınmakta ve teknolojinin olumsuz yansımalarına ilişkin araştırma gerçekleştirilen araştırmacılarca da tanınmaktadır (Brewer, 2021). Dijital diyet temelde dijital teknoloji kullanımı ile ilişkili sağlıklı ve sağlıksız kavramına odaklanmaktadır. Yani dijital teknolojilerin tamamen reddetmek yerine işlevsel kullanma gereksinimi doğar; örneğin mobil cihazlar üzerinden belli bir süre okuma yapmak ile o süre zarfından kullanmak arasında fark vardır. Bu fark birey üzerinde farklı etkiler yaratır ve bu noktada ekrana maruz kalma ya da maruz bırakılma ya da ekran süresi dijital diyet kavramına dayalı olarak tartışılması gereken bir noktadır. Ancak elbette sürenin artması içerik ne olursa olsun bir sorun durumudur. Dijital teknoloji kullanımında bir denge gözetmek de önem taşır ve bu denge kavramı yine bütüncül olarak teknoloji ile etkileşimi içermelidir. Bu bütüncül bakış açısı hem işlevsel hem sosyal hem de bireysel bütüncül maruz kalmaları kapsar. Tek bir türe ya da amaca odaklanmak araştırmacılara çoğu zaman sınırlı veri sunmaktadır. Bir de öznel bağlamda hangi teknoloji türünün hangi bireye yansımaları olduğunu sorgulamak gerekir. Öznel deneyimler, bilişsel yaklaşımlar, çevresel uyaranlar ile dijital maruz kalma arasında çoklu değişkenler bağlamında çok farklı öznel ilişkilerin olması olasıdır. Bireyin öznelliğinin gerekleri olan kişilik, yaşam öyküsü, öznel verileri, teknoloji karşısındaki duyarlılık düzeyleri gibi sıralanabilecek farklılıklar da dijital diyet söz konusu olduğunda çoklu olasılıkları düşündürmektedir. Ayrıca dijital teknolojilerin yaşamsal çerçevede hem mesleki hem de sosyal yaşam alanları bağlamındaki yardımcı rolü de göz önünde bulundurulmalıdır. Somut bir ihtiyacı karşılamak söz konusu ise dijital diyet kapsamına alınan dijital teknolojiler birey için olumsuz hale de dönüşebilir. Zaman zaman adil erişimin olmadığı durumlardaki eğitim, iş yaşamı, sağlık gibi konulara dayalı eşitsizlikler düşünüldüğünde işlevsel erişim hakkı da dijital diyet listesinin dışında kalmaması gereken önemli bir boyuttur. Dijital medyanın içerik ve tasarım özellikleri de görsel algısal yükü indirgeyen ya da zirveye taşıyan bir etki yaratabilir. Bu çerçevede dijital diyet söz konusu olduğunda karşımıza çıkan kavramlar: miktar, denge, öznellik, yardımcı rol, işlevsel erişim hakkı, içerik ve tasarıma dayalı algısal yük niteliği (Orben, 2021; Erişti, 2021; Mason, 2014) (Şekil 4).



Şekil 4. Dijital Diyet Bağlamları

Dijital dönüşüm ile birlikte karşımıza çıkan dijital kıtlık ise dijital obezite konusunda toplumsal bir çıkış alanı yaratırken bir taraftan da görsel ileti dünyası içerisinde dijital diyet bağlamında gereksinim duyulan kimi sınırlılıklar da yaratacaktır. Dijital görsel ileti dünyasının en öne çıkan ortamı olarak NFT’ler ile birlikte blok zincir teknolojisine dayalı veritabanı (dijital defter) ile güçlendirilmiş bir benzersizlik söz konusudur. Bu benzersizlik günümüz dijital dünyasındaki görsel ileti akışı için oldukça anlaşılabilir bir kavramdır. Çünkü dijital ileti dünyasına dayalı özgür bir akış, kopyalanma, çoğaltılma, paylaşılma ve dağıtılma her geçen gün büyüyen bir ağıdır. Bu durum dijital sanat için de geçerlidir, sanat eserlerinin dijital olarak yapılandırılması, çevrimiçi dağıtımı ve çok sayıda medyada karşımıza çıkması çevrimiçi manipüle edilen varlıklar haline dönüşmesi değer olgusunu sorgulamaktadır. Ancak NFT’ler ile birlikte manipüle edilemeyen sahiplik hakları ve biriciklik tüm bu olası tehlikelerin önüne geçmektedir. Bu durum dijital kıtlık yaratmaktadır (Brekke & Fischer, 2021). Yani dijital varlık olarak var olmak bir görsel iletiyi olası manipülasyon açısından çıkaracağı için tekrarı hiçbir şekilde olası değildir. Dijital görsel ileti dünyasındaki intihaller ve etik ihlaller için de bir çözüm üretmektedir. Dijital kıtlığın, dijital obezite ve bağımlılık karşısında bireyler için dijital dünyada görsel algısal ve bilişsel yük bağlamında da çıkış yaratma olasılıkları söz konusudur. Popüler kültür içindeki dijital içeriklerin yeniden üretiminin özgünlük kavramını yerle bir ettiği günümüz görsel ileti dünyası dijital kültürü çok yönlü olarak beslerken; her yeni üretim ve dolaşım eylemi ile bu süreç devam etmektedir (Şekil 5) (O’Dwyer, 2020).



Şekil 5. Dijital Kıtlık ile Karşımıza Çıkanlar

Blok zincire dayalı veritabanı herkesin erişimine açık, yaygınlıkla paylaşılan ancak kimsenin de güvenliğinin ihlal edilemediği bir veritabanıdır. Blok zincir teknolojisinin teknolojik olarak devrim yaratan niteliği dijital görsel iletilerin yapılanma ve var oluş biçimini köklü bir biçimde değiştirmeye adaydır. Bu değişim dijital görsel kültür, kültürel miras, dijital koleksiyonlar bağlamında sanat tarihinin yapılanma biçimi, sanat ve kültür endüstrisi ve yansımalarını da köklü bir biçimde değiştirmekte ve bu değişim dijital dünyada görsel iletilerin yükselen bir değer olarak var olmasını olanaklı hale getirmektedir.

Dijital dünyanın sosyal ve öznel bağlamdaki yaşantılara olan ablukası günümüzün kaçınılmaz sorunlarından biridir. Metaverse ortam içerisinde bu tür bir ablukanın olma olasılığı da kaçınılmaz

bir gerçektir. Ancak Metaverse dayalı dijital içerik üretim sürecinde sahiplik hakları, dijital dünyayı yeniden yapılandırmada çıkış noktası yaratabilecektir.

Günümüzde NFT ya da Metaverse ile yakından ilişkili olmayan bireyler dahi gelecekte olma olasılığı yüksek birey potansiyelini oluşturmaktadır. Daha önce internet devriminde olduğu gibi yakın gelecekte de temsili dijital kimliklerimiz ile var olmak güçlü olasılık olarak karşımıza çıkacaktır. NFT'lerin sunduğu benzersiz dijital imzalar, sahibine ait olma, türünün tek örneği olmayı kanıtlayan kimlikler ile farklı blok zincirler üzerinde var olmak söz konusudur. Bu tür bir Metaverse NFT ortamı etkileşimli bir sanal alandır ve dijital içerik üretiminde biriciklik ve istikrar esas alınmaktadır. Sahip olunan dijital kimliğin işlem geçmişi, kayıtları, olağandışı olmayan davranışları güven oluşturan noktalardır.

Bu ortam içerisinde dijital görsel iletinin oluşturulması, iletinin sahip olduğu dijital kimlik, o kimlik üzerinden işlem yapıyor olmak görsel ileti yapılandırmaya ilişkin sanatçı ve tasarımcılara kimi haklar sağlamaktadır. Her şeyden önce çoğaltılması, kopyalanarak kullanılması vb. durumlar NFT ortamında bir tehdit oluşturmaz çünkü özgün üretim tektir, tek olduğunu kanıtlayan bir tapusu vardır. Bu tapu sanatçıya/tasarımcıya aittir ve sanatçı/tasarımcı doğrudan alıcı ya da izleyici ile buluşabilir. Telif bağlamında ileriye dönük el değiştirme ve ticari eylemlerde hak sahibi olma durumu söz konusudur. Bu tür bir ortam günümüz dijital medyası içinde karşı karşıya bulunduğumuz dijital görsel ileti çöplüğü kavramını yerle bir etmektedir.

Metaverse Ortamda Sanal Kimlikler

Sanal ortamda sanal kimliklere sahip olma ya da Avatar olarak temsil edilme süreci yeni gerçeklik ile yeni bir oluşum içerisine girdi. Metaverse avatarları, diğer çevrimiçi avatarlarla benzer ilkeler ortaya koymakla birlikte sanal kimlik yalnızca bir sanal temsili içerir. Yani gerçekliğin sanal temsiline özneliği söz konusudur. Bu öznelik ile Metaverse ortam içerisindeki farklı platformlarda esnek bir biçimde gezinir ancak Metaverse evrendeki kimliğimiz haline dönüşür. Bu kimlik yeni gerçekliğe dayalı teknolojilerin de işe koşulması ile bireyin gerçek yaşamda temsil ettiği özellikleri içerecek olanaklara da sahiptir. Çünkü çoklu gerçeklikler ve yapay zeka bunu olanaklı hale getirir. Bu çerçevede Metaverse avatarları:

- Özelleştirilmiş temsil gücüne sahip
- Kullanıcıyı temsil eden
- Tüm Metaverse evrende geçerli ve esnek gezinim olanağına sahip
- Sınırsız sanal dünya erişimine sahip
- Canlı hissine dayalı yansıtma içeren, vücut hareketlerini kopyalama ve yapay zekaya dayalı gerçek kişi temsili içeren
- Temsile dayalı doğru ve sezgisel kapasitenin öne çıkmasına olanak tanıyan
- Çoklu sanal dünya çeşitliliği içinde tek bir kimliğe sahip olmaya dayalı istikrar oluşturan niteliktedir.

Yukarıda sıralanan bu nitelikler iletişim sürecinde kurgusal düzey kuramına (Rogers, 1975) dayalı zamansal, mekansal, sosyal ve duygusal yakınlık yaratmayı olanaklı hale getirmekte ve yüksek mevcudiyet (Bandura, 1977) yapılandırmak söz konusu olmaktadır. Bu yakınlık ve yüksek temsil gücü dijital medyanın olası manipülatif süreçlerini sosyo-kültürel yaşayış gereksinimlerine dayalı olarak etki çerçeve içerisine sokabilme olanağına sahiptir. Bu durum aynı zamanda çoklu sanal kimlikler üzerinden yapılandırılan dijital medya temelli ihlaller ve sorunlar için de sağlık iletişimi bağlamında çıkış noktası olabilir. Ancak bu gelişmelerle birlikte teknolojinin insana gereksinimi tüm dijital ortamların temel çıkış noktasını oluşturmak durumundadır (Artut, 2014). Bu dijital dünyaların temelinde günümüzde yeni gerçeklik olgusuna dayalı Metaverse ortamlar yer almaktadır.

Metaverse Avatarları ve Temsil Gücü	Dijital dünyada öznel deneyime ve teknoloji ile simbiyozla dayalı varolma
	Tasarımsal ve sanatsal bağlamda yeni davranış biçimi ile var olma
	Teknolojik karar verici ve karar sunucu yapılar ile etkileşim kurma gücüne sahip olma
	Sanatçının/tasarımcının kendi sanat/tasarım ortamını yapılındıracak yeterlikte olması
	Sanatçı ve izleyici arası diyalektik ve katılımcı etkileşim ortamı yaratabilme
	Öznel sanat ve tasarım etkileşimini yaratma olanak ve yeterliğine sahip olma
	Etkileşimli bir sanat/tasarım süreci geliştirmeye dayalı açık erişim ve sahiplik hakkı
	Teknolojik içerikler ve işlevsel gereksinimlere dayalı yaratıcılığın gelişmesi
	Dijital dünyanın sanatçıya sunduğu özgürlük ve teknolojinin sanatçıya gereksinimi
	Yapay zeka ve makine öğrenmesi bağlamında sanatçıya/insana gereksinim
	Ahlak, sağduyu, vicdan, inanç, hukuk bağlamında teknolojinin insanlara gereksinimi
	İnsana dair duyuşsal ve bilişsel etkileşimin teknolojide karşılığının olmamasına dayalı simbiyoz gereksinimi

Tablo 2. Metaverse Ortamlarda Sanal Kimliklerin Temsil Gücü

Sanattaki dönüşüme bakıldığında sanallığa dayalı sanat etkileşimleri, sanat çevreleri ve ortamları, sanal ve fiziki çevre etkileşimleri, yapay zeka üretimi sanat süreçleri, kullanıcı merkezli işbirlikli sanal sanat ağları, sanal avatar davranışlarına dayalı işbirlikli sanal sanatsal etkileşimler ve avatarların sosyal rolüne dayalı sanal sanat performansları karşımıza çıkmaktadır. Bu dönüşüm sanal galeriler, müzeler, programlanabilir ve kodlanabilir sanat etkileşimleri, blok zincir teknolojisi üzerine kurulu veritabanları, sanatçıyı koruyan akıllı sözleşmeler, gezici NFT sergileri, kripto kolektifleri ile devam etmektedir. Bu durum yani dönüşümün sürekliliği üretken sanat projeleri yapılandırmaya, blok zincir teknolojisi ile desteklenen ve geçerliliği devam eden bir dijital dünyadır. Özetler yeni gerçeklik algısı bağlamındaki dünya içerisinde dijital görsel kültür temelinde öne çıkan dijital kıtlık yaratma odaklı teknoloji, bir yandan dijital sanatı varlık olarak korurken bir yandan da bireylerin dijital obeziteye dayalı görsel algısal ve bilişsel yük bağlamında karşı karşıya oldukları sorunlara çıkış noktası yaratma olasılığı olan bir oluşumdur.

Kaynakça

1. Artut, S. (2014). Teknoloji-İnsan Birlikteliği, Ayrıntı Yayınları, ISBN: 978-975-539-937-9.
2. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
3. Bedir Erişti, D. (2021). *Yeni Medya ve Görsel İletişim Tasarımı*, (6. Basım), Ankara: Pegem Yayıncılık.
4. Brekke, J. K. & Fischer, A. (2021). Digital scarcity. *Internet Policy Review*, 10(2). 1-9. <https://doi.org/10.14763/2021.2.1548>
5. Choi, H.S. & Kim, S.H. (2017). A content service deployment plan for metaverse museum exhibitions—Centering on the combination of beacons and HMDs, *International Journal of Information Management*, 37 (1), 1519-1527.
6. Kaye, L. K., Orben, A., Ellis, D. A., Hunter, S. C., & Houghton, S. (2021). The Conceptual and Methodological Mayhem of Screen-time. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3661.
7. Ludlow, P. & Wallace, M. (2007). *The Second Life Herald: The virtual tabloid that witnessed the dawn of the metaverse*. Cambridge, Mass: The MIT Press.
8. Livingstone, S., & Bulger, M. (2014). A global research agenda for Children's rights in the digital age. *Journal of Children and Media*, 8(4), 317-335. <https://doi.org/10.1080/17482798.2014.961496>
9. Meier, A., & Reinecke, L. (2020). Computer-mediated communication, social media, and mental health: A conceptual and empirical meta-review. *Communication Research*, 009365022095822. <https://doi.org/10.1177/0093650220958224>
10. Odgers, C. L., & Jensen, M. R. (2020). Annual research review: Adolescent mental health in the digital age: Facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 336-348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13190>
11. Orben, A., & Przybylski, A. K. (2019). The association between adolescent well-being and digital technology use. *Nature Human Behaviour*, 3(2), 173-182.
12. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0506-1>
13. Orben, A., Weinstein, N., & Przybylski, A. K. (2020). Only holistic and iterative change will fix digital technology research. *Psychological Inquiry*, 31(3), 235-241.
14. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2020.1820221>
15. Mason, D. (2014). Digital Dieting: From Information Obesity to Intellectual Fitness, *Online Information Review*, (38)4, 589-589.
16. O'Dwyer, R. (2020). Limited edition: Producing artificial scarcity for digital art on the blockchain and its implications for the cultural industries. *Convergence*, 26(4), 874-894.
17. <https://doi.org/10.1177/1354856518795097>

18. Orben A. (2021). Digital diet: A 21st century approach to understanding digital technologies and development. *Infant and Child Development*, 31(1), 2228.
19. <https://doi.org/10.1002/icd.22286of6ORBEN>
20. Park, S.-M. & Kim, Y. G. (2022). A Metaverse: taxonomy, components, applications, and open challenges, *IEEE Access*, 10, 4209-4251
21. Plechata, A., Makransky, G. & Böhm, R. (2022). Can extended reality in the metaverse revolutionise health communication?, *Digital Medicine*, 5(132). <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00682-x>
22. Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Psychol.* 91, 93-114.
23. Toon, A. (2012). *Models as Make-Believe: Imagination, Fiction and Scientific Representation*, London: Palgrave, Macmillan.
24. Stephenson, N. (1992). *Snow Crash: A Novel*, Random House Publishing Group.
25. Valeonti, F., Bikakis, A., Terras, M., Speed, C., Hudson-Smith, A., Chalkias, K. Crypto Collectibles (2021). Museum Funding and OpenGLAM: Challenges, Opportunities and the Potential of Non-Fungible Tokens (NFTs). *Applied Sciences*, 11, 9931. <https://doi.org/10.3390/app11219931>

İNTİHAR VE MEDYA

Doç. Dr. Nermin Gündüz

Haliç Üniversitesi, Tıp Fakültesi (İngilizce), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
ngunduz2798@hotmail.com

Küresel olarak, her yıl yaklaşık 800.000 kişi intihar nedeniyle ölmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde intihar oranları 1999'dan 2017'ye %33'ten fazla artmış ve 2017'de 47.000'den fazla intihar ölümle sonuçlanmıştır. İntihara bağlı ölümlerdeki hızlı artış, on yıllardır gözlemlenen genel yaşam beklentisindeki düşüşe en büyük katkıyı sağlayan unsur olmuştur.

İntiharın nedenleri karmaşık ve biyolojik, psikolojik, sosyolojik etmenler açısından çok faktörlüdür. İntihar için değiştirilebilir risk faktörlerinden biri de intiharla ilgili düşünce ve davranışların bulaşmasını veya yayılmasını teşvik eden görsel ya da yazılı içeriklere maruz kalmaktır. Bulaşma, bir bireyin intihara meyilli davranışlarına maruz kalmanın başka bir bireyde intihar eğilimi riskini artırabileceği hipotezini savunan, oldukça iyi bilinen bir olgudur. Ruh sağlığı alanında, intihar davranışlarının bireyler arasında yayılması, Werther etkisi olarak bilinir ve adını 18. yüzyıldan kalma bir Goethe romanından alır. Romantik bir reddedilmenin ardından genç bir adamın kendini öldürdüğü Goethe romanı; romanın yayımlanmasının benzer şekilde olan intiharları artırdığı ve romanın yasaklanmasıyla intiharların sonuçlandığı ileri sürülmüştür. Günümüzde intiharla ilgili bulaşma, bireyler arasında yüz yüze temastan kaynaklanabileceği gibi ana akım medya ve sosyal medya aracılığıyla intiharla ilgili içeriğe maruz kalma gibi dolaylı yollarla da ortaya çıkabilir. İntiharla ilgili davranışların yayılması intiharla ilgili sosyal normları değiştirmek, benzer özelliklere veya benzer yaşam koşullarına sahip bir bireyle özdeşleşmeyi teşvik etmek ya da hassas bireylere uygun bir intihar yöntemi önermek gibi mekanizmalarla ortaya çıkabilir. İntiharla ilgili davranışların yaygınlaşması, davranışın başkalarını gözlemleyerek öğrenildiğini öne süren sosyal öğrenme kuramı tarafından da desteklenmektedir. Örneğin, ABD'deki ölümlerin boylamsal bir araştırması, aktör Robin Williams'ın yüksek oranda kamuoyuna duyurulan intiharını takip eden 6 ayda, ulusal düzeyde intihar oranlarının mevsimsellikten arındırılmış temel değerlerin yaklaşık %10 üzerinde arttığını göstermiştir. Medyada intiharla ilgili içeriğe maruz kalma çalışmaları da bu tür içeriklerin genç intihar kümelerinin oluşumuyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

İntihar davranışının ayrıntılı olarak verildiği, ölümün romantize edildiği ya da yüceltildiği medya içeriğine maruz kalmanın etkileri, Dünya Sağlık Örgütü ve ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) de dahil olmak üzere çok sayıda ulusal ve uluslararası sağlık otoritesi tarafından intiharla ilgili medya raporları için kılavuz ilkelerin oluşturulmasına yol açmıştır. Genel olarak, İntihar Raporlama Kılavuzları; intiharla ilgili sansasyonelliği azaltma, intihar yönteminin veya konumunun ayrıntılı şekilde açıklanmasının risk altındaki bireyleri veya intiharları tetikleyebilecek içeriğe maruz kalmayı önlemeye çalışmaktadır. İntihar yardım hattı ve kaynak bilgileri gibi koruyucu bilgilerin dahil edilmesi de kılavuzlar tarafından tavsiye edilmektedir. Tüm bu çabalara rağmen, güvenli raporlamanın benimsenmesi ve bunlara uyulması ile yönergeler ülkeye göre farklılık göstermiştir ve genellikle sınırlıdır. Ülkemizde ise ne yazık ki bu yönde bir kurumsal çalışma henüz bulunmamaktadır.

ŞİDDETİN MEDYAYA YANSIMALARI

Dr. Psikolog Gülçin Şenyuva
gulcinsenyuva82@gmail.com

Şiddet, insanın bir bütün olarak kişiliğine yönelik fiziksel ve ruhsal tüm saldırılar ile benimsediği değerlerine ve inançlarına yapılan baskıları ifade etmektedir. Şiddetin; hakaret etmek, aşağılamak, incitmek gibi psikolojik, intihar girişimleri, kendini yaralama gibi bireyin kendisine yönelik türleri bulunmaktadır.

Şiddet olgusu, günümüzde medyanın en çok tartışılan konularının başında gelmektedir. Jean Baudrillard'ın belirttiği gibi gündelik yaşama küçük dozlar halinde aşıl原因an şiddet; kitle iletişiminin özünü oluşturan “gündelik haberler, cinayetler, devrimler, nükleer ya da bakteriyolojik tehlike” tarafından beslenir. Özellikle görsel medyada şiddeti öven, normalleştiren, popülerleştiren, şiddeti bir model olarak sunan programlara rastlamak mümkündür. Ne yazık ki bu tarz içerikler başta çocuklar ve ergenlik dönemindeki bireyler olmak üzere toplumun her kesimince izlenmekte ve sıklıkla da olumsuz ruhsal ve davranışsal sonuçlara yol açtığı gözlemlenmektedir. Alanda yapılan çalışmalar bombalama, patlama, doğal felaketler, cinayet, intihar görüntüleri ve çeşitli şiddet içeren görüntülerin başta çocuklar olmak üzere duyarlı popülasyon üzerinde ruhsal açıdan yıkıcı etkilere yol açtığını göstermiştir. Bununla birlikte bireyler medyanın bu konudaki sinsi ve tehlikeli etkisi olan gerçek yaşamda şiddet karşısında duyarsızlaşma yaşanma ve şiddeti normalleştirilmesi süreci ile yüzleşmek durumunda da kalmaktadırlar.

Medyanın şiddeti tetikleyici ve sosyal öğrenme kuramı bağlamında şiddeti öğretici bir işlev aşıkardır. Döngüsel bağlamda şiddet; toplumsal yaşamda ne kadar artıyorsa yoğun şiddet barındıran filmlere ve diğer programlara talep de paralel olarak artmaktadır. Ülkemizdeki bir çalışmanın sonuçları “Kurtlar Vadisi” dizisinin tüm bölümlerinin babasından hiç fiziksel şiddete maruz kalmayan öğrencilerin sadece %25'i tarafından izlenirken babasından fiziksel şiddete maruz kalan öğrencilerin ise %56'sının izlediğini ortaya koymuştur. Dolayısıyla medyada şiddetin sık sık gösterilmesiyle bu olgu azalmadığı gibi aksine daha da yaygın hale gelmekte, toplumda şiddete karşı duyarsızlaşma ve normalizasyon süreci kaçınılmaz olmaktadır.

Şiddetle ilgili algıların medya tarafından etkilendiği de bilinmektedir. Kadına yönelik şiddette, özellikle de cinsel şiddetin normalizasyon sürecinde medyanın rolü açıktır. Şiddete maruz kalanın; her önüne gelenle beraber olan birisi olarak sunulduğu, suçun şiddete maruz kalana aitmiş gibi gösterildiği, yine tecavüzcünün psikolojik ve biyolojik olarak cinsel dürtülerine karşı koyamadığına dair adeta mazeret gibi yanlış görüşler ileri sürüldüğü olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, medyada en çok istismar edilen kesim kadınlardır.

SOSYAL MEDYA VE MÜKEMMEL ANNELİK İMAJI

Uzm. Dr. Mürüvvet Topaloğlu

Serbest Hekim

drmuruvvettopaloglu@gmail.com

Sosyal medyanın son yıllarda yaygınlaşması ve erişilebilirliğinin artmasıyla insanların arkadaşlarına ve sosyal ağlarına sürekli erişimleri mümkündür. Sosyal medya kullanımının, kullanıcıları hedef alan bazı olumlu ve olumsuz yönleri bulunduğu gerçektir. Sosyal medyayı benimsemenin annelerin üzerinde nasıl bir etkisi olduğu da yeterince iyi araştırılmamıştır. Bu alandaki kısıtlı bilgilerimiz büyük oranda gözlemseldir.

Sosyal medya ağları arasında en sık kullanılan Instagram'dır. Instagram'ı kullananlar arasında kendi doğru benimsedikleri hayat tarzlarını yansıtan, tecrübelerini paylaşan ve kendilerini fenomen ya da influencer olarak tanımlayan bir anne kitlesi de yer almaktadır. Bu popüler anneler çocuklarının bakımı, beslenmesi, eğitimi ile ilgili önerilerde bulunmaktadır. Bununla birlikte tercih ettikleri kıyafetleri, kullandıkları ürün markalarını, gün içerisinde çocukları ile yaşadıkları anlarını fotoğraflayarak ya da videolayarak hesaplarında paylaşmaktadırlar. Sıklıkla finansal gelir kaynağına dönüşen ve fenomen annelere ısıtılı fırsatlar dünyası sunan sosyal medya, gözlemci pozisyonundaki annelere özdeşim nesnesi olmayı da vadetmektedir. Konuya bu bağlamda bakıldığında; hedef kitlenin sıklıkla anneliği ilk kez deneyimleyen, bu sebeple anneliğe dair yetersizlik hissini yoğun yaşayan, özellikle kendi ebeveynleri ile çatışmalı ilişkisi olan, nesne ilişkilerinde bağlanma sorunları yaşama potansiyeli olan kadınlar olması şaşırtıcı değildir.

Sıklıkla bu alandaki çalışma ve gözlemlerin sosyoloji kaynaklı araştırmacılar tarafından yapıldığı, psikiyatrist ve psikologların bu alana yeterli ilgi göstermedikleri gözlemlenmiştir. Oysaki sosyologların yaptığı gözlemler buz dağının üstünde kalanları temsil etmektedir. Buzdağının altında ise gelecekte doğum sonrası depresyon ve anksiyete başta olmak üzere önemli ve yeti yitimine sebep olan ruhsal hastalıklar açısından birçok psikopatolojinin gelişmesine neden olması olasıdır. Bu açıdan bu konu psikiyatri, psikoloji, sosyoloji ve iletişim uzmanlarının iş birliği halinde çalışması gereken önemli bir sağlıkta iletişim alanıdır.

YAŞLILARI ANLAMAK

Doç. Dr. Selçuk Özdin

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Samsun, Türkiye

Yaşlılık dönemi 60-65 yaş üzerini ifade etmek için kullanılan sembolik bir terimdir. Bu yaş grubundaki kişiler yaştan getirmiş olduğu fizyolojik değişiklikler yanında eşlik eden tıbbi hastalıklarına bağlı sorunlar ve psikososyal stres faktörlerine bağlı olarak iletişim konusunda zorluklar yaşayabilmektedir. Dolayısıyla yapılacak değerlendirmelerde bu faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Klinik ortamında bu yaş grubundaki bireyler ile görüşürken muayeneye olan motivasyon ve yönelimlerini arttırmak için klinisyen kendisini tanıtmalı ve görüşmenin amacı açıklanmalıdır. Hastalıklara ait tanı kriterleri yaşlara göre değişkenlik göstermese de bunların ifade ediliş tarzı yaşlara göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin depresyon semptomatolojisi yaşlar arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle yaşlılık dönemindeki hastaların muayenelerinde bireylerin kendilerini ifade ediş şekilleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Normallik ve hastalık arasındaki çizgi yaşlılarda silikleşebilmektedir. Kişinin yakınlarından ek bilgi almak birçok hastalığın tanısı ve takibi için önem arz etmektedir. Hayatın bu dönemindeki bireylerin değerlendirilmesinde ek tıbbi hastalıklar, eş kaybı, bakım ihtiyacı, idrar/gaita inkontinansı, görme-işitme azlığı ve nörokognitif bozukluklar akılda tutulması gereken konulardan bazılarıdır. Yaşlıların özbakım, mobilizasyon ve özel yaşantıları ile ilgili aktiviteler, sosyal hayatları ve ruhsal sağlıkları ile ilgili karşılanmamış veya gözden kaçan ihtiyaçları olabilmektedir. Bu alanlardaki ihtiyaçların da göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

BİLGİ ÇAĞINDA “İNFODEMİ” VE YAŞLILIK: NASIL ÖNLEYELİM?

Prof. Dr. Dilek Aslan

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Geçmiş dönemlere göre iletişimin teknik açıdan daha hızlı olduğu “bilgi” çağında yaşamının kimi avantajlarının (1) yanı sıra riskleri ve yaratabileceği sorunlar olduğu unutulmamalıdır. Bahsi geçen dönüşüm toplumun her kesimini etkiler, ancak, yaşlılık dönemi gibi özel bazı dönemleri ilgilendiren ayrıntıları bilmek uygun olur.

Yaşlılık, yaşamda bilgeliğin hakim olduğu bir dönem olarak bilinir (2). Yaşlı bireyler yaşlılık dönemlerinde önceden kazandıkları deneyimleri bilgi birikimleriyle sentezlerler. Bilginin bütün dinamiklerinin değiştiği 21. yüzyılda yaşlı bireylerin bu değişime uyum sağlamaya gayret ederler. Değişen dinamikler arasında bilginin kaynaklarının ne(ler) olduğu, bilgiye erişimin nasıl olduğu, bilgi erişimini engelleyen/kolaylaştıran faktörler, bilginin doğru ve güncel olmaması halinde oluşabilecek riskler öne çıkan konular arasındadır. Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19), doğru bilginin değerini, bilgiye eşit ve hakça erişimin önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Bununla birlikte, bu dönemde doğru olmayan bilginin birey ve/veya toplum için oluşturduğu tehditlerle de karşı karşıya kalınmıştır. İnfodemi bu sorunlar arasında pandemi döneminde öne çıkmıştır. İnfodemi, salgın gibi kriz anlarında yanlış bilgi, (kasıtlı olarak çarpıtılmış yanlış bilgi, güncelliğini yitirmiş bilgi, bilgi boşlukları, söylenti gibi çok geniş yelpazesi olan bir kavramdır (3). Her yaşta olduğu gibi yaşlılık döneminde de bilginin bu olumsuz boyutlarından etkilenilebilir. Yaşlılık döneminin, diğer yaş gruplarına göre, bilgiye hakça erişilemeyen bir dönem olduğu da bilinmektedir.

Bu yazı içeriğinde; yaşlılık dönemine ilişkin genel bazı güncel bilgilerin yanı sıra infodeminin yaşlılık dönemi için neden önemli olduğu ve infodemi yönetiminin¹ bu dönem için nasıl yapılması gerektiği ile ilgili temel çerçeveye ve temel önerilere yer verilmiştir.

Yaşlı kim? Yaşlılık dönemi nasıl tanımlanır?

Yaşlılığın farklı tanımları mevcuttur. Biyolojik, kronolojik, sosyolojik, ekonomik, vb. boyutlar yaşlılığın geniş perspektifini ortaya koymaktadır. Biyolojik yaşlanma doku/organizma fonksiyonundaki gerilemeyi ifade ederken, kronolojik yaşlanma sadece doğumdan bu yana geçen süreyi gösterir. Normal seyrinde yaşlanan bireylerde kronolojik yaştan biyolojik yaşa eşitliğinden söz edilmektedir (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), genellikle yaşlı bireyi 65 yaş ve üzeri kişi olarak tanımlar ve belgelerinde bu kategoriyi kullanır (5). Birleşmiş Milletler için bu sınır genellikle 60 yaştır (6). Toplumların yaşlanması 21. yüzyılın en önemli sosyal transformasyonu olarak kabul edilmektedir (6). Tarihsel süreçte ilk kez 2018 yılında küresel düzeyde 65 yaş ve üzeri nüfus beş yaş altı çocukların nüfusunu sayıca geçmiştir (7). Yaşlılık dönemi özellikle sağlık açısından fonksiyon kaybının öne çıktığı bir

1 “İnfodemi yönetimi”, “infodemic management” karşılığında kullanılmıştır.

dönemdir. Kronolojik açıdan yaşlanma, fiziksel, sosyal, ruhsal açıdan sağlık sorunlarında farklılaşma ve gerekli önlemler alınmadığında sağlık sorunlarının yaşam kalitesini gerilettiği bir dönemdir.

Yaşlılık dönemine ilişkin farklı/yanlış algılar var mı?

Bu sorunun yanıtını “evet” olarak vermek uygun olur. Farklı/yanlış algılar olumsuz sonuçlara neden olabilir. Yanlış algılar bilgi dahil her türlü sürecin hatalı yönetilmesine neden olur. Aşağıda, Dünya Sağlık Örgütü tarafından üzerinde durulan yaşlılıkla ilgili bazı yanlış algılar ve düzeltmeleri sunulmuştur (8):

“Yaşlılık döneminde fiziksel ve mental gerileme kaçınılmazdır.”

Bu cümle bir ölçüde doğrudur. İnsanlar yaşlandıkça fiziksel ve mental açıdan “gerileme” yaşayabilirler. Ancak bu cümle çoğunlukla toplumda yaşlı bireylerin nasıl algılandığı ile yakından ilişkilidir.

“Çoğu yaşlı insanın benzer ihtiyaçları vardır.”

Yaşlı bireyler tıpkı diğer yaş grupları gibi birbirlerinden farklıdır. Dolayısıyla, gereksinimleri de farklıdır.

“Yaratıcılık ve katkıda bulunmak gençlerin işidir.”

Zorunlu emeklilik yaşı gibi konuları gündemde tutmak, yaratıcılığı ve toplumsal katkıyı ekonomik üretkenlikle eşdeğer olarak algılamak bu algının oluşmasına katkı sağlamış olabilir.

“Yaşlı insanların deneyiminin modern toplumda çok az önemi vardır.”

Yaşlı insanların, çocukların okuma ve yazmalarına yardımcı olmak ve gençlere bilgi ve beceri aktarımında rol almak, vb. için daha fazla zamanları vardır. Ayrıca, yaşlılar gençlere göre daha sabırlıdır.

“Yaşlı bireyler huzur ve sükûnet isterler, bu şekilde bir ortamda olmayı beklerler.”

Bazı yaşlı insanlar, özellikle yaşamlarını paylaşacak bir eşleri olduğunda, okumak ve sadece rahatlamak için daha fazla zaman ayırmayı dört gözle beklerler. Bununla birlikte, olanak sağladığında, çoğu yaşlı insan sosyal etkileşimden kaçınmaz ya da böylesi ortamlardan ayrılmaz. Yaşam boyu boş zaman etkinlikleri üzerine yapılan araştırmalar, evde gerçekleşen etkinliklerin sıklığının tüm yetişkin yaş grupları için eşit düzeyde görüldüğünü göstermektedir.

“Yaşlı insanlar için harcama yapmak, kaynak israfıdır.”

Yaşlı insanlar için uygun hizmetlere harcama yapmak ekonomik açıdan tasarruf sağlayabilir.

Yaşlı insanlar ‘modern’ işyerlerine uygun değildir.”

Gerekli düzenlemeler yapıldığında herkes için her türlü uygun ortamlar yaratılabilir.

“Yaşlılara yenilikler öğretilmez.”

Araştırmalar, yaşlıların eğitimlerde kendilerinden daha genç olan meslektaşlarına göre sıklıkla daha yüksek motivasyonlu ve öğrenme konusunda daha ısrarcı olduklarını ortaya koymaktadır.

“Yaşlılar ‘bir kenara’ çekilmeyi bekler.”

Yaşlı bireylerin günümüzde geçmiş dönemlere göre daha bilgili oldukları bilinmektedir. Hastalıkların nasıl hafifletilebileceğinin ve yaşam kalitelerinin nasıl iyileştirilebileceğinin çok daha fazla farkındalar. Aynı zamanda büyüyen ve giderek daha fazla ses çıkaran bir gruptur. Görüşlerini ve önerilerini dile getirme olanağı tanındığında, yaşlı insanlar toplumlarında sağlık ve iyilik halini geliştirmeye ilişkin karar verme süreçlerine değerli katkılarda bulunabilirler. Bunu başarmanın bir yolu, yaşlıları karar alma süreçlerine dahil etmektir.

“Her şey kendi kendine yoluna girecek.”

Bu söylem doğru değildir. Yaşlılık döneminde her türlü sürecin iyi ve istendik şekilde yönetilmesi olanaklıdır.

Yukarıda açıklanan yanlış algılar yaşlılık dönemiyle ilişkili yanlış bilgilerin üretilmesine, yayılmasına da farklı ölçüde olumsuz katkı yapabilir. Yaşlılık döneminin doğru yönetilebilmesi için algı, bilgi aynı şekilde doğru bir biçimde üretilmeli ve yönetilmelidir.

Yaşlılık döneminde bilgi önemli midir?

Evet, yaşlılık döneminde (doğru) bilgi önemlidir. Aslında bilgi, her yaş için önemlidir. Bilgi doğru olduğunda, bireyler yaşamın her alanında doğru şekilde yaşarlar, üretirler, paylaşırlar. Doğru bilgiyi yaşamı değerli kılan, anlam kazandıran, başkalarıyla paylaşıldığında diğerlerinin yaşamına olumlu katkıyapan içerik olarak da tanımlamak olanaklıdır. Bilgi yaşamın her alanında bir gerekliliktir. Sağlık alanında bilgi doğru olmadığında sağlıkla ilgili yanlış tutum ve davranışların olması söz konusudur. Ek olarak; yanlış bilgilerin başkalarına aktarılması, dolayısıyla başkalarının da yaşamlarının olumsuz etkilenmesi riski vardır. Bilginin doğru olmaması infodemi kavramını akla getirir. Infodemi, salgın gibi kriz anlarında yanlış bilgi, çarpıtılmış yanlış bilgi, güncelliğini yitirmiş bilgi, bilgi boşlukları, söylenti gibi çok geniş yelpaze içerisinde bilgi fazlalığına işaret eden bir kavramdır (3). Her yaş grubu gibi 65 yaş ve üzeri bireyler de bilginin bu olumsuz boyutlarından etkilenilebilir. Yaşlılık ve infodemi denildiğinde aşağıdaki tespitler öne çıkmaktadır:

1. Yaşlılık dönemi genel olarak “özel gereksinimlerin” tanımlandığı bir dönem olarak bilinmektedir (9).
2. Yaşlılık döneminde infodemiye maruz kalımın daha fazla olduğu belirtilmektedir (10). Bununla birlikte farklı çalışma sonuçları da bulunmaktadır. Örneğin, Pehlivanoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ileri yaştan yanlış bilgi için bir risk olabileceği, ancak bu konudaki kırılganlığın daha çok paylaşımın içeriğine bağlı olduğu ifade edilmiştir (11).
3. Yaşlı bireyler bilgi ihtiyaçlarını çeşitli nedenlere bağlı olarak ortaya koyamayabilirler, doğru bilgi talebinde bulunamayabilirler.

4. Yaşlı bireylerin bilgi kaynaklarına erişiminde sorunlar olabilir. Sağlık okuryazarlığı, dijital okuryazarlık, internet erişimi, vb. konularında genç yaşlara göre gerilik söz konusudur. Bu da yaşlı bireylerin dijitalleşen dünyada doğru bilgi kaynaklarına erişiminin önünde bir engel olabilir.
5. Yanlış bilgi doğru bilgiye göre daha hızlı yayılmaktadır. Ancak, yanlış bilgi doğrulandığında bireylere erişim hızı yanlış bilginin yayılması kadar hızlı olmayabilir.
6. Yaşlı bireylerin sağlık sorunları diğer yaş gruplarına göre daha fazladır. Dolayısıyla, sağlıkla ilgili konularda bilgi ihtiyacı yaşlılık döneminde daha fazla olabilir. Karşılanmadığı takdirde yanlış bilgiler yaşlı bireyler için tehdit oluşturabilir.
7. Yaşlılık döneminde öne çıkan sağlık ve diğer sorunlar diğer yaş gruplarından farklı olduğundan bu döneme özgü bilgi üretimi toplumun genel talebi olmayabilir, bu durum da yaşlılık dönemi için öne çıkan konularda doğru bilginin üretimini geciktirebilir.
8. Yaşlılara yönelik sunulan hizmetlerin dijitalleşmesi bilgi gereksiniminin karşılanmasında bir engel olarak ortaya çıkabilir.

İnfodemi yönetimi nasıl bir yaklaşıma ihtiyaç duyar?

İnfodemi yönetimi geniş bir perspektife ihtiyaç duyar. Bu konuda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi kurumlar sistematik yaklaşımları küresel düzeyde geliştirme çabası içindedirler. COVID-19 pandemisi sürecinde infodemi yönetimi DSÖ tarafından da öncelikli bir çalışma alanı olarak kabul edilmiştir. Bu konuda eğitimler de sürdürülmektedir (12). İnfodemi yönetiminin genel prensipleri yaşlılık dönemi için de geçerlidir. Kavram; bireyleri kanıta dayalı bilgiler sunarak olumlu sağlık arama davranışına yönlendiren müdahalelerin uygulanmasını işaret eder (12). Genel prensipleri uygularken *-inter* ve *-transdisipliner* çalışmalara ihtiyaç vardır. İnsan merkezli yaklaşımlar, davranış odaklı müdahaleler infodemi yönetiminin temel bileşenleri arasında öne çıkar. Genel prensiplerin halk sağlığı uygulamalarına ve müdahalelerine entegrasyonu önerilmektedir (3, 12-14). İnfodemi yönetim süreçlerinde herkes için sağlık yaklaşımının bir gereği olarak (15) eşit ve hakça uygulamalara yer verilmesi gerekir.

İnfodemi yönetimi için genel prensiplerin yanı sıra, yaşlılık dönemine özel önlemlere de ihtiyaç vardır. Bazı ayrıntılar aşağıda sunulmuştur:

9. İletişimi engelleyecek durumların (16) önlenmesi
10. Bilgiye erişimin engellerinin teknik, ekonomik, vb. durumların önlenmesi
11. Sağlık okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, dijital okuryazarlık olanaklarının yaşlılık dönemi için artırılması, geliştirilmesi

Sonuç olarak, infodemi yaşlılık döneminde de bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Mutlaka önlenmelidir. Bütün çabanın sistem temelli bir zeminde, eşitliği ve hak temelli yaklaşıma öncelik vererek sürdürülmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

12. Gayed BN, Zyromski NJ. Protecting patient information in the information age: mission impossible? Surgery. 2013 Feb;153(2):145-9.
13. Lim KT, Yu R. Aging and wisdom: age-related changes in economic and social decision making. Front Aging Neurosci. 2015 Jun 18;7:120
14. WHO, Infodemic https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1
15. Melis JP, Jonker MJ, Vijg J, Hoeijmakers JH, Breit TM, van Steeg H. Aging on a different scale--chronological versus pathology-related aging. Aging (Albany NY). 2013 Oct;5(10):782-8.
16. Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU. 2020 Edition. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91> p 9.
17. Ageing. <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>
18. <https://ourworldindata.org/population-aged-65-outnumber-children>
19. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98277/E91885.pdf p 2.
20. Cabral JF, Silva AMCD, Mattos IE, et al. Vulnerability and associated factors among older people using the Family Health Strategy. Cien Saude Colet. 2019 Sep 9;24(9):3227-3236.
21. Vijaykumar S, Jin Y, Rogerson D. et al. How shades of truth and age affect responses to COVID-19 (Mis) information: randomized survey experiment among WhatsApp users in UK and Brazil. Humanit Soc Sci Commun. 2021;8:88.
22. Pehlivanoglu D, Lin T, Chi K, Perez E, Polk R, Cahill B, Lighthall N, Ebner N. Fake news detection in aging during the era of infodemic. Innov Aging. 2021 Dec 17;5(Suppl 1):968-9.
23. WHO, Infodemic management <https://www.who.int/teams/epi-win/infodemic-management>
24. Aslan D. Can transdisciplinary approaches contribute to the COVID-19 fight? Glob Health Promot. 2021 Jun;28(2):72-77.
25. Managing the COVID-19 Infodemic. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1302999/retrieve>
26. WHO Director-General's opening remarks at the World Health Day press briefing – 7 April 2022 <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-world-health-day-press-briefing---7-april-2022>
27. Yorkston KM, Bourgeois MS, Baylor CR. Communication and aging. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2010 May;21(2):309-19.

DİŞ HEKİMİ İLE LABORATUAR ARASI İLETİŞİM

Dt. Ruhi Kulez

İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

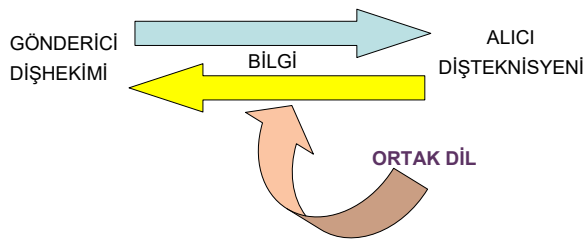
Diş hekimi ile diş protez laboratuvarı arasındaki ilişki çok önemlidir. Başarılı protez uygulamaları için diş hekimi ve diş teknisyeninin oluşturduğu dental takım (dental team) iyi anlaşabilmeli ve birbirlerinden beklentilerinin neler olabileceğini belirlemelidir.

Başarılı bir klinik çalışmanın gerçekleşmesi için o işin üretilmesinde kullanılan teknik prosedürlerin iyi anlaşılması gerekir. Bu yüzden hem diş hekimi hem de diş teknisyeni birbirini iyi anlamalı ve iyi bir iletişim kurmalıdır.

Yabancı dildeki kaynaklarda diş hekimi ile diş teknisyeni arasındaki iletişimdeki en önemli sorunun renk iletimi olduğu görülmektedir. Ancak günlük çalışma hayatında diş hekimi ile laboratuvarı arasında telefon konuşmaları, yazılı işlem formları ve notlar, fotoğraf gibi görsel malzeme iletimi, kapanış kayıtları gibi klinik malzeme şeklinde “bilgi” iletimi sıklıkla yapılmaktadır. Bu bilgilerin doğru ve zamanında yapılması gerekir. Ülkemizde bu konuda çok büyük sorunlar vardır. Panelde bu konuları biraz daha derinlemesine ele almaya çalışacağız.

Öncelikle iletişimin ne olduğunu açıklamalıyız: İletişim, iletilen bilginin hem gönderici hem de alıcı tarafından anlaşıldığı ortamda bilginin bir göndericiden bir alıcıya aktarılma sürecidir. İletişim tüm tarafların üzerinden bilgi alışverişi yapılacak ortak bir dili anlamalarına ihtiyaç duyar.

İletişim Neden İyi Olmalıdır?



DENTAL İLETİŞİMDE TARAFLARIN DURUMU

İletişimde taraflarımız diş hekimi, diş teknisyenidir ve klinik yardımcı personelidir. Her biri kendilerini sınırlayan yasal sorumlulukları altında çalışırlar.

Diş hekiminin iş tanımı ve sorumlulukları diş hekimliğinin ülkemizde kurulması ve okullaşması ile belirlenmiştir. Okullaşmanın en önemli getirilerinden biri eğitim esnasında mesleğin gerektirdiği

terminolojiyi öğrencilere aktarmasıdır. Bugün ülkemiz diş hekimliği fakültelerinde eğitim tamamen oturmuş durumdadır. Dolayısıyla diş hekimleri iletişimde çok önemli olan “ortak dil”i sağlayan terminolojiye tamamen hakimlerdir. Diş hekimliği eğitiminde protez derslerinde öğrenciler protez işlerinin laboratuvar aşamalarını yapmaktadırlar. Bu nedenle sınırlı sayıda da olsa teknik düzeyde laboratuvar bilgisine sahiptirler. Diş hekimleri eğitimlerindeki bu sınırlamalar nedeniyle dental teknolojiye ve terminolojisine kısmen hakimdirler.

Diş teknisyenleri açısından durum o kadar iyi değildir. Bunun en önemli sebebi kanımca diş hekimliği okulları kurulurken diş teknisyenliği okullarının kurulmamış olmasıdır. Yakın zamana kadar diş teknisyenleri “alaylı” olarak yetişmiş ve diş hekiminin istediği hizmetleri yerine getirmeye çalışmışlardır. Diş teknisyeninin iş tanımı ve sorumlulukları yakın zamanda belirlenmiştir. Eğitim kurumları açılmış, iş teknisyenlerinin çalışmalarını yürütecekleri işyerlerinin standartları yakın zamanda belirlenmiştir. İş güvenliği açısından da gerekli düzenlemeler yapılmış ve uygulamaya konulmuştur. Ülkemizde halen eğitilmiş ve eğitimsiz diş teknisyenleri ile hizmet yürütülmektedir. Bu nedenle özellikle eğitimsiz olan diş teknisyenlerinin “ortak dil” olan terminolojiye hakimiyetleri genelde yetersizdir. Eğitilmiş diş teknisyeni sayısı henüz yeterli olmadığı için bu durum diş hekimi-diş teknisyeni iletişimini en çok etkileyen etmendir.

TERMINOLOJİ SORUNU NASIL AŞILABİLİR?

Ortak dil için karşılıklı diş hekimliği ve teknolojisi terminolojisi bilinmelidir. Ülkemizdeki diş teknisyenlerinin büyük bir kısmı eğitilmiş değildir. Ancak pek çok diş teknisyeni kendini geliştirmiştir ve iyi hizmet vermeye çalışmaktadır. Diş teknisyenliği eğitimi de kendi içinde pek çok sorun içermektedir. Bunlar yetkililer tarafından ele alınması gereken bir konudur.

Kanımca en önemli olan şey öncelikle diş hekiminin diş teknisyeni ile bir ekip oluşturduklarının bilincinde olmasıdır. Diş hekimleri kurumsallaşmış laboratuvarlar ile çalışmayı tercih etmelidir. Kurumsallaşmış laboratuvarlar:

1. İş ve işyeri standartlarını titizlikle uygularlar.
2. Çalıştırdıkları personelin haklarını ve iş güvenliklerini ön planda tutarlar.
3. Eğitime gereken önemi verirler.

Eğer diş hekimi eğitilmiş bir diş teknisyeni ile çalışmıyorsa onun eğitimine katkıda bulunmalıdır. Kitaplar ile bilgi düzeyine katkı sağlamalı; kongre, seminer gibi etkinliklere teknisyenin katılımını sağlamalıdır.

Diş hekimleri de dental teknoloji hakkında kendilerini geliştirmelidir. Bunun için zaman zaman laboratuvarlarına gitmeli ve görüşmede bulunmalıdır. Dental teknolojideki gelişmeleri öğrenmek ve diş teknisyenlerinin sorunlarını anlamak klinikteki başarılarını artıracaktır.

Diş teknisyenleri de yerli ve yabancı mesleki yayınları takip etmeli ve çalıştıkları diş hekimleri ile gerek mesleki gerekse terminoloji bilgilerini artırmalıdır.

Ülkemizde gerek üniversiteler gerekse bazı dernek ve kuruluşlar sıklıkla kongre ve seminerler düzenlemektedirler. Bunlara dış teknisyenlerinin katılımı özendirilmeli ve teşvik edilmelidir. Bu amaçla katılım ücretleri özellikle işçi olarak çalışan dış teknisyenleri için çok düşük tutulmalıdır.

İLETİŞİMDE SORUMLULUKLAR

Dışhekiminin Sorumlulukları

1. Dış hekimleri laboratuvar işlem kartlarını (order form) eksiksiz ve anlaşılır şekilde doldurmalıdır. Maalesef çoğu dış hekimi bu konuya dikkat etmemektedir.
2. Bu formlarda yapılacak işin niteliği, kullanılacak malzeme, istekler v.b net olarak belirtilmelidir. İlerde yapılabilecek tedaviler var olan protez çalışmasını etkileyecek ise bu belirtilmelidir.
3. Son yıllarda implant işlerinin artması yeni iletişim sorunları yaratmıştır. Dış hekimleri bir plan dahilinde yaptıkları implantların, marka, özellik ve çap gibi bilgilerini laboratuvara iletmelidir.
4. Dış hekimi iyi ölçüler ve iyi modeller göndermelidir. Göndermeden önce iyice incelemeli, eksiklikleri olan malzeme ile zaman kaybına yol açmamalıdır. Yardımcı personel de bu konuda görev ve sorumluluk almalıdır.
5. Dış hekimi protez yapımını ilgilendiren klinik bulgu ve kayıtlarını (Resim, model, renk örneği,v.b) eksiksiz gönderilmelidir.
6. Sorunların aşılması ve zaman kaybını önlemek açısından laboratuvara yetki bildirimi yapılmalıdır.
7. Ölçüler ve işle ilgili materyaller yıkanıp dezenfekte edilmeli, uygun şekilde paketlenip gönderilmelidir.
8. Paketlemelerde ilgili malzemenin zarar görmesi önlenmelidir.
9. Dış hekimi modellerde teknisyene bırakılmaması gereken işlemleri kendisi yapmalıdır.
10. Modellerin düzgün şekildeki artikülasyonu hekimin sorumluluğundadır. Çeneler arası kaydın trimlenmesi işlemi hekim tarafından yapılmalıdır.

Dış Teknisyeninin Sorumlulukları

(iletişimde doğru sonuçlar alınması için)

1. İşlem kartlarındaki isteklere kesinlikle uymalıdır.
2. Ölçü hatası ve kapanış kayıtlarındaki hatalar konusunda hekim aranmalıdır. Kapanışlar en sık hata kaynaklarıdır. Gerekirse kontrol edilmesi için hekime gönderilmelidir.
3. Renk için hekim tarafından gönderilen materyale uyulmalı ve istenilen renk tam olarak sağlanmalıdır.

4. İşler yapılırken doğru ve güvenilir markalar kullanılmalı, ayrıntılara dikkat edilmelidir.
5. Laboratuvar içi dezenfeksiyon sistemi kurulmalı, işler gönderilirken dezenfekte edilmelidir.
6. Paketlemelerde ilgili malzemenin zarar görmesi önlenmelidir.
7. Gizliliğe önem vermeli, herhangi bir şekilde işle ilgili bilgileri dışarı aktarmamalı veya paylaşmamalıdır.

İLETİŞİMDE EN ÇOK KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Deneyimlerimize göre laboratuvar ile diş hekimi arasındaki en önemli iletişim sorunları aşağıdaki gibi özetlenebilir:

1. Karşılıklı olarak birbirinin ne istediğini anlamamak
2. Renk uyumu sorunları
3. Biçim sorunları
4. Kapanış sorunları
5. Zamanla ilgili sorunlar

Bunları kısaca ele almaya çalışırsak:

Karşılıklı olarak birbirinin ne istediğini anlamamak

Daha önce de belirttiğimiz gibi temel terminolojiyi bilmemek veya eksik bilmek en önemli nedenidir. Bu açıdan baktığımızda diş teknisyenlerinin var olan eksikliklerini gidermesi gerekmektedir. Özellikle okuldan yetişmemiş diş teknisyenleri bu açıklarını kitap, dergi, kongre,seminer gibi kaynakları etkin bir şekilde kullanarak önemli derecede kapatabilirler. İnternetin getirdiği her an ulaşılabilir ve ücretsiz olan kaynakları bu açıdan çok faydalıdır.

Birbirinin ne istediğini anlamamak, eksik anlamak veya yanlış anlamak çok sık rastlanan iletişim sorunlarıdır. Bunun terminolojide anlaşılamamak dışındaki diğer nedeni ise iletişimde kullanılan aracı malzemenin yanlış kullanılmasıdır. Bu malzemelerden en önemlisi İş İstek Formlarının (Order Form) hatalı ve eksik doldurulmasıdır. Diş hekimlerinin sıklıkla karşılaştığımız hataları şunlardır:

Diş protez laboratuvarları zamanla yarıştıkları, zamanında doğru yapılmış işler ile hizmet sunmaya çaba gösterdikleri için iletişim sorunlarından çok zarar görürler.

Bu sorunun nedeni nedir? Nasıl aşılabılır? Kanımca iş yükünün getirdiği zaman sıkıntısı, bekleyen bir hastanın varlığı gibi durumlar, yazı yazmak yerine telefonla anlatmanın daha kolay gelmesi v.b buna neden olmaktadır. Kliniklerde çalışan sekreter ve yardımcı personel iyi organize edilirse bu sorun kolayca aşılabılır. Günlük randevuları belli olan diş hekimi İş Formlarını yardımcı personeline önceden hazırlatabilir. Zaten bu formlar sadece işaretleme ile kolayca doldurulabilir. Eğer iletmek

istedikleri var ama zaman sorunu var ise yazacağı “lütfen beni arayınız” notu diş teknisyenine gereken uyarıyı yapacaktır.

Renk Uyumu Sorunları

İletişimde renk konusu en büyük zorluğu oluşturmaktadır. Zira renk anlaşılması kolay olmayan bir konudur. Geçirgen bir ortamda renk oluşumu ile boyalar ile renk oluşumu farklılıklar gösterir. Diş hekimliğinde renk olayını daha da zor hale getiren dişin yarı saydam yapısıdır. Bu tür materyaller ışığı farklı şekillerde geçirirler ve farklı boyutlarda yansımalarla neden olurlar. Üstelik renk almada kullanılan malzemeler ve restorasyon amacıyla kullanılan malzemeler yapısal olarak dişten farklıdır. Son yıllarda implant çalışmalarının artması ile dişeti rengini sağlamak da önemli bir sorun haline gelmiştir. Renk çok ayrıntılı ve ayrıca ele alınması gereken bir konudur.

Renk uyumu için diş hekimi neler yapmalıdır?

- Basamaklı diş kesimi renk uyumu sağlamak açısından çok önemlidir. Yeterli diş kesimi sağlanmalıdır.
- Renk tespiti konusunda şartlarını ve kendisini geliştirmeli ve gerekirse yardımcı personelden yararlanmalıdır.
- Resimler, skala ile beraber alınmış resimler, örnek resimler, renk çizimleri v.b gibi yardımcı kaynaklar kullanılmalıdır.
- Zor olgularda diş teknisyeninden yardım alınmalıdır.

Renk ile ilgili genel prensiplerin ve renk elde edilmesi ile ilgili teknik detaylar (iç renklendirme, dış renklendirme) hakkında hekim ve teknisyen bilgi sahibi olmalıdır.

Kullanılacak renk diyagramı istenilen renklerin net bir şekilde gösterilebilmesini mümkün kılacak kadar büyük olmalıdır.

Diş rengi seçimi için sadece skala kullanmak genelde başarısızlığa neden olur. Bu amaçla hazırlanan renk haritaları ve fotoğraflar diş teknisyenine yol gösterecektir. Rengi seçerken veya restorasyonun sonradan renklendirilmesi işlemlerinde “koleyi biraz sarartın” gibi belirsiz terimler yerine “Vita Akzent BS03 kullanarak saratma yapın” gibi veya “Skaladaki A4 ün kole rengini uygulayın” gibi her iki tarafın anlaşılabilir ve uygulayabileceği terimler kullanılmalıdır.

Hekimin renk algısı gelişmiş olmalı ve algıladığı renkleri yazılı olarak teknisyene iletebilmelidir. Diş teknisyenleri de istenilen rengi sağlamak için gelişen teknikleri yakından izlemeli ve uygulamalıdır. Hekimlerin laboratuvar ziyaretleri yapmaları ve diş teknisyeninin klinikte yaşanan renk sorunlarını bizzat görmesi çok faydalı olacaktır.

Renk tespiti görme ile sıkıntılar nedeniyle de doğru yapılamayabilir. Bu açıdan maliyetli olmasına karşın renk tespiti cihazları çok fayda sağlayabilir.

Biçim Sorunları

İletişimde önemli sorunlardan birisi de diş hekiminin istediği formu diş teknisyenine aktaramaması, ya da diş teknisyeninin diş hekiminin istediği formu sağlayamamasıdır.

Hekimin özellikle isteklerini diş teknisyenine doğru olarak aktarması gerekir. Wax-up, mock-up ve geçici kronlar bu amaçla kullanılabilecek tekniklerdir. Wax-up sadece hekime bilgi verir. Mock-up ve geçici kronlar yapmak ve bunlar üzerinde çalışarak hasta istekleri ve hekimin istediği form oluşturulmalı ve laboratuara aktarılmalıdır. Elde edilen bu form diş teknisyen tarafından modele aktarılmalı ve restorasyon istenilen biçimde bitirilmelidir. Bunların yapılmaması hekimi ve diş teknisyenini gereksiz sorunların içine iter ve verimi düşürür.

Kapanış Sorunları

Diş hekimi diş teknisyeni arasında iletilen kapanış kayıtlarındaki hatalar ve kapanış kayıtlarının laboratuvar tarafından doğru kullanılmaması en önemli iletişim sorunlarından birisidir. Çok sık yapılan bu hatalar gerek hekimin gerekse diş teknisyeninin zaman, iş ve para kaybına yol açmaktadır.

Diş hekimlerinin en sık hatalı kayıt alma nedenleri şunlardır:

1. Kapanış almadan önce hastanın kapanış ilişkisini incelememek ve referans bölgeleri tespit etmemek
2. Kapanış için yanlış malzeme kullanmak: Çok kere kalın ve tüm arkı kaplayacak şekilde sıcak pembe mum ile kapanış almak en sık uygulanan yöntemdir. Bu son derece yanlış bir yöntemdir. Zira hasta tüm referanslarını kaybetmekte, sıcak ve kalın bir nesneyi ısırırken kapanışını kaydırmaktadır. Bu şekilde alınan hiçbir kapanış doğru değildir. Boşuna malzeme ve zaman israfıdır. Ayrıca ülkemizde diş dizimi için kullanılan mumlar ile kapanış alınmaktadır. Bu amaçla üretilmiş sert ve şeklini değiştirmeyen mumlar kapanış için kullanılmalıdır. Mum yerine silikon esaslı kapanış malzemeleri kullanmak masraflı olmasına karşın daha doğru sonuç alınmasını sağlar.
3. Kapanış malzemesini kötü iletmek: Özellikle mum kapanışlar ısı ve basınç etkisi ile kolayca deforme olurlar. Yanlış kutulamak, gönderi esnasındaki ısı farklılıkları kolayca bu malzemelerin bozulmasına yol açar.
4. Kapanışın doğruluğunun kontrol edilmemesi: Diş hekimi aldığı kapanışı kontrol etmelidir. Bunun için kapanış malzemesi trimlenerek sadece diş izlerinin bulunduğu, diğer ağız dokuları ile temasa geçmeyen hale getirilmelidir. Daha da ideali modellerin elde edilmesinden sonra diş hekimine gönderilmesi ve kapanış kaydının bu etapta alınmasıdır. Böylece hekim aldığı kapanışı model üzerinde görüp kontrol edebilir.

Diş teknisyenlerinin en sık kayıt hatası yapma nedenleri şunlardır:

1. Modelleri düzgün bir şekilde hazırlamamak: Ölçüler zamanında ve düzgün bir şekilde

dökülmeli, yeterli süre beklendikten sonra açılmalı, zarar görmeyecek şekilde alçı kesme motorunda kesildikten sonra dişler üzerindeki tüm boncuklar ve düzensizlikler giderilmelidir.

2. Trimlenmemiş kapanış kaydı kullanmak: Kapanış kayıtları trimlenmez ise modele doğru olarak oturmaz ve yanlış kapanışa neden olur.
3. Modeller nemli iken kapanış bağlamak: Modeller kurutulduktan sonra kapanış bağlanmalıdır. Aksi halde artikülatöre alırken kapanış açılabilir.
4. Artikülatör ayarlarını doğru yapmamak: Tüm ayarlar yapılmalı, özellikle insizal pin sıfırlanmalıdır.

Zaman Sorunu

Kanımca zamanla ilgili problemler de diş hekimi diş teknisyeni arasındaki iletişim sorunlarından bir tanesidir. İş kalitesini en çok etkileyen zamandır. Her iş için işin yapımı ve üzerinde düşünebilmek için zamana gereksinim vardır. Bir diş teknisyeni belli bir zaman diliminde stres altında kalmadan belli bir miktar iş çıkarabilir. Laboratuvarların önemli sorunlarından biri de iş istikrarsızlığıdır. İyi organize olmamış laboratuvarlar bu sıkıntılı devreleri atlatamazlar ve hekimle çatışırlar.

Diş hekimi laboratuvarların çalışma tarzını anlamalı, randevularını karşılıklı ayarlamalı, gereksiz zaman stresi yaratmamalıdır. İşini hızlı isteyen hastalar diş hekimini zorlayabilirler ancak bu kişiler iş kalitesinin bozulabileceği konusunda uyarıldıklarında gereksiz isteklerinden vazgeçerler. Diş hekimi başının ağrımasını istiyorsa zaman konusunda laboratuvarını sıkıştırmamalıdır. En doğrusu diş hekiminin laboratuvarı ile iletişime geçerek randevulu çalışmasıdır.

SONUÇ

Klinikten laboratuvara, laboratuardan kliniğe iletilen her türlü bilginin doğruluğu başarılı klinik çalışmalara ve laboratuvar personelinin verimli çalışmasına neden olur. Bunun doğal sonucu hasta memnuniyetidir. Dolayısıyla hekimler ve teknisyenler birbirlerinin çalışma şartlarını anlamaları gerekir. Ayrıca sözlü, yazılı, her türlü medya ile iletilen yazılı ve görsel bilgi ve klinik malzeme iletimi dikkatle doğru olarak ve zamanında yapılmalıdır. Böylece her iki taraf stressiz ve başarılı çalışmanın keyfini çıkaracaktır.

Dr. Diş Hekimi Ruhi Kulez

YOĞUN BAKIM HASTASI İLE İLETİŞİM

Doç. Dr. Ayşin Ersoy

Sultan 2. Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sağlık ekibi ile hastalar arasında yeterli ve etkin iletişim kurulamadığında yapılan tedaviye uyum sağlamada problemler yaşanmakta, hastanede kalış süreleri uzamaktadır. Etkili ve iyi iletişim ile de hastaların iyilik hali artmakta ve hastanede kalış süresi kısalmaktadır. İletişim sadece bilinci açık hasta ile değil bilinci kapalı hasta ile de sağlanmalıdır. Bilinci kapalı olan, komadaki hasta etraftaki olan biteni algılama yeteneğini kaybetmemiştir, yalnızca algıladığı duruma cevap verme yeteneğini kaybetmiştir. Bundan dolayı bilinci kapalı hastalarla uygun iletişim teknikleri kurulmalıdır

Beyin sapında bulunan retikular aktive edici sistem (RAS) duyuşal uyarıları serebral kortekse iletir. Serebral kortekse iletilen bu uyarılar algılama, öğrenme ve duygulanım için gereklidir. Duyuşal uyarılma, uygun nitelik ve nicelikte olursa birey çevre ile iletişimini sürdürebilir. Derin uykuda bilinç düzeyi bozulan hastalar bile uyarıları alabilirler. Yoğun bakım hastaları, çoğunlukla sedatize ya da şuuru kapalı şekilde takip edildikleri için hasta iletişiminin yeterince önemsenmediği hasta gruplarından birini oluşturmaktadır. Kişinin dış dünya ile uyum içinde yaşayabilmesini sağlayan ego, bilişsel işlevlerin bozulmasından etkileneceği için duyuşal yoksunluk tablosunda kişinin gerçeği değerlendirme ve normal düşünme yetileri kaybolabilir. Duyuşal yoksunluğun en önemli sebepleri; yaşlılık, hasta ziyaretlerinin kısıtlı ya da hiç olmaması, hasta ile sağlık çalışanlarının yeterli iletişim kurmaması, tek düze uyarılar, yabancı uyarılar, uzun süreli hareketsizlik, izolasyon uygulaması, gece gündüz döngüsünün bozulması, iyi ışıklandırılmamış ortamlar olarak belirtilmiştir.

Yoğun bakımda bir yandan duyuşal yoksunluk mevcutken bir yandan da duyuşal girdilerin artışı söz konusudur. Bu da duyuşal yüklenmeye neden olur. Duyuşal yüklenme hastalarda kendisini ajitasyon, olayları yanlış algılama, yoğun anksiyete, illüzyon, oryantasyon bozukluğu, hallüsinasyon, konfüzyon gibi klinik tablolarla gösterir.

Yoğun bakım ünitesindeki hasta izolasyon içerisindedir ve yakınlarından ayrıdır. Yaşamını sürdürmesi hiç tanımadığı kişilere bağlıdır. Onlara güven duyması gerekir. Güven ise karşılıklı iletişim ile kurulabilecek bir şeydir. Bu kritik hastaların çevrelerinde monitörler, infüzyon pompaları, ventilatörler gibi ses çıkarak hayatı teknolojik araçlar, üzerlerinde ise idrar sondası, kateterler gibi hareket kısıtlılığına neden olan araçlar bulunmaktadır. Sık sık uygulanan çeşitli ağırlı manipölasyonlar korku ve endişeye neden olur.

Entübasyon olgusu, hastalar tarafından en önemli yoğun bakım stresörleri arasında sayılmaktadır. Entübasyona bağlı gelişen korku ve anksiyetenin mortaliteyi olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Entübasyonun yoğun bakım hastalarında stres oluşturma nedenlerinden biri de entübe hastanın konuşamaması ve çoğunlukla sedatif bir ilaç eşliğinde takip edilmesidir. Etkin bir iletişim, özellikle entübe hastalarda, stress ve anksiyeteyi azaltarak, moral ve motivasyon oluşturarak stress hormonlarının salınımını azaltır ve mekanik ventilatörden ayrılma süresinin kısaltmasına yardımcı olabilir.

Genellikle yoğun bakımda entübe hasta ile iletişimde sözlü ve sözsüz (onaylama, yazdırma, iletişim kartları ve dokunma) iletişim teknikleri, hastanın durumu göz önünde bulundurularak kullanılabilir. Bunlar arasında hastaların kültürel yapısı, algılama yeteneği, dil, yaş, eğitim seviyesi, iletişim becerileri gibi kişisel özellikleri de etkilidir.

Hastaya açıklama yapılması etik bir sorumluluk olduğu kadar, hastanın uyumunu kolaylaştırması ve yoğun bakımın olumsuz etkilerinin azaltılmasının sağlanması açısından da önem taşımaktadır. Hastaya yapılacak işlemler o cevap veremese de mutlaka kendisine anlatılmalıdır. Literatürde yapılan çalışmalar sedatize ve bilinci kapalı hastaların konuşulanları anladığını ortaya koymakta, hastaya uygulanacak medikal girişimlerin ve müdahalelerin hastaya açıklandığında bunu anlayabileceği belirtilmektedir.

Konuşamayan yoğun bakım hastalarının iletişim kurmada kullandıkları en önemli araçlar; baş hareketleri, jestler, göz hareketleri olarak değerlendirilebilir. Yazma kabiliyeti korunmuş olan hastalarda yazarak iletişim ya da iletişim panolarının kullanılması diğer iletişim araçları olarak sayılabilir.

Yoğun bakımlarla ilgili önemli ikinci iletişim; sevdiği bireyi kaybetme korkusu, mali kaygılar, rol değişiklikleri ve diğer aile üyelerinden ayrılma, yakını kaybetme korkusu duyan hasta yakınlarıyla olan iletişimdir. Mutlaka birinci derece hasta yakınları ile görüşülmesi ve onlara bilgi verilmesi sağlanmalıdır. Hasta yakınlarının doğru ve etik şekilde bilgilendirilmesi yoğun bakım tedavisinin bir parçası olarak değerlendirilmelidir.

İletişimin önemi vurgulandıktan sonra bu iletişimde yetersizliğe neden olabilecek faktörler de şu şekilde özetlenebilir. Çalışan eleman yetersizliği nedeniyle iş merkezli çalışmak zorunda kalınması, nöbetlerin yoğun ve yorucu geçmesi nedeniyle motivasyonunun bozulması ve zaman sıkıntısı nedeniyle hastaların sadece tedavi ve bakımıyla ilgilenebilmesi şeklinde listelenebilir. Hasta ile en sık ilişki halinde olan hemşirelerin çalışan memnuniyetinin artırılması, hasta iletişimi konusunda eğitim alması, büyük önemi olan bu iletişimi arttıracaktır. Yoğun bakım ünitelerinin planlanmasında, yatak başına düşen hemşire sayısı hesaplanırken sadece tıbbi bakım ve tedavi değil iletişime ayrılacak süre ve emek de düşünülmelidir. İletişim tedavinin önemli bir parçası olarak değerlendirilmelidir.

Sözlü iletişimde, hastalar ile sağlık personeli direkt sözlü iletişim kurabilir. Özellikle trakeostomili hastalar kanüllerini kapatarak sözel iletişim kurabilirler. Sorular sorarak hastanın başı, gözü ya da herhengi bir ekstremitesi ile onaylaması şeklindeki iletişim onaylama yolu ile iletişim olarak adlandırılır. Ayrıca iletişim kartları da Türkçe bilmeyen, işitme engeli bulunan hastalarda etkili olmakla beraber entübe hastalarda da kullanılacak bir iletişim yöntemidir. Hasta yaşadığı ve hemşireye ifade etmek istediği duyguyu ve ihtiyacını belirten resimdeki kartı seçer ve hemşireye gösterir. Kartların sınırlı sayıda duygu ve ihtiyacı karşılaması, bazılarının anlaşılmasının güç olması kartların dezavantajları arasında sayılır. Bir diğer iletişim tekniği olan dokunarak iletişim hastaların kendilerini güvende hissetmesi adına yararlıdır. Dokunmayla iletişim tedavi edici dokunmaları kapsar. Yazdırarak iletişim ise hemodinamisi normal uyanık hastalarda tercih edilen bir yöntemdir. Hastalara iletilmesi istenen istek ve düşüncelerini ifade etmesi için kalem ve kâğıt verilerek sağlanan iletişim tekniğidir.

Yoğun bakım hastası ile iletişim derken sadece hekimlerin ya da diğer sağlık çalışanlarının iletişiminden

bahsetmek doğru olmaz. Hasta yakınlarının hasta ile iletişim kurmasının sağlanması da önemlidir. Hastanın sevdiklerini görmesi hastalık ile mücadelesinde ona güç verecektir.

Sonuç olarak; Yoğun bakım hastaları ile iletişimin ana hatları aşağıdaki şekilde özetlenebilir. --Entübe hastalar ile iletişimde hasta bilinçsiz dahi olsa iletişim sürekli olmalı ve konuşmaya devam edilmelidir. Uygulanacak tüm işlemler için ismiyle hitap edilerek hastaya bilgilendirme yapılmalıdır. Hastanın sık sık ismini söylemek çevreye ve kendine uyumunu kolaylaştırabilir, güven duygusunu arttırabilir.

- Bu konuşmalar sırasında; yavaş ve anlaşılabilir konuşulmalı ve acele edilmemelidir. Hastaya ne yapması gerektiği tane tane söylenmeli, sorular tekrar edilmeli, cevap için yeterli süre tanınmalıdır.
- Hastanın bütün iletişim çabaları dikkatle takip edilmelidir. Hareket ve davranışları incelenerek, duyguları ve anlattıkları anlaşılmalı çalışılmalıdır.
- Gerekli durumlarda iletişim kartlarını kullananabileceği düşünülerek planlı ameliyalar öncesinde durumu uygun ve postoperatif yoğun bakıma çıkacak hastalara gerekli eğitim verilebilir.
- Aile ziyaretlerine mümkün olduğu kadar önem verilmelidir.
- Zaman kavramı gece gündüz algısı bozulan yoğun bakım hastalarında uyum açısından çok önemlidir. Sık sık hatırlatılması gereklidir. Yoğun bakım ünitesinin hastalar tarafından görünebilecek bir bölgesine saat asılabilir. Hastaların sedasyon zamanları gece ve gündüz ritmine uygun olarak planlanmalıdır.
- Müziğin yoğun bakım hastalarında sakinleştirici ve anksiyete giderici etkisi olduğu bilinmektedir. Sakin bir müzik faydalı olacaktır.
- Hastaya sevdiği kişilerin fotoğraflarının gösterilmesi, kulaklık ile seslerinin dinletilmesi de hastanın hayat bağlanma gücünü artırır ve iyileşmesine olumlu katkıda bulunur.
- Hasta aynı zamanda anne, baba, eş olabilir bir ailesi ve sorumlulukları vardır. Çocukları ve ailesi ile ilgili bilgilendirilmeli ve endişesi giderilmelidir.

Yoğun bakım ünitelerine hastaların genel bakımı hemşireler tarafından verildiği için iletişim de çoğunlukla hemşirelerin vazifesi gibi görünmektedir. Oysa ki hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi alma, iyileşme süreçleri, tedavileri ve sonraki medikal girişimleri ile ilgili de bilgi almaya hakları vardır. Hastaların bunu soramıyor olmaları merak etmediklerini göstermez. Bu yüzden yoğun bakım hekimlerinin teşhis ve tedavi süreci ile ilgili hastayı bilgilendirmesi onun hem merakını gidererek hem de iyileşme ve yoğun bakımdan taburcu olma umudunu arttırarak stres ve anksiyetesini azaltacak bu da iyileşme üzerine olumlu etki edecektir.

SEREBRAL PALSİLİ HASTALARLA İLETİŞİM

Prof. Dr. N. Ekin Akalan

İstanbul Kültür Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı, İstanbul, Türkiye

Serebral palsy (SP), immatür beyinde oluşan nonprogresiv bir lezyon nedeniyle çocuğun tüm yaşamı boyunca muskulo-skeletal ve mental gelişiminde değişik düzeylerde bozukluk oluşturan kronik bir hastalıktır. Beyindeki lezyonun progresyon göstermemesine rağmen, çocuğun büyüme ve gelişme sürecinde kas iskelet sisteminde ilerleyici sürekli takip ve tedavi gerektiren problemler oluşturur. Bu nedenle zaman içinde değişen ağrı, duruş ve hareket bozuklukları çocuklarla sağlık ekibinin sürekli ve aktif iletişimini şart koşar. Malesef, SP'li çocuklar ile iletişimde beyindeki lezyonuna göre değişen bir çok sistemin etkilenmesine neden olduğundan mental problemlerin yanında, kas tonus bozuklukları, eklem kontraktürleri, birçok istemi etkilenimleri yanında konuşma, görme, işitme, duysal algı ve motor integrasyon bozuklukları gibi çevre ile iletişimi doğrudan bozan problemler de gözlenmektedir. Tipik gelişenlerde İletişim çeşitli amaçlar, yöntemler ve seviyelerde yapılır. İletişim fiziksel, duysal, bilişsel ve dilsel alanlar arasındaki etkileşimden doğar ve SP'li çocuklarda olduğu gibi bu alanların biri veya daha fazlasındaki kesintiler iletişimin hem gelişimini ve kullanım becerilerini etkiler. İletişim zorlukları SP 'li çocuk ve erişkinlerin çoğunda bulunur kendini konuşma, dil, okuryazarlık ve kişilerarası iletişim zorlukları şeklinde gösterir. Bu sunumda SP'li çocuklarda iletişim gücüğü bu üç alan üzerinden tartışılacaktır.

INFODEMIA IN HEALTH: EXPERIENCE FROM RESPONDING TO MONKEYPOXX INFODEMICS IN NIGERIA

Abara Erim

Introduction

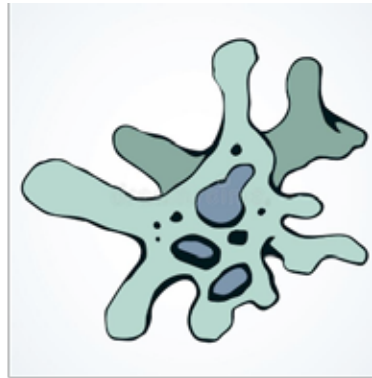
Infodemic tends to behave like a disease, and it has to be treated as such. Just like any disease, before developing effective treatment for it, you have to first understand the disease. So, what is infodemics?

Infodemics is information disorder! I know you may be familiar with infodemics as “*too many information*” or “*overabundance*” of information. In addition, infodemics could also come because of ‘under-presence’ of the right information. So, infodemics can be too much information (overabundance /information overload), too little (inadequate), it can even be normal (dis/mis/malinformation) and in some instances, it can be information void (lack of right information). So, the key thing I will use to define infodemic is **information disorder**. Once there is a disorder in that information, then infodemic is there.

To describe infodemics, I liken it to an *octopus* with many tentacles, *amoeba* without definite shape and liquid or gases because it can also assume the shape of the container. So, there is a whole lot of dynamics to infodemics and as we continue to advance in science, we will continue to understand it much better.



Octopus



Amoeba



Gases

But how does infodemics spread?

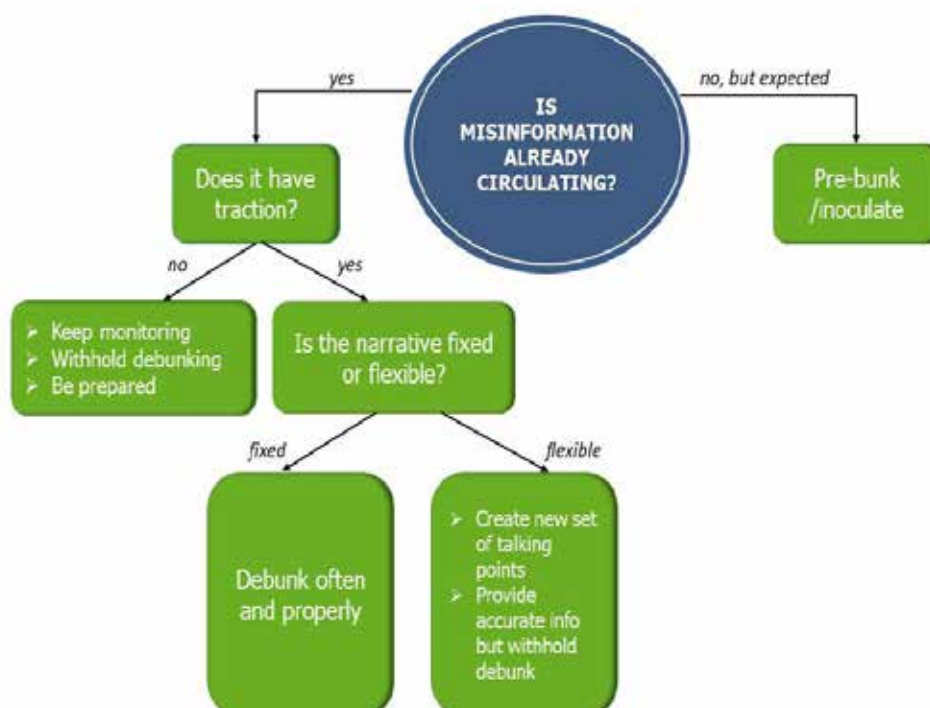
The infodemic web is like a neuron with many dendrites and for each share or spread, a new strand is added until it becomes difficult to untangle or find the original source of the information especially in some channels or sources. When it stops with you, when you pause and don't share it, it stops with you, but if you keep sharing, it'll keep spreading. So, just like diseases spread through movement, Infodemics spreads through sharing!



Methodology: How did we manage infodemics of monkeypox?

Just like a risk assessment is conducted during disease outbreak, in the same vein, before we respond to infodemics, we first try to understand, and we do this by carrying out a landscape analysis. But to do the analysis, we have to assume three roles: The sender, the receiver and the authority.

The infodemic response chart by European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) has been of great help and has contributed to the management of monkeypox infodemics in Nigeria. The chart is shown below, and the steps/arrows shows the process we go through to respond to a rumour.



Result

Two ways we addressed infodemics for monkeypox: Prebunking and debunking. The third which is inoculation is just like vaccination. The several rumours we found for monkeypox necessitated us to conduct community polling that informed the interventions for Risk communication and community engagement (RCCE) for the monkeypox outbreak response.

One of the key lessons that I have learnt from my two years in the field of infodemic management is to address the core of the rumour. This is because sometimes it is difficult to believe the truth when a lie has overstayed.

ATTITUDES AND INTENTIONS OF HEALTH PERSONNEL TOWARDS COVID-19 VACCINATION IN KAZIBA HEALTH ZONE

*Bontango¹, Yassa², Zawadi², Bafuka², Selemani², Kaswa³

¹ School of Public Health, University of Kenge, DRC

² Faculty of Medicine, University of Kaziba, DRC ³ Faculty of Medicine, University of Kinshasa, DRC

*Frederic Bontango Kweme, MD, MPH, PhD

emmanuelabontango@gmail.com

Abstract

Introduction: SARS-CoV-2 is a virus of the coronaviridae family and of the beta coronavirus group, such as those responsible for SARS and MERS. This COVID-19 is more contagious than SARS and MERS but with a lower death rate. COVID-19 vaccine is a pharmaceutical tool to control the transmission of COVID-19 among the health personnel and the general population. The acceptance of COVID-19 vaccination remains reluctant among the health personnel. The purposes of this study are to determine the intentions and attitudes of health personnel vis-à-vis to COVID-19 vaccination and, to determine the reasons for accepting and refusing COVID-19 vaccination among health personnel in Kaziba Health Zone from 15 to 28 July 2021. **Material and methods:** our study was descriptive retrospective cross-sectional study. A random sampling method was carried out to collect the data through survey questionnaire with 102 health personnel. The data was analyzed with SPSS (version 21). **Results:** the intentions and attitudes of the health personnel vis-à-vis to COVID-19 vaccination was (31.4%), and the participants who declared the mandatory COVID-19 vaccination was 31.4%. The health personnel who accepted the covid-19 vaccine were 21.6%, however, those who refused was 45.1%. **Conclusion:** health personnel do not have acceptable intentions and attitudes towards COVID-19 vaccination. Only nurses and midwives, physicians and healthcare assistance staff were agreeable to COVID-19 vaccination to control the pandemic. Lack of information was the main refusal reason for COVID-19 vaccination. The health personnel was not willingly to mandatory COVID-19 vaccination.

Keywords: Attitudes, COVID-19, health personnel, intentions, Kaziba, SARS-CoV-2, Vaccination.

Introduction

The first case of the new COVID-19 emerged in December 2019, in Wuhan, Hubei province, China [1]. This COVID-19 rapidly spreads worldwide, as of 11 March 2020 COVID-19 was declared pandemic of international concern [2]. To control the transmission of SARS-CoV-2, pharmaceutical intervention such as vaccine remains vital [3, 22]. Some countries embarked on vaccination campaigns to curb down the transmission of COVID-19 [4], a vaccination certificate was proposed and issued to all recipients to allow the international and social domestic activities [5], therefore, as condition to

embark on the international travels one supposed to possess COVID-19 vaccination certificate. However, the mandatory possession of COVID-19 vaccination certificate is still rejected by a good number of people since there is an inequality of vaccine supply between the developed and non-developed countries [6]. It is vital to gather local data on the people ideas and behavior; also the global impact towards the COVID-19 vaccination to allow the implementation of the best strategies to encourage COVID-19 vaccination acceptance. These best strategies will improve vaccination coverage rate and enable the best communication strategies during the vaccination campaign. The collection of data for the health personnel carry a significant relevance owing to the cardinal role the health personnel play in the process of vaccination activities [7]. Though, the African continent is relatively less affected by COVID-19 than other continents such as America and Europe, there are concerns about the precariousness of the Africa health system towards high transmission rate of SARS-CoV-2 [8]. As of 25 January 2020, Asian continent recorded a prevalence of 2,062 [9]. America and Europe were the continents that recorded large number of cases and deaths. As of 30 October 2020, Europe continent recorded 10,520,014 cases and 279,657 deaths [10]. On the other hand, as of 2 November 2020, in the American continent, the USA was the most affected country worldwide with 9,032,465 cases and 228,998 deaths [9]. Africa continent notified its first case in February 2020 in Egypt. As of 25 June 2020, COVID-19 spreads to all 54 countries of the African continent [11]. As of 11 July 2020, DRC recorded 7,905 cases and 189 deaths, ranking the country at 11th position out 54 countries in the African countries. There is still low extent of the implementation of public health measures and the provision of the health service delivery towards COVID-19 pandemic. In addition, it has been found a certain level of negligence in line with hygiene and aseptic measures to figure out among the most challenges during the assessment of the public health measures and the health service delivery. SARS-CoV-2 spreads through aerosols from one person to other(s) in close contact [11]. Another study indicated that COVID-19 infection from one patient hospitalized in South Korea spread to other 118 patients who previously were not infected [12]. To control COVID-19 pandemic at global extent, COVID-19 vaccine has been found to be ultimate pharmaceutical tool. Even though the research has made significant progress to the development of a certain number of vaccine brands, these vaccines are still at experimental stage of clinical control trials with expectant results [10]. On the one hand, the development of the vaccines provide a solution to control COVID-19 pandemic. On the other hand, there is number of concerns regarding the deployment and acceptance of the vaccines against SARS-CoV-2 [12]. Therefore, the objectives of this study were to determine the attitudes and intentions of health personnel vis-à-vis to COVID-19 vaccination as well as the reasons for accepting and refusing COVID-19 vaccination among the health personnel in Kaziba health zone from 15 to 28 July 2021.

Materials and Methods

Study area: this study was conducted at the Kaziba Health Zone (General Reference Hospital and Health Centers) which is located in Walungu territory of South Kivu Province, DRC. Kaziba General Reference Hospital is the main public hospital located in Kaziba centre which is 54km away from Bukavu (provincial capital city of South Kivu) along the road Bukavu- Nyangezi-Kaziba. Kaziba Health

Zone services an estimated total population of 142,852 in 2020.

Study design and period: an observational descriptive and retrospective cross-sectional study was carried from July 15 to 28, 2021.

Study participants: the source population of this study was all health personnel aged between ≤ 30 and ≥ 51 years.

Sample size calculation and sampling procedures: the sample size was determined by using the following formula: $n = (e^2 \cdot p \cdot q) / d^2$. The expected minimum sample of $n + n / 10n$. Based on the total number of 200, after carrying out the exclusion criteria and considering the time (limiting factor), our definite sample size was 102.

Study variables: dependent variables were attitudes and intentions of health personnel vis-à-vis to COVID-19 vaccination, reasons for accepting and refusing COVID-19 vaccination among health personnel, and opinions of health personnel on mandatory vaccination to the population. Independent variables were socio-demographic characteristics, health professional group and work department, involvement in the care of COVID-19' patients.

Data collection tools and procedures: data regarding the variables were collected through anonymous in-person survey questionnaire filled out by selected health personnel. Data were collected by field data collectors who were followed by supervisors. A one-day orientation was given to the field data collectors and supervisors concerning the purpose of the study, data collection tools and interaction with the participants. During this process of the data collection, the supervisors and the field data collectors were provided with facemasks and hand-sanitizer solutions, and they were guided to comply with public health measures in place. The survey questionnaire was made of binary option. The supervisors assessed the consistency and completeness of data on a daily basis.

Statistical analysis: Microsoft excel spreadsheets were initially used to capture data then to import into SPSS (version 21). Descriptive statistics was carried out and presented with narration and tabulation. Chi-square test analysis was performed to identify statistically significant variables using a cut-off p -value < 0.05

Ethics approval and consent to participate: ethical clearance was obtained from the institutional review board (IRB) of the University of Kaziba. A written informed consent obtained from each participant before data collection.

Results

Socio-demographic and professional characteristics of the study participants: in this current study, a total of 102 participants was involved. There were 58 (56.9%) male participants (56.9% vs 43.1%). The age group 31-40 was most represented (37.3%) as presented in Table

1. Nurses and midwives were the health professional much represented (66.7%) (See Table 2).

Regarding the educational attainment, a large proportion of health professional was certificate level (43.1%) (See Table 3). Looking at the work department, many participants (20.6%) were found in the department of internal medicine as portrayed in Table 4. Less than 10% of health professional were directly involved in care of COVID-19 patients (9.8% vs. 90.2%). Accordingly, our results indicate that there was statistically significant association ($\chi^2 (4) = 9.837$ at $p = .04$ level) between health personnel subgroup and intentions and attitudes vis-à-vis to COVID-19 vaccination as shown in Table 5. Among the health personnel categories, there were respectively healthcare assistance (44.4%), physicians (40%) and, nurses and midwives (33.8%) (See Table 6). The reasons for accepting COVID-19 vaccination: the main reason for vaccination acceptance was the contribution to the control of COVID-19 pandemic (21.6%) (See Table 7), while the reasons for refusing COVID-19 vaccination were attributed to misinformation as portrays in Table 8. The opinions of the health personnel regarding mandatory COVID-19 vaccination to population: the results of this study depicts that there was a high rate (37.2%) of health personnel being against to COVID-19 vaccination (31.4% vs. 68.6%).

Discussion

In this current study, we have tried to determine the intentions and attitudes of health personnel vis-à-vis to COVID-19 vaccination, as well as the reasons for accepting and refusing COVID-19 vaccination among the health personnel in Kaziba health zone from 15 to 28 July 2021. Accordingly, our results indicated that there was statistically significant association ($\chi^2 (4) = 9.837$ at $p = .04$ level) between health personnel subgroup and, intentions and attitudes vis-à-vis to COVID-19 vaccination. Among the health personnel categories, there were respectively healthcare assistance (44.4%), physicians (40%) and, nurses and midwives (33.8%). These results are in accord with recent studies indicating that there was high rate of accepting COVID-19 vaccination [14, 15].

The reasons for accepting COVID-19 vaccination, the contribution to control of COVID-19 pandemic was found to be the main reason among the health personnel (21.6%). The findings of this study are not consistent with one research which found 57.8% of vaccination acceptance rate among the health personnel [14]. A cross-sectional study found that the reasons for health personnel accepting COVID-19 vaccination was to protect themselves against COVID-19 [19]. The reasons for refusing COVID-19 vaccination, the misinformation regarding the COVID-19 vaccine was discovered as the main reason (45.1%) among the health personnel. These results are in keeping with previous observational study, which found the same reason as for our study [16, 23]. However, another study revealed that there was eager desire of vaccine acceptance, in addition, this study suggested a number of strategies to address the vaccination hesitation among the health personnel and the general population to reach the herd immunity [17]. Other studies found that vaccine safety [20], efficacy [24] and negative attitudes and poor perceptions were the main reasons for refusing COVID-19 vaccination [25]. Regarding the mandatory COVID-19 vaccination to the health personnel and general population, less than 1/3 (31.4%) of the study participants was willingly to comply with mandatory COVID-19 vaccination (31.4% vs. 68.6%). These results do not seem to be consistent with other research which found a moderate acceptance level of health professional towards mandatory COVID-19 vaccination

[14]. The findings of this study reveal that the participation rate of male gender was 13.8% higher than of the female gender (56.9% vs 43.1%) among the health personnel. These findings mirror that of a previous study that found a similar trend where the male gender represented 40.4% (18), yet they are not consistent with a study that found a high female participation rate [21]. A possible explanation for these findings may be that Bashi women are more interested in farming than in studies. Most participants were between 31 and 40 years (37.3%). These results disagree with the findings of other research which found that the age group of 41-50 years was prevalent (31%) [14]. A possible explanation for this might be associated to a small number of the health personnel in Kaziba health zone. The findings indicate that the health personnel that had certificate level were more represented (43.1%) to this study than other health personnel groups. A possible explanation to this high percentage of health personnel that hold certificate level is due to the lack of universities in Kaziba territory. In the past, there was only a health college in the territory. The results of the study indicate that the department of internal medicine has higher number (20.6%) of health personnel than others reflecting only the data from the hospital. These results support previous research [14] into this area which found similar result in the department of internal medicine (38%). In addition, we found that the health professional who worked in the health centers did not how to classify themselves according to the departments (refer to other department). It is somewhat surprising that only 9.8% of health personnel are involved in the care of patients with COVID-19. However, this study proves that the poor involvement of health personnel in the care of patients with COVID- 19 is due to the fact that Kaziba health zone does not have the necessary commodities to enable the diagnosis and management of COVID-19 cases.

Conclusion

Our study on intentions and attitudes of health personnel vis-à-vis to COVID-19 vaccination in Kaziba health zone found that male participants aged between 31 and 40 years were more represented. Healthcare assistance, physicians and, nurses and midwives were the health professional who accepted the COVID-19 vaccine. The reason for accepting COVID-19 vaccination was the contribution to the control of COVID-19 pandemic whereas the reason for refusing COVID-19 vaccination was the misinformation concerning COVID-19 vaccine. There is, therefore, a definite need for the Ministry of Public Health to mobilize more commodities for screening, diagnosis and care of COVID-19 cases. Moreover, more information about COVID-19 vaccine should made available to enhance the vaccine uptake among the health personnel and the general population. Greater efforts are needed to ensure a substantial involvement to care of the health personnel.

Tables

Table 1. *Health Personnel Age Groups*

Table 1 presents the age groups of the health personnel of Kaziba Health Zone with age group 31 – 40 being more representative.

Age Groups (Years)	Frequency (n)	Percent (%)
≤ 30	34	33.3
31 – 40	38	37.3
41 – 50	13	12.7
≥ 51	17	16.7
Total	102	100.00

Table 2. *Educational Attainment of Health Personnel*

As can be seen from Table 2, the health personnel with certificate level reported significantly more than others.

Educational Attainment	Frequency (n)	Percent (%)
Certificate level in Technical Sciences	44	43.1
Diploma Level	33	32.4
Degree Level in any field than medicine	14	13.7
Degree in Medicine	10	9.8
Postgraduate specialization	1	1.0
Total	102	100.00

Table 3. *Distribution of Health Personnel per Subgroup*

Table 3 displays the breakdown of health personnel per professional categories with nurses and midwives representing more than 2/3 of personnel.

Health personnel subgroup	Frequency (n)	Percent (%)
Nurses and Midwives	68	66.7
Physicians	10	9.8
Health personnel assistance staff	9	8.8
health personnel diagnostic staff	14	13.7
Health personnel emergency staff	1	1.0
Total	102	100.00

Table 4. *Distribution of Health Personnel per Department*

Table 4 presents different departments organized at hospital and health centre level in Kazıba health Zone with internal medicine having many personnel than other departments.

Department	Frequency (n)	Percent (%)
Internal Medicine	21	20.6
Pediatrics	15	14.7
Surgery	6	5.8
Obstetrics-Gynecology	15	14.7
Emergency	2	2.0
Imaging	1	1.0
Pharmacy	4	3.9
Others	38	37.3
Total	102	100.00

Table 5. *Chi-Square Test*

Table 5 shows the Chi-Square test with significant $p = 0.04$ level.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.837 ^a	4	0.043
Likelihood Ratio	14.052	4	0.007
Linear-by-Linear Association	1.783	1	0.182
N of Valid Cases	102		
a. 5 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .31.			

Table 6. *Intentions and Attitudes of Health Personnel vis-a-vis to COVID-19 Vaccination*

It can be seen from the data in Table 6 that the healthcare assistance, physicians and, nurses and midwives were the health personnel willingly to accept COVID-19 vaccination.

Health personnel subgroup		Intentions and attitudes vis-à-vis COVID-19 vaccination		Total
	Count	23	45	68
Nurses and Midwives	% within health personnel subgroup	33.8%	66.2%	100.0%
	Count	4	6	10
Physicians	% within health personnel subgroup			100.0%
	40.0%			
	60.0%			
	Count	4	5	9
Healthcare assistance staff	% within health personnel subgroup	44.4%	55.6%	100.0%
	Count	0	14	14
Healthcare diagnostic staff	% within health personnel subgroup	0.0%	100.0%	100.0%
	Count	1	0	1
Healthcare Emergency staff	% within health personnel subgroup	100.0%	0.0%	100.0%
	Count	32	70	102
Total	% within health personnel subgroup	31.4%	68.6%	100.0%

Table 7. *Reasons for Accepting COVID-19 Vaccination among Health Personnel*

Table 7 shows that the contribution to the control of the pandemic was the reason for accepting vaccination among health personnel.

Reasons for Accepting	Frequency (n)	Percent (%)
To protect themselves	21	20.6
To protect their families	8	7.8
To protect their patients	5	4.9
To contribute to control of pandemic	22	21.6
More than two reasons	11	10.8
Others	35	34.3
Total	102	100.00

Table 8. *Reasons for Refusing COVID-19 Vaccination among Health Personnel*

Looking at Table 8, it is apparent that the misinformation about the vaccine reported significantly than other reasons.

Reasons for Refusing	Frequency (n)	Percent (%)
Concerns about vaccine efficacy	9	8.8
Concerns about vaccine safety	1	1.0
Perception that COVID-19 is not a dangerous disease	2	2.0
Misinformation about the vaccine	46	45.1
Perception of not being at risk for infection	9	8.8
More than two reasons	9	8.8
Others	26	25.5
Total	102	100.00

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

We are deeply indebted to the Institutional Review Board of the University of Kaziba for permitting to conduct this study. We would like to extend our sincere thanks to the study participants, supervisors and field data collectors.

References

1. Banerjee, A., Kulcsar, K., Misra, V., Frieman, M., & Mossman, K., 2019, Bats and Coronaviruses. *Viruses*, 11(1), 41. <https://doi.org/10.3390/v11010041>

2. WHO. (2020, February 12). *COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global Research and Innovation Forum*. Retrieved August 9, 2021, from [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)

3. CDC. (2021, August 17). *Benefits of Getting a COVID-19 Vaccine*. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved September 9, 2021, from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/vaccine-benefits.html>

4. Yang, J., Marziano, V., Deng, X., Guzzetta, G., Zhang, J., Trentini, F., Cai, J., Poletti, P., Zheng, W., Wang, W., Wu, Q., Zhao, Z., Dong, K., Zhong, G., Viboud, C., Merler, S., Ajelli, M., & Yu, H., 2021, To what extent do we need to rely on non-pharmaceutical interventions while COVID-19 vaccines roll out in 2021? *MedRxiv*, 12.

5. <https://doi.org/10.1101/2021.02.03.21251108>

6. Wang, B., & Ping, Y., 2022, A comparative analysis of COVID-19 vaccination certificates in 12 countries/

- regions around the world: Rationalizing health policies for international travel and domestic social activities during the pandemic. *Health Policy*, 126(8), 755–762. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.05.016>
7. WHO. (2021, April 19). *Statement on the seventh meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Retrieved August 27, 2021, from [https://www.who.int/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
 8. WHO. (2020, November 13). *Feuille de route du SAGE de l'OMS pour l'établissement des priorités concernant l'utilisation des vaccins anti-Covid-19 dans un contexte d'approvisionnement limité*. Retrieved August 31, 2021, from <https://www.who.int/fr/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>
 9. Africa Centres for Disease Control and Prevention. (2021, August 24). *Concerns about Capacity and Capability of Africa's Public Health Institutions*. Retrieved 21-08-30, from <https://africacdc.org/>
 10. WHO. (2020a, June 29). *Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19*. Retrieved August 15, 2021, from <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covid-timeline>
 11. Voysey, M., Costa Clemens, S. A., Madhi, S. A., Weckx, L. Y., Folegatti, P. M., Aley, P. K., Angus, B., Baillie, V. L., Barnabas, S. L., Bhorat, Q. E., Bibi, S., Briner, C., Cicconi, P., Clutterbuck, E. A., Collins, A. M., Cutland, C. L., Darton, T. C., Dheda, K., Dold, C., . . . Zuidewind, P., 2021, Single-dose administration and the influence of the timing of the booster dose on immunogenicity and efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: a pooled analysis of four randomized trials. *The Lancet*, 397(10277), 881–891. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00432-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00432-3)
 12. Chan, J. F. W., Lau, S. K. P., To, K. K. W., Cheng, V. C. C., Woo, P. C. Y., & Yuen, K. Y., 2015, Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus: Another Zoonotic Betacoronavirus Causing SARS-Like Disease. *Clinical Microbiology Reviews*, 28(2), 465–522. <https://doi.org/10.1128/cmr.00102-14>
 13. Shim, E., Tariq, A., Choi, W., Lee, Y., & Chowell, G., 2020, Transmission potential and severity of COVID-19 in South Korea. *International Journal of Infectious Diseases*, 93, 339– 344. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.031>
 14. Boseley, S., & Oltermann, P., 2020, *Hopes rise for end of pandemic as Pfizer says vaccine has 90 % efficacy*. The Guardian. Retrieved July 31, 2021, from <https://www.theguardian.com/world/2020/nov/09/covid-19-vaccine-candidate-effective-pfizer-biontech>
 15. Ledda, C., Costantino, C., Cuccia, M., Maltezou, H. C., & Rapisarda, V., 2021, Attitudes of Healthcare Personnel towards Vaccinations before and during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2703. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052703>
 16. Detoc, M., Bruel, S., Frappe, P., Tardy, B., Botelho-Nevers, E., & Gagneux-Brunon, A., 2020, Intention to participate in a COVID-19 vaccine clinical trial and to get vaccinated against COVID-19 in France during the pandemic. *Vaccine*, 38(45), 7002–7006. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.09.041>
 17. Loomba, S., de Figueiredo, A., Piatek, S. J., de Graaf, K., & Larson, H. J., 2021, Measuring the impact of COVID-19 vaccine misinformation on vaccination intent in the UK and USA.

18. *Nature Human Behaviour*, 5(3), 337–348. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01056-1>
19. Nachega, J. B., Sam-Agudu, N. A., Masekela, R., van der Zalm, M. M., Nsanzimana, S., Condo, J., Ntoumi, F., Rabie, H., Kruger, M., Wiysonge, C. S., Ditekemena, J. D., Chirimwami,
20. R. B., Ntakwinja, M., Mukwege, D. M., Noormahomed, E., Paleker, M., Mahomed, H., Tamfum, J. J. M., Zumla, A., & Suleman, F., 2021, Addressing challenges to rolling out COVID-19 vaccines in African countries. *The Lancet Global Health*, 9(6), e746–e748. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(21\)00097-8](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(21)00097-8)
21. Riccò, M., Ferraro, P., Peruzzi, S., Balzarini, F., & Ranzieri, S., 2021, Mandate or Not Mandate: Knowledge, Attitudes, and Practices of Italian Occupational Physicians towards SARS-CoV-2 Immunization at the Beginning of Vaccination Campaign. *Vaccines*, 9(8), 1–16. <https://doi.org/10.3390/vaccines9080889>
22. Halbrook, M., Martin-Blais, R., Gray, A., Tobin, N. H., Ferbas, K. G., Aldrovandi, G. M., & Rimoim, A. W., 2021, Cross-sectional Assessment of COVID-19 Vaccine Acceptance among Health Care Workers in Los Angeles. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/m20-7580> [20]
23. Verger, P., Scronias, D., Dauby, N., Adedzi, K. A., Gobert, C., Bergeat, M., Gagneur, A., & Dubé, E., 2021, Attitudes of healthcare workers towards COVID-19 vaccination: a survey in France and French-speaking parts of Belgium and Canada, 2020. *Eurosurveillance*, 26(3). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2021.26.3.2002047>
24. Kose, S., Mandiracioglu, A., Sahin, S., Kaynar, T., Karbus, O., & Ozbel, Y., 2020, Vaccine hesitancy of the COVID-19 by health care personnel. *International Journal of Clinical Practice*, 75(5), 1–4. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13917>
25. Helmy, Y. A., Fawzy, M., Elawwad, A., Sobieh, A., Kenney, S. P., & Shehata, A. A., 2020, The COVID-19 Pandemic: A Comprehensive Review of Taxonomy, Genetics, Epidemiology, Diagnosis, Treatment, and Control. *Journal of Clinical Medicine*, 9(125), 22.
26. Castaneda-Vasquez, D. E., & Ruiz-Padilla, J. P., 2021, Vaccine Hesitancy against SARS-CoV-2 in Health Personnel of Northeastern Mexico and Its Determinants. *JOEM*, 63(8), 4. [24] Khamis, F., Badahdah, A., al Mahyijari, N., al Lawati, F., al Noamani, J., al Salmi, I., & al Bahrani, M., 2021, Attitudes towards COVID- 19 Vaccine: A Survey of Health Care Workers in Oman. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 12(1), 1–6. <https://doi.org/10.1007/s44197-021-00018-0>
27. [25] Adane, M., Ademas, A., & Kloos, H., 2022, Knowledge, attitudes, and perceptions of COVID-19 vaccine and refusal to receive COVID-19 vaccine among healthcare workers in northeastern Ethiopia. *BMC Public Health*, 22(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12362-8>

INFODEMIC MANAGEMENT FOR COVID-19 IN BANGLADESH: FROM THE BEGINNING TO PRESENT

Jakir Hossain Bhuiyan Masud

Chairman, Public Health Informatics Foundation (PHIF), Bangladesh,

Digital Health Roster of Experts, World Health Organization (WHO),

WHO Infodemic Manager

jakirmsd@gmail.com

Abstract

COVID-19 is a novel corona virus that emerged in China in 2019. The first Bangladeshi people diagnosed as COVID-19 case on 17 March 2020 and the total numbers were 8. 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. Bangladesh has been fighting against COVID-19 since 2020 and handle the virus effectively. In this talk, I will discuss Infodemic management in Bangladesh, especially how Bangladesh faces the infodemic and how to overcome the problem and what is the current situation.

POLAND, DIS- AND MISINFORMATION IN 2021 AND 2022

Maia Romanowska

Infodemic Manager

Director for Special Projects by Global Immunisation Action Network Team (GIANT) Ambassador of Global Pandemic Action Project Manager

Dis- and misinformation in Poland over the past two years has been and is focused on disinformation in the context of COVID-19 pandemic and the war in Ukraine. In this presentation we will discuss infodemic about COVID-19, vaccines, the virus, its symptoms, the prevention and treatment measures used.

With regard to vaccines, we have witnessed both disinformation and misinformation.

The COVID vaccination programme in Poland has been a complete failure and this has been the result of a poorly organised, unimpressive, poorly run campaign to promote vaccination.

Social media users shared information on both the effectiveness of vaccines and their adverse effects. Some of the information was completely fabricated, some was misunderstood and passed on as such. An example of this is the debate among Netizens regarding the effectiveness and sensibility of administering vaccines in children aged 6 months - 5 years and also in children aged 5-11 years. Netizens also debated the adverse effects of COVID vaccination on all age groups, focusing, however, on children and adolescents, and demonstrating that vaccines have adverse effects on the young by causing myocarditis and/or pericarditis. Hepatitis of unknown origin in children was also a major event. Following this event, there was a debate for weeks about the causes of this phenomenon with a lot of polarisation among social media users on all social platforms and forums.

The efficacy and effectiveness of the vaccines also caused and continues to cause a lot of dis- and misinformation. Politicians, the ruling elite, the media and journalists as well as people associated with the anti-vaccers lobby, including medical doctors and scientists, have also contributed to this disinformation. Thriving anti-vaccine groups have spread disinformation on immunisation by designing more and more campaigns, publishing manipulated or completely false data on adverse effects, vaccine efficacy and effectiveness.

Disinformation about the origin of the virus was also an ever-recurring theme polarising internet users, raising many questions and concerns. From the lab theory, to natural pathways as well as deliberate manipulation by Bill Gates, false information on the subject was heard again and again.

The virus and its variants is another big topic. The lack of clear information in the official media, the problem of translating difficult scientific language into simple, understandable

messages are the main causes of the problem. The message from the authorities has been and remains misleading, causing confusion, frustration and lack of cooperation from the public regarding more ideas to control transmission and promote immunisation.

The lack of a good, credible information campaign also gave anti-vaccers space for mis- and disinformation about transmission routes.

Netizens may have found out that the virus is only spread indoors, or that children do not get infected or transmit the virus in schools. One could also encounter information that COVID is not airborne or that simply washing hands prevents infection.

The same lack of good, reliable information meant that the symptom related information in the variants that followed was unclear, unknown and patients were unable to identify which current symptoms to look out for.

The total lack of trust in the ruling elite manifests itself in a rejection of the offered solutions and a passive acceptance of the increasing number of cases of disease. Chaotic, bad, pointless attempts to promote vaccination combined with denial of its effectiveness have resulted in the total number of people vaccinated with any dose in Poland stagnating at 59%. The first booster was received by very few people and there are no takers for the second.

The ruling party is trying to relaunch a new campaign, but even now, before it has started, one can already see the very negative attitude of the public towards this campaign.

Already in 2020, incompetent attempts to stop the growing number of cases have caused resistance from the public. Closing down forests, beaches, punishing married couples walking next to each other are some of the ideas that are now paying off in the lack of trust in prevention measures. On the one hand, the authorities have announced the end of the pandemic, no need to wear masks, maintain social distance, isolation or quarantine, and on the other hand, people are expected to make their own decisions about their health.

Unfortunately, the lack of data due to lack of testing makes it impossible to make such a decision. This total chaos contributes to the total rejection of prevention measures and the passive acceptance of increasing numbers of infections, deaths and long covid.

There has also been a lot of misinformation on social media as well as traditional media regarding the purity of the air. Echoing disinformation from the West, Polish anti-vaccers make negative statements about wearing masks, air purification and ventilation.

Disinformation has not escaped therapeutics and therapies in COVID.

During the pandemic, we learned about murderous lung-tearing ventilators, or lung-frying ventilators (whichever might have been more frightening for the recipients at that time).

Social media saw the dis- and misinformation about monoclonal therapy and evushield and remdesivir.

There was much mis- and disinformation about Long Covid and postCOVID conditions in all age groups. The main topics concerned complications after infection, the duration of symptoms, the causes of cardiological, neurological and mental health problems. False information regarding the treatment of these symptoms with agents that do not treat these symptoms has become a big problem.

To sum up: in Poland, disinformation, anti-vaccine groups and propandemic groups are doing very well. As a result of the war in Ukraine, the lack of good, proper communication between the government and the public, pandemic fatigue, economic and health problems, Poland recorded one of the highest death rates due to COVID in Europe and the world.

INFODEMIA IN HEALTH AND FAKE NEWS – THE NIGERIAN CONTEXT

Pharm, Okechi Nzedibe

*B.Pharm, MBA, MPH, Ph.D. Scholar Infodemic Manager, Public Health Pharmacistokechi
nzedibe@gmail.com,*

INTRODUCTION

The World Health Organization (WHO) describes an infodemic (infodemia) as excess information during a disease outbreak that comprises information that is false or misleading in digital and physical environments.⁶ It is characterized by misinformation, disinformation, and malinformation due to circulating myths, rumors, conspiracy theories, fake news, and erroneous personal and traditional beliefs. Misinformation is false information believed to be accurate. Disinformation is outright incorrect information and the person disseminating it knows it is inaccurate, while malformation is real but initiated to cause harm. Taking a deep dive into Nigeria, infodemia and fake news have held the well-being of the people captive but became more glaring during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Before the COVID-19 pandemic, Nigeria's bouts of infodemia gave rise to an upset in the immunization programs, vaccine hesitancy, and loss of confidence in the healthcare system.

HISTORICAL INSIGHT

In 2003, the rumor that sterilizing agents and porcine material were in the oral polio vaccine led to people refusing to get vaccinated in the northern part of Nigeria. This refusal led to a sudden rise in wild polio cases in Asia and across 20 African countries and a drawback in the efforts to eradicate polio in Nigeria and the African region.⁴ In 2014, when the Ebola index case was discovered in Lagos, Nigeria, the healthcare workers contended with much misinformation about the virus. People believed that drinking salt solution could cure the Ebola virus. A company that tracked misinformation on Twitter had it that "Ebola," "salt," "water," and "drinking" together were trending in tweets from August 4, 2014, and this led to two deaths in Jos, Nigeria, because they drank concentrated salt solution as a cure for Ebola.¹ In 2017, there was a report that the Nigerian military vaccinated children with the monkeypox virus in southern Nigeria. Parents were alarmed and quickly stopped their children from attending school and participating in the ongoing vaccination program. This event happened in a region that had recorded a high vaccine uptake. The conspiracy theory on the 5G technology and its influence on the virus spread across the globe, including Nigeria.⁴ It stated the 5G technology aided the spread of the COVID-19 virus. There was no scientific proof of that. The WHO quickly refuted this by making it clear that the virus could not possibly travel through radio waves. The emergence of conspiracy theories became a key driver for the infodemia resulting in increased hesitancy and low vaccine uptake in Nigeria. These are a few scenarios, among many others.

DEFINING THE CHALLENGE OF INFODEMIA AND FAKE NEWS IN NIGERIA

Before Nigeria's first index case of COVID-19 disease on February 27, 2020, much infodemia about the COVID-19 disease was circulating on traditional and social media because people had access to foreign and social media news.⁴ The infodemia took a toll on the psyche of the Nigerian people. The exposure to infodemia led to people using social media to post their opinions and repost the false information they received. Many of these posts went viral, and it became urgent to diffuse them. Many believed the disease was for the whites and would not affect people in Nigeria and black people in general because of the weather. They also thought it was a rich man's disease and could be treated with chloroquine and quinine.³ Some people believed that the virus was a biological weapon manufactured to reduce the African population, implant microchips to track people, and a source of funds for Bill Gates. Some believed it was a

„kind“ of malaria, which the government used to siphon funds. People also rumored that the government photo-shopped isolation centers and fabricated cases to get funds from funding agencies. These gave rise to distrust in the government and non-conformity with the non-pharmaceutical interventions (NPIs). The news about using hydroxyl chloroquine as a cure, hyped by some conventional media, complicated the situation since there was yet no proof of the efficacy and suitability in COVID-19 disease management. By the arrival time of the vaccines in 2021, many more people had become hesitant and unwilling to be vaccinated. People spoke to their families and friends to avoid the vaccines. Some believed that the vaccines contained the virus itself. Some others said that the mRNA vaccine would change their body chemistry and DNA, cause terrible adverse events following immunization (AEFIs) and that the vaccine in Nigeria was different from those in other countries. Some had it that the vaccines contained metals that had magnetic properties. These untruths about the disease led to low vaccine uptake and poor observance of social and public health guidelines.

SOCIAL LISTENING FROM THE WHO-CITIBEATS PLATFORM

In 2020 and 2021, on Citibeats, the conversations on COVID-19 disease and the vaccines were high because of unanswered questions about the disease transmissibility, the cause, vulnerabilities of people, and possible remedies among others. In 2022, the insights from Citibeats for the last 30 days show that there are slightly high conversations online about mis- and disinformation.⁷ Conversations are mainly around the vaccine and its spread and include questions and opinions about covid-19 in the public space. Top conversations are still around the cause of the virus and the stigma around the infected, demographic vulnerability and risks, confirmed symptoms, COVID-19 variants, transmission settings, mode of transmission, impact on mental health, immunity, and non-proven treatments. Adverse events following immunization have been a rising conversation category in the past 30 days. Conversations about myths related to the vaccine are more present among women, and they have a higher undecided rate in all countries and for all waves. These conversations are not rising compared with the Citibeats insights in 2020 and 2021 though there is a rise in conversations around adverse events following immunization. This decrease in the intensity of conversations is primarily due to the interventions from the World Health Organization (WHO), the Nigerian government, and the Nigeria Centre for Disease Control (NCDC).

RESPONSE FROM THE GOVERNMENT AND THE NIGERIA CENTRE FOR DISEASE CONTROL (NCDC)

The President of Nigeria flagged off the „Presidential Task Force on Covid-19“ on March 9, 2020, to harmonize and supervise the efforts to control and ease the impact of the COVID-19 pandemic in Nigeria. During the lockdown period of March-May, the task force united with ministries and agencies to debunk myths and conspiracy theories to promote positive attitudes and health-seeking behaviors required to curb the spread of the virus.³ The NCDC also flagged a campaign in March 2020 tagged #TakeResponsibility to drive a behavioral change in people to take up the challenge to protect themselves.² The NCDC set up sensitization programs on their official website and used social media platforms like Twitter, Facebook, Telegram, WhatsApp, and SMS. They set up a series of television, radio, and social media campaigns to check the spread of fake news – the same platforms used to spread infodemia. The NCDC used national television and radio stations to deliver daily briefings. During a three-day Nigeria Infodemic Management Review Workshop in Nassarawa State held in February 2022, the NCDC Director-General, Dr. Ifedayo Adetifa, said that the COVID-19 pandemic made clear the importance of infodemic management in handling disease outbreaks in the country.

CONCLUSION

The interventions, collaborations, and co-creation of solutions with stakeholders reduced vaccine hesitancy, increased vaccine uptake, and compliance with NPIs over time. People are now more informed, and most are reading and listening to verified and evidence-based information from the health agencies and the media. Though some people are still coming to terms with the truths, more people believe the information disseminated is correct and helpful.

RESOURCES

1. Bakare, T. (2020) „Fake News in Nigeria: A Complex Problem“, Goethe Institut. <https://www.goethe.de/ins/ng/en/kul/aus.html>
2. Ihekweazu et al., (2022) „Implementing an emergency risk communication campaign in response to the COVID-19 pandemic in Nigeria: lessons learned“, *BMJ*, 7 (4), pp. [Online]. Available from: <https://gh.bmj.com/content/7/6/e008846>
3. Lucas, J et al. (2020) „Combating COVID-19 infodemic in Nigerian rural communities: The imperatives of Traditional Communication Systems“, *ASEAN Journal of Community Engagement*, 4 (2), pp. 360-385. [Online]. Available from: <https://scholarhub.ui.ac.id/ajce/vol4/iss2/5/>
4. Wonodi C. et al., (2022) „Conspiracy theories and misinformation about COVID-19 in Nigeria: Implications for vaccine demand generation communications“, *Science Direct*, 40 (13), pp. 2114-2121. [Online]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X22001268>
5. WHO. (2020b). Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>
6. World Health Organisation (2022a). Infodemic. https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1
7. WHO (2022b). EARS. <https://www.who-ears.com/vaccine/#/country/nga?days=30&cat=4Am8njc4M>

SPONSORLAR



DESTEKLEYEN KURULUŞLAR



Basın Destekçilerimiz



İLETİŞİM

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 Ardiç

+90 0312 905 50 60

✉ info@easypartner.com.tr

www.easypartner.com.tr