

# 1. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

7 - 8 - 9 MART 2024  
MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

BİRİNCİ BASAMAKTA FARKLI SAĞLIK MESLEKLERİ ARASINDA  
İŞ BİRLİĞİ VE KOORDİNASYON

## KONGRE KİTABI



Marmara Aile Hekimliği Eğitim Uygulama ve  
Araştırma Merkezi (MARAHEK)



# KONGRE BAŞKANLARI

PROF. DR. M. ÇİĞDEM APAYDIN KAYA

PROF. DR. HASİBE KADIOĞLU

## DÜZENLEME KURULU

PROF. DR. HÜLYA AKAN

*DÜZENLEME KURULU BAŞKANI*

DOÇ. DR. KAMER GÜR

*DÜZENLEME KURULU BAŞKAN YRD.*

BİLİMSEL SEKRETERYA

DOÇ. DR. GÜLTEN OKUROĞLU

DR. ÖĞR. ÜYESİ BUĞU USANMA KOBAN

BİLİMSEL KOMİTE

PROF. DR. ARZU UZUNER

PROF. DR. SAIME EROL

DOÇ. DR. SABAH TÜZÜN

UZM. DR. EMRAH KIRIMLI

DOÇ. DR. ŞULE AKTAÇ

DR. ÖĞR. ÜYESİ SERHAT KORAN

KAYIT KOMİESİ

DOÇ. DR. GÜLTEN OKUROĞLU

DR. İREM GELGEÇ

UZM. DR. YASEMİN DOĞAN KAYA

HEMŞ. DİLARA ÇİN

İLETİŞİM VE MEDYA KOMİTESİ

DR. DUYGU KARAÇİZMELİ ALТИPARMAK

DR. İREM GELGEÇ

MALİ KOMİTE

GÜLİZ ÖRNEK

SAYMAN

SOSYAL KOMİTE

DR. ÖĞR. ÜYESİ NURCAN KOLAÇ

UZM. DR. SENEM KURTULUŞ

DR. BENGİSU BERKMAN

DR. HAYAL ÖZKAN

TEKNİK KOMİTE

DR. ÖĞR. ÜYESİ SERHAT KORAN

1. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK  
HİZMETLERİ KONGRESİ  
KONGRE KİTABI  
ISBN: 978-625-93705-0-7

YAYINCI  
MARMARA SAĞLIK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA VAKFI

YAYIN NO: 01/2024

DÜZENLEYEN

Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya  
Prof. Dr. Hasibe Kadioğlu



Marmara Aile Hekimliği Eğitim Uygulama ve  
Araştırma Merkezi (MARAHEK)



# BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

PROF. DR. SALİHA SERAP ÇİFÇİLİ

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD*

PROF. DR. PEMRA C. ÜNALAN

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD*

PROF. DR. PINAR TOPSEVER

*Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD*

PROF. DR. SEBAHAT GÖZÜM

*Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD*

PROF. DR. ŞANDA ÇALI

*Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

PROF. DR. FATMA ESRA GÜNEŞ

*Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik AD*

PROF. DR. BERRİN TELATAR

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD*

PROF. DR. AYŞE ERGÜN

*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD*

PROF. DR. NİHAL ESİN

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği*

PROF. DR. SELDA SEÇKİNLİ

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD*

PROF. DR. SEMA KUĞUOĞLU

*Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

DOÇ. DR. AYSUN ARDIÇ

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD*

DOÇ. DR. CAN ÖNER

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD*

DOÇ. DR. SEHER YURT

*Kent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

DOÇ. DR. FATMA NEVİN ŞİŞMAN

*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği*

DOÇ. DR. NESRİN İLHAN

*Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD*

DR. ÖĞR. ÜYESİ NİHAL SUNAL

*Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

UZM. HEM. CEREN SELMA EĞİLLİ

*Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

DR. ÖĞR. ÜYESİ GÜLEREN SABUNCULAR

*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik AD*

DR. ÖĞR. ÜYESİ ZEHRA MARGOT ÇELİK

*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik AD*

# KONGRE PROGRAMI

## 7 MART 2024 PERŞEMBE

9.00-12.00	<p><b>STUDY PROTOKOL KURSU</b> PROF. DR. SEBAHAT GÖZÜM</p> <p>MODERATÖR: PROF. DR. HASİBE KADIOĞLU</p>
9.00-12.00	<p><b>MULTİDİSİPLİNER ÇALIŞMADA GERİ BİLDİRİM VE REFLEKSİYON KURSU</b> PROF. DR. ARZU UZUNER PROF. DR. MEHMET AKMAN DOÇ. DR. GÜLTEN OKUROĞLU DOÇ. DR. KAMER GÜR DR. ÖĞR. ÜYESİ ÜLKÜ SÜR ÜNAL</p> <p>MODERATÖR: UZM.DR. YASEMİN DOĞAN KAYA</p>

## 1. GÜN 8 MART 2024 CUMA

09.30-10.15	<p><b>KONGRE AÇILIŞ</b> İSTİKLAL MARŞI VE SAYGI DURUŞU</p> <p><b>AÇILIŞ KONUŞMALARI:</b></p> <p>PROF. DR. SABAHAİTİN AYDIN MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ KURUCU REKTÖRÜ</p> <p>PROF. DR. MUSTAFA KURT MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRÜ</p> <p>PROF. DR. ÖMER CERAN MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖR V.</p> <p>PROF. DR. ARZU UZUNER MARAHEK UYAM VE MARSEV YK ÜYESİ</p>
-------------	---

## 1. GÜN 8 MART 2024 CUMA

10.15-10.45	<b>1. OTURUM</b> <b>BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİİNDE MULTİDISİPLİNER YAKLAŞIMIN ÖNEMİ VE ETKİLERİ</b> <b>KONUŞMACI: PROF. DR. SERAP ÇİFÇİLİ</b> <b>MODERATÖR: PROF. DR. HÜLYA AKAN</b>
11.00-12.15	<b>2. OTURUM</b> <b>PANEL: BİRİNCİ BASAMAKTA FARKLI SAĞLIK MESLEKLERİ ARASINDA İŞ BİRLİĞİ VE KOORDİNASYON</b> <b>MODERATÖR: PROF. DR. HASİBE KADIOĞLU</b>
11.00-11.15	<b>KONUŞMACILAR:</b> <b>PROF. DR. SABAHAT GÖZÜM</b> <b>AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANI</b>
11.15-11.30	<b>DOÇ. DR. ŞULE AKTAÇ</b> <b>M.Ü SBF BESLENME VE DIYETETİK BÖLÜM BAŞKANI</b>
11.30-11.45	<b>UZMAN PSİKOLOG - PSİKOTERAPİST</b> <b>AİLE DANIŞMANI UĞUR SALMAN</b> <b>TUZLA AYDINLI SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ</b>
11.45-12.00	<b>UZM. DR. EMRAH KIRIMLI</b> <b>TTB AİLE HEKİMLİĞİ KOLU BAŞKANI AİLE HEKİMLİĞİ UZMANI</b>
12.00-12.15	<b>DOÇ. DR. MEHMET AKİF SEZEROL</b> <b>HALK SAĞLIĞI UZMANI, SULTANBEYLİ İLÇE SAĞLIK MÜDÜRÜ</b>
12.15- 13.15	<b>YEMEK</b>
13.15-14.30	<b>WORKSHOP</b> <b>MULTİDISİPLİNER ÇALIŞMA KÜLTÜRÜ GELİŞTİRMEYLE İLGİLİ ZORLUKLAR VE ÇÖZÜM YOLLARI (SWOT ANALİZİ)</b> <b>MODERATÖRLER: DOÇ. DR. GÜLTEN OKUROĞLU, UZM. DR EMRAH KIRIMLI</b>
14.30-15.30	<b>BAŞARILI MULTİDISİPLİNER PROJE VE UYGULAMA ÖRNEKLERİ</b> <b>DR.ÖĞR.ÜYESİ SİTKİ TIPLAMAZ, DR. İREM GELGEÇ,</b> <b>UZM.DR.SENEM ASLAN KURTULUŞ, HEMŞ. GÜLDEN ÇİFTÇİ</b> <b>MODERATÖRLER: PROF. DR. SERAP ÇİFÇİLİ, DR. ÖĞR. ÜYESİ PINAR DOĞAN</b>
15.45-16.30	<b>3. OTURUM</b> <b>PANEL: MULTİDISİPLİNER SAĞLIK HİZMETLERİİNDE TEKNOLOJİNİN KOLAYLAŞTIRICI ROLÜ</b> <b>KONUŞMACILAR:</b> <b>DOÇ. DR. YELİZ DOĞAN MERİH</b> <b>DR. ÖĞR. ÜYESİ BUĞU USANMA KOBAN</b> <b>MODERATÖR: DOÇ. DR. KAMER GÜR</b>

## 2. GÜN 9 MART 2024 CUMARTESİ

09.30-10.30	<b>1. OTURUM</b> <b>PANEL:</b> BİRİNCİ BASAMAKTA TOPLUM YÖNELİMLİ YAKLAŞIMIN MULTIDISPLİNER UYGULAMASI <b>KONUŞMACILAR:</b> PROF. DR. MEHMET AKMAN, PROF. DR. SİBEL SAKA YAYLA <b>MODERATÖR:</b> PROF. DR. ARZU UZUNER
10.30-11.00	<b>KAHVE ARASI</b>
11.00-12.00	<b>2. OTURUM</b> BİRİNCİ BASAMAKTA MULTİDİSİPLİNER ÇALIŞMA, ENTEGRASYON VE İŞBİRLİĞİ- ARAŞTIRMA ÖNERİLERİ VE FİKİRLER <b>MODERATÖRLER:</b> PROF. DR. PEMRA CÖBEK ÜNALAN, DR. ÖĞR. ÜYESİ ÜLKÜ SÜREY ÜNAL
12.00-13.00	<b>YEMEK</b>
13.00-14.00	<b>3. OTURUM:</b> <b>SÖZEL SUNUMLAR</b> <b>MODERATÖRLER:</b> PROF. DR. SAIME EROL PROF. DR. BERRİN TELATAR DOÇ. DR. CAN ONER
14.15-15.15	<b>4. OTURUM:</b> <b>KONGRE RAPORU SUNUMU</b>
15.30-16.30	KONGRE KAPANIŞ KONUŞMASI, TEŞEKKÜR VE ÖDÜLLER PROF. DR. M. ÇİĞDEM APAYDIN KAYA MARSEV BAŞKANI

## **KONGRE DAVET YAZISI**

Değerli Meslektaşlarımız;

İlkini düzenleyeceğimiz 1.Ulusel Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kongresi (BiBaK) 7-9 Mart 2024 tarihleri arasında İstanbul'da Medipol Üniversitesinde gerçekleşecektir. Teması “Birinci Basamakta Farklı Sağlık Meslekleri Arasında İş birliği ve Koordinasyon” olan Kongremizde sizleri de aramızda görmekten mutluluk duyacağız.

Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin gelişimine katkı sunan farklı disiplinlerden tüm sağlık çalışanları ve akademisyenlerin bir arada olacağı, öncelikli olarak birinci basamakta farklı sağlık meslekleri arasında iş birliği ile ilgili deneyimlerin, önerilerin, dünyadaki örneklerin ve bilimsel verilerin paylaşılacağı ve tartışılaceği kongremizde buluşacak olmanın heyecanını hissediyoruz.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerini ve hizmet sunucularını güçlendirmek hedefiyle organize edilen 1.Ulusel Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kongresinde (BiBaK) buluşmayı ümit ediyor, sevgi ve saygılarını sunuyoruz.

Saygılarımla,

Prof.Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya

Prof.Dr.Hasibe Kadıoğlu

## DAVETLİ KONUŞMACILARIN KONUŞMA METİNLERİ

### **Birinci Basamakta Farklı Sağlık Meslekleri Arasında İş birliği ve Koordinasyon-Halk Sağlığı Hemşiresi**

***Prof. Dr. Sebahat Gözüm***

*Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*

Halk sağlığı alanında problemlerin çözümü için birçok disiplinin bir arada çalışması neredeyse kaçınılmazdır. Sağlığın korunması, geliştirilmesi, tedavi ve rehabilitasyon yalnızca farklı sağlık mesleklerinin iş birliği ve koordinasyonu ile değil, sağlık dışındaki disiplinlerin meslek üyelerinin ve paydaşların da katkı ve katılımı ile başarılabilir. “Disiplinlerarası” kavramı çapraz disiplinli (Krosdisipliner), çok disiplinli (Multidisipliner) ve disiplinler ötesi (transdisipliner) kavramlarının gelişmesine de neden olmuştur. Disiplinlerarası iş birliği, sağlık alanında aslında yeni bir kavram değildir. Dünya Sağlık Örgütü, 1978’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısını artırmada disiplinlerarası çalışmanın gerekliliğini kabul etmiştir. DSÖ’nün 2008 yılında benimsediği özgün sağlık yaklaşımı; Sağlığın sektörler arasında entegre edilmesi, tüm sektörlerle ortak politika iş birliği modelleri geliştirilmesi ve artan paydaş katılımının vurgulanması, sektörler ve disiplinler arası iş birliğini gerektirir. Sağlık Bakanlığı’nın, 2013-2017 Stratejik Planı’nda “çok sektörlü iş birliği kapsamında sağlığın sosyal belirleyicilerini etkileyen ve sağlıkta hakkaniyeti gözeten politika ve programlar yapmak” ve “yüksek öncelikli alanlarda sektörler arası iş birliğini güçlendirmek” stratejisi belirlenmiştir. Bu kapsamında 2013-2023 dönemini kapsayan Çok Sektorlu Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı hayata geçirilmiştir. Bu program kapsamında çevre ve yaşam alanlarının, iş çevresinin, gıda güvenliği ve sağlıklı beslenmenin, bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimi gibi konularda sağlığın geliştirilmesinde her sektörün görev alanı içerisinde yapması gerekenler

belirlenmiştir.<sup>1</sup> Biyomedikal yaklaşımın sağlık ana alanı içinde farklı sağlık meslek üyeleri çok disiplinli, interdisipliner bir şekilde çalışmaktadır.<sup>2</sup> Sosyal model yaklaşımında<sup>3</sup> sağlığın sosyal belirleyicileri nedeniyle sağlık dışındaki disiplinlerin (sosyal bilimler alanının meslek üyelerinin) katılımı ile «Krosdisipliner ve multidisipliner çalışma yapılmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri disiplinler arası çok paydaşı çalışmayı zorunlu kılmaktadır. Cinsiyet, yaş, ırk, etnisite, eğitim, sosyoekonomik durum, yaşam standartları, yaşanılan yer, fakirlik, yalnızlık, sosyal izolasyon, sosyal dışlanma sağlığın önemli sosyal belirleyicileridir. Sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık eşitsizliklerini ortaya çıkaran faktörlerdir. Sağlık meslekleri, sağlığı etkileyen faktörleri daha iyi anlamak ve yorumlamak için 1960'lardan beri disiplinler arası araştırmalara yönelmiştir. "Tek Sağlık"<sup>4</sup> 4 birden fazla sektörün iş birliği içinde yürüttüğü programları, politikaları, mevzuatları ve araştırmaları kapsayan, toplum sağlığının iyileştirilmesini temel alan bir yaklaşım biçimidir. Tek sağlık, insan sağlığının hayvan sağlığı ve çevre sağlığı ile bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği görüşünü benimsemektedir. Bu nedenle bu yaklaşım disiplinler ötesi (transdisipliner) çalışmayı gerektirmektedir. Tek Sağlık –Transdisipliner/Disiplinler ötesi yaklaşım için bir olgu senaryosu: Annesi tarafından sokak hayvanı tarafından ısırıldığı için ASM ye getirilen çocuğa hemşire tarafından «kuduz şüpheli olgulara ilişkin protokol çerçevesinde pansuman yapar, aşının yapılmasını sağlar, eğitim verir (biyomedikal yaklaşım). Hemşire ASM deki diğer hemşirelerin izlemesini yaptığı çocukların arasında da benzer ısırılma vakaları olduğunu fark eder (interdisipliner çalışma), ASM deki diğer 5 birimdeki hekim ve hemşirelerle son aylardaki olguların kayıtları incelenir (takım çalışması). İncelenen olgularda sokak köpeklerinin takibinin yapılamadığı, aşılı olup-olmadıklarının belirlenemediği fark edilir. Durum belediye ve Tarım ve Orman İl Müdürlüğü Hayvan Hastalıkları ile Mücadele Birimine bildirilir. Bölgedeki tüm sokak hayvanlarının aşlanması gerçekleştirilir (TEK sağlık-transdisipliner çalışma). Bölgedeki basın yayın aracılığı ile sağlık çalışanları şüpheli

ısrırik vakalarının önlemesi amacıyla ebeveynler ve çocuklar için eğitim programları düzenler (Multidisipliner-Krosdisipliner çalışma). Tarım İl ve orman müdürlüğü bölgedeki hayvanların aşılanmasındaki eksikleri tamamlar, hayvan yetiştircilerini eğitir, sokak hayvanlarının aşlanması konusunda belediyeye destek personel sağlar (Krosdisipliner çalışma). Süreçte kuduz şüphesi olgu sayıları izlenir.

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Çok sektörlü sağlık sorumluluğunu geliştirme programı (2013-2023). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2014.
2. Sezer Korucu, K., Çalışkan Söylemez, Ş., & Oksay, A. (2021). Biyopsikososyal Yaklaşım ve Gelişim Süreci. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 12(30), 689-700.
3. Yıldırım Öztürk EN, Uyar M. Sağlığın Sosyal Belirleyicilerinden Sonra Yeni Bir Konsept: Sağlığın Ticari Belirleyicileri. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2023;8(1):87-96.
4. Mackenzie, J. S., & Jeggo, M. (2019). The one health approach—why is it so important? Tropical medicine and infectious disease, 4(2), 88.

## **Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine Ulaşmada Birlikte Ne Yapabiliriz?**

**Prof. Dr. Hasibe Kadıoğlu**

*Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği  
ABD*

Sürdürülebilir kalkınma, dünya genelinde ekonomik, sosyal ve çevresel açıdan dengeli bir ilerleme sağlama hedefini ifade eder. Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH), bu amaç doğrultusunda belirlenmiş ana hedefleri içerir. Bu hedeflerin önemli bir bölümü, sağlıkla doğrudan ilişkilidir. Ancak, sağlıkla ilgili sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmak için tek bir disiplin yeterli değildir. Sağlık, bireylerin ve toplumların refahı için kritik bir faktördür ve sürdürülebilir kalkınmanın temel bir bileşenidir. Sağlıkla ilgili SKH, anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrol altına alınması, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması gibi konuları kapsar. Ülkemiz sağlıkla ilgili hedeflere ulaşmış durumda olmakla birlikte daha da iyi düzeye çıkmalıdır.

Geleneksel olarak, sağlıkla ilgili hedefler ölüm oranları ve hastalık insidansları ile ölçüldü. Ancak, sağlıklı ve uzun bir yaşamı hedefleyen yaklaşım, Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) gibi daha kapsamlı ölümlere dayanır. DALY, erken kaybedilen yaşam yılları ve yaşam kalitesini etkileyen sakatlık veya hastalık yıllarını bir araya getirerek sağlık yükünü ölçer. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, dünya genelinde en yüksek DALY değerlerine sahip başlıca nedenler arasında yer almaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve oluştuktan sonra yönetimi oldukça karmaşık bir konudur. Hem bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmak için hem de hastalık oluştuktan sonra sağlıklı yaşam biçimini davranışlarının kazandırılmasında davranış değişikliği gereklidir. Bireylere davranış değişikliği kazandırabilmek de sağlık hizmetlerinin en zor olanlarındanandır. Üstelik günümüz toplumu sürekli olarak farklı kaynaklardan sağlıkla ilgili yanlış bilgilere

maruz kalmakta ve bunlara inanmaktadır. Bunun en çarpıcı örneğini aşı konusunda yaşıyoruz. Monsted ve Lehmann (2022) yaptıkları çalışmada 60 milyar aşı karşıtı tweet'i incelemiştir. Sonuçta, aşıyla şiddetle karşı çıkan kullanıcıların sıkılıkla ticari nitelikteki kaynaklardan içerik paylaştıklarını, genellikle kar için alternatif sağlık ürünleri satan kaynaklar olduğunu bulmuşlardır. Buradan anlaşılıyor ki çıkar grupları kendi ürünlerini ve yöntemlerini pazarlayabilmek için modern tıbbı karşı toplumun kafasını karıştırmaya çabalarılar. Bu noktada yapılması gereken en önemli şey toplumun güvenini kazanmak ve tüm sağlık disiplinleri birbirlerine destek vererek bu zorlu durumun üstesinden gelmelidir. Çok disiplinli yaklaşım, sağlık sorunlarını daha kapsamlı bir şekilde ele almayı ve çözümler üretmeyi sağlar. Ancak, bu yaklaşımın başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için iyi bir iletişim, iş birliği ve uzlaşma gereklidir. Bu nedenle, farklı disiplinlerden gelen uzmanların bir araya gelerek sağlıkla ilgili sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmak için iş birliği yapması önemlidir.

## **Birinci Basamakta Psikoloğun İşlevi ve İş birliği**

***Uzman Psikolog Uğur Salman***

*Tuzla-Aydınlı Sağlıklı Hayat Merkezi*

Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), Sağlık Bakanlığı rehberine göre, “sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan çok amaçlı yapılar” olarak tanımlanır. Bu kuruluşlar, Sağlık Bakanlığı'na bağlı toplum sağlığı merkezlerine bağlı ek hizmet birimleri olarak faaliyet gösterirler.

Bu merkezlerde risk faktörleriyle mücadele, beslenme danışmanlığı, psiko-sosyal danışmanlık, okul sağlığı, sigara bırakma danışmanlığı, uyuşturucu kullanan kişi ve yakını için danışmanlık gibi konularda çalışmalar üretilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'na bağlı olarak Aile Hekimliği modelinin 81 ilde hayatı geçirilmesinden sonra kısaca birinci basamak sağlık hizmetlerini takviye etmek amacıyla bu merkezler de hayatı geçirilmiştir. Geri plandaki motto “hastalığa değil, sağlığa yatırım” şeklindedir. Model kapsamında diyetisyenler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, çocuk gelişmeciler gibi birçok meslek grubundan uzmanlar vatandaşlara hizmet vermektedir. Verilen hizmetin aile hekimliği uygulamalarıyla koordineli bir şekilde yürütülmesi adına sistemsel güncellemeler de bir yandan sürmektedir. Bu kapsamda, sözgelimi, gerekli gördükleri durumlarda artık aile hekimleri de hastaları için bahsi geçen uzmanlara direkt olarak randevu oluşturabilmektedirler. Bu olumlu bir gelişmedir. Çünkü aile hekimleri gerçekten de tüm hastalarla karşılaşmaktadır. Ve koruyucu önlemlerin alınması adına SHM uzmanlarının devreye sokulması verimli neticelere yol açabilir.

Sağlık Bakanlığı rehberinde, bireysel psiko-sosyal danışmanlık/aile danışmanlığında “SHM Psiko-sosyal Destek Uygulamaları İş Akış

Rehberine” göre, psiko-sosyal danışmanlık hizmetleri kabaca şu şekilde sıralanmıştır:

“Bireyin sahip olduğu yetenek ve becerileri tanıyıp geliştirebilmesine yardım etmek; Bireyin çeşitli alanlarda gelişimine ilişkin değişimlerini tanımması ve uyum sağlayabilmesine yardım etmek; Bireyin istenmedik sonuçlara yol açabilecek duygular, düşünce ve davranışları tanımlayabilmesine yardım etmek; Psiko-sosyal risk faktörleri (şiddet, istismar, aile içi ruhsal sorunlar, yoksulluk vb.) ile başa çıkmaya yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek; Davranışsal bağımlılıklar konusunda danışmanlık hizmeti vermek; Obezite olgularında ve yeme bozukluklarında psikolojik danışmanlık hizmetleri vermek; Tipik/atipik gelişim gösteren veya risk altında olan çocukların ve ailelerine yönelik olarak gelişim değerlendirme, izlem ve danışmanlık hizmeti sunmak; Kriz durumları yaşayan (ölüm, yas, boşanma, kadına yönelik şiddet, ihmal/istismar, afet, intihar gibi) birey ve aileye yönelik danışmanlık ve destek hizmetleri vermek; Tedavi veya psikiyatrik bir değerlendirme gerektiren danışanları uygun kişi ve kurumlara yönlendirmek; Danışanlar, hasta yakınları ve ekipteki tüm elemanlara insan ve davranışları hakkında kuramsal ve uygulamalı eğitimler vermek”

Bahsi geçen hizmetlerin yanı sıra gerekli durumlarda, başvuranlar aile hekimliklerine ve psikiyatristlere de yönlendirilirler.

Biz de Tuzla-Aydınlı Sağlıklı Hayat Merkezi’nde Tuzla İlçe Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı olarak hizmet vermektediriz. Bünyemizde bir diyetisyen ve bir de uzman psikolog yer almaktadır. Konumumuz gereği Marmara Üniversitesi-Eğitim ASM ile aynı binayı paylaşımımız birinci basamak konusunda iş birliklerimizi geliştirmektedir. Bu bağlamda bir psikolog olarak başta başvuran danışanlara hizmet vermeyi sürdürmek üzere, hem Tuzla İlçe Sağlık Müdürlüğü ile koordineli şekilde ev ziyaretleri ve eğitim süreçlerine dahil olduğumu hem de Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın akademik çalışmalarına destek vermeye çalıştığını söyleyebilirim.

## **Teknolojinin Sağıkta Kolaylaştırıcı Rolü-Dijital Sağlık**

**Dr. Öğr. Üyesi Buğra Usanma Koban**

*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim dalı*

Sağlıkta teknolojik ilerlemeler; 18. yüzyıl sanayi devriminden günümüze kadar tıbbın birçok dalında meydana gelen keşif ve yenilikler ile teknik gelişmelerin sağlık alanındaki karşılığını git gide artırmaktadır. Endüstri 4.0 kavramının 2011’de tanımlanması ile yapay zekâ, kendini yönetebilen sistemler, arttırlılmış gerçeklik, robotik uygulamalar gibi birçok ileri teknoloji ürünü üzerinde konuşulur hale gelinmiştir. Büyük veri ve analitiği, akıllı robotlar, simülasyon, yatay ve dikey yazılım entegrasyonu, nesnelerin interneti (IoT), siber güvenlik, bulut teknolojileri, eklemeli üretim, artırlılmış gerçeklik gibi yapıtaşlarından oluşan dönüşüm süreci gündelik hayatı entegre edildikçe özellikle sağlık hizmeti erişimi ve veri işlenmesi gibi konularda tıp alanı ile büyük kesişme noktaları söz konusu olmuştur. Bu süreçte gelişimin ivmelenmesine yol açan en büyük etmenlerden biri ise Covid-19 pandemisidir. 2020 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan “Küresel Dijital Sağlık Stratejisi” ile finansal, organizasyonel ve teknolojik kaynakların birbiriyle entegre olması, kişi merkezli sağlık sistemi ile adil ve evrensel erişim hedefleri gündeme gelmiştir.

Türkiye’de de özellikle sağlıkta dönüşüm ile başlayan bir dijitalleşme süreci, bir yandan dijital hastanelerin yaygınlaşması bir yandan da tele tıp gibi uygulamaların kabulü ile halen süregelmektedir. Bununla birlikte; kurumlar arası entegrasyon, elektronik bilgiye erişimin standartasyonu, tıp bilişimine yönelik net ve planlı hedeflerin belirlenmesi ve uygun altyapının oluşturulması noktalarındaki engeller bu süreci yavaşlatmaktadır.

Teknolojinin sağlık hizmetlerinde kolaylaştırıcı rollerinden biri diğer ise tele-sağlık ve mobil sağlık kavramları ile karşımıza çıkmaktadır. Gerek tıp eğitimi gerek tanı ve tedavi konularında tele-tıp kullanımının

yanı sıra giyilebilir teknolojiler, davranış değiştirme hedefli chatbotlar, taşınabilir cihazlar ya da mobil telefonlara yüklenebilen sağlık uygulamaları bunların en yaygın kullanım örnekleri arasındadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri özelinde teknoloji kullanımı ve dijitalleşme, birçok ülkede farklı kurumların dijital veri entegrasyonu, tele tıp ile sağlığa erişimin arttırılması ve tele-konsültasyon sistemi ile sevklerin azaltılması gibi uygulamalarla birçok ülkede hizmet kalitesini arttırmıştır. Dijital uygulamaların artması ile elbette birtakım etik tartışmalar da doğmaktadır. Verilerin dijitalleşmesiyle mahremiyetin kaybolması riski, sağlık ilişkilenmesinde güvenin sağlık hizmeti sunan kişiden kurumlara/ programlara/ firmalara kayması, epistemik eşitsizlik gibi olası problemlerin önlenmesi adına teknik hukuki ve etik altyapının titizlikle hazırlanması önem arz etmektedir.

## **Multidisipliner Sağlık Hizmetlerinde İnovasyonu Aktive Etme**

**Doç. Dr. Yeliz Doğan Merih**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi / TÜSEB / İnovatif Hemşirelik Derneği*

Farklı, değişik, yeni fikirler geliştirmek ve uygulamak olarak tanımlanan inovasyon terimi, artık her alanda sık duyduğumuz terimler arasında yer almaktadır. Günümüzde sağlık sektöründe yaşanan teknolojik gelişmeler, sağlık profesyonellerinin çok yönlü gelişmesini ve yeni roller üstlenmesini zorunlu kılmaktadır. Bu aşamada sağlık profesyonelleri hizmet kalitesini artırmak için yaratıcı ve inovatif faaliyetleri yürütmektedirler. Sağlık hizmetlerinde inovasyon sürecini aktive etmede; süreci tanıtacak, cazip hale getirecek ve yol gösterecek bilimsel aktivitelerin yapılmasının yeri büyktür. Bu faaliyetler hasta bakım maliyetini azaltırken, bakım kalitesini de artırmaktadır. İnovasyon çalışmalarımız; tüm bu gereksinimler göz önüne alınarak sağlık hizmetlerinde inovasyon sürecini aktive etmek amacıyla gerçekleştirılmıştır.

Dernek bünyesinde yürüttüğümüz sağlık hizmetlerinde inovasyon sürecini aktive sürecinde bazı basamaklar takip edilmiştir. İlk adımda sağlık profesyonellerinin farkındalıkları, düzenli eğitimler ile arttırlılmış, koçluk sistemi ile bireysel danışmanlıklar başlatılmış, süreci cazip hale getirecek yarışmalar düzenlenmiş, ödül süreci ile katılım artırılmış, sağlıkta ve özellikle de hemşirelikte inovasyon kültürü oluşturulmuştur.

Başlatılan sağlıkta inovasyonu aktive etme süreci dahilinde; yarışma ve sempozyum süreçleri gerçekleştirılmıştır. 12 yıllık süreçte toplam 836 inovatif proje geliştirmiştir. Her biri yeni bir buluş özelliği taşıyan projeler ile bakım kalitesini artırmayı, yeni ve yaratıcı faaliyetlerin desteklenmesi sağlanmıştır. İnovatif 120 proje için patent alma süreci tamamlanmış ve yeni buluşların üretimi için iş birliği çalışmaları aktive edilmiştir. İnovasyon sürecinde profesyonel eğitimlerin ve uygulama

atölyeleri oldukça önemli olduğu için, ülkemizde ilk olma özelliği taşıyan “Inovasyon Akademisi” kurulmuş, bu akademi ile inovasyon sürecindeki eğitimlerin daha profesyonel, eğitim sonrası inovatif uygulamaların ve buluşların prototip süreçlerinin daha efektif olması sağlanmıştır.

Yürüttülen inovasyon çalışmaları ile; her geçen yıl daha da etkin projelerin oluşturulduğu, sağlık profesyonellerinin inovasyon çalışmaları ile kendilerine daha çok güvendiği, değişime ayak uydurduğu, bakım kalitelerini artırdığı, inovasyon kültürünü yaymak için mesleki anlamda çabalarını artırdığı belirlenmiştir.

## SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ

### SB1801-Lisansüstü Öğrencilerine Yönelik Ağız ve Diş Sağlığına Multidisipliner Yaklaşım ile İnterdisipliner Araştırma Planlama Eğitimi

*Ferit Bayram<sup>1</sup>, Cansu Şahin<sup>2</sup>, Güleren Sabuncular<sup>3</sup>, Zehra Margot Çelik<sup>3</sup>,  
Ayşe Hümeysra İslamoğlu<sup>3</sup>, Sule Aktaç<sup>3</sup>, Ahmet Konrot<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>*Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hekimliği Klinik Bilimleri Bölümü, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

<sup>2</sup>*Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hekimliği Klinik Bilimleri Bölümü, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye,*

<sup>3</sup>*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Başbüyük, İstanbul, Türkiye*

<sup>4</sup>*Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil Konuşma Terapisi Bölümü, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Bu çalışma, diş hekimliği, dil ve konuşma terapisi, beslenme ve diyetetik alanlarında lisansüstü eğitim alan öğrencilerin eğitim müdaхalesi etkinliğine ilişkin olarak; disiplinlerarası eğitim algıları, araştırma yetkinlikleri ve araştırma kaygılarına eğitim müdaхalesinin etkisini değerlendirmektedir.

**Yöntem:** Haziran – Aralık 2023 tarihinde gerçekleştirilen ve iki gün süren eğitim müdaхalesi, Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’nde gerçekleştirilmiştir. Gönüllü onamları alınmış olan, randomize olarak atanmış diş hekimliği (n=10), dil ve konuşma terapisi (n=6), beslenme ve diyetetik (n=10) alanlarından 26 lisansüstü öğrenci eğitime katılmıştır. Program; didaktik eğitim ve atölye çalışmalarını kapsayan dört modülden oluşmuştur. 1. modül; araştırmanın planlanması, 2. modül; ortognatik cerrahi, 3. modül; dudak damak yarıkları, 4. modül: atölye çalışmalarıdır. Öğrencilere, Disiplinlerarası Eğitim Algısı Ölçeği (DEAÖ), Araştırma Yeterlik Ölçeği (AYÖ) ve Araştırma Kaygısı Ölçeği (RAS) eğitim öncesi ve sonrasında uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışma örneklemi, yaş ortalaması  $25,12 \pm 2,10$  yıl olan ve yaşları 22 ile 32 arasında değişen, büyük çoğunluğu (%88,4) kadın genç yetişkinlerden oluşmuştur. DEAÖ için ortalama puan müdahale öncesinde 86,65 iken müdahale sonrasında 91,04'e ( $p = 0,028$ ) ve AYÖ için 25,92'dan 28,08'ye ( $p = 0,010$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükselmiştir. DEAÖ 'nın alt boyutlarından Mevcut İş Birliği Algısı alt boyutu puanı 49,85'ten 53,54'e yükselerek istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstermiştir ( $p = 0,004$ ). Araştırmaya Yönelik Kaygı Ölçeği puanındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p = 0,710$ ).

**Sonuç:** Müdahale, katılımcılar arasında disiplinler arası eğitim algısını ve araştırma yetkinliğini geliştirmiştir. Lisansüstü eğitim programlarına yapılandırılmış multidisipliner araştırma planlama eğitimi programları adapte edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Disiplinlerarası iletişim, dış hekimliği, dil ve konuşma terapisi, beslenme ve diyetetik, araştırma

## **SB1802- Akran zorbalığına bir müdahale: Öz şefkatin koruyucu gücü**

***Özge Çalıklar<sup>1</sup>, Hasibe Kadıoğlu<sup>2</sup>***

<sup>1</sup>*Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye,*

<sup>2</sup>*Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye,*

**Amaç:** Bu derlemenin amacı okul çağı çocuklarında önemli bir sağlık riski olan, okul toplumunun sağlık ve güvenliğini etkileyen akran zorbalığına ve meydana gelmesi durumunda etkilerinin azaltılmasında öz şefkat geliştirme müdahalesinin etkili olabileceğini ortaya koymaktır.

Okullarda şiddet, okulun sağlık ve güvenliğini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Okulda şiddetin yaygın görülme şekli olan akran zorbalığı, zorba bir kişi ya da grubun kasti olarak, birden çok kez kendisinden daha gücsüz olan kişiyi inciten, üzen ve bu duruma maruz kalan kişide strese sebep olan davranışlar olarak tanımlanır. Akran zorbalığında kurban, zorba ve izleyiciler olmak üzere roller bulunmaktadır. Zorbalık tüm rollerdeki çocuklar üzerinde ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Hem sağlığı hem de akademik başarıyı etkilemektedir. Akran zorbalığının bireysel, ailesel, okula ilişkin ve çevresel sebepleri bulunmaktadır. Hem dünyada hem ülkemizde akran zorbalığı oranlarında ciddi artış görülmektedir. Okul dönemleri arasında en yaygın ortaokul döneminde görülmektedir. Bireyler için koruyucu bir faktör öz şefkat, hayat süresince karşılaştımiş oldukları olumsuz durumlar karşısında kendilerine göstermiş oldukları anlayış olarak ifade edilebilir. Öz şefkate sahip bireyler, hata yaptıklarında veya yaşamın güzellikleriyle karşılaşıklarında bu durumun insana özgü olduğunu düşünerek kendilerine sevgi ve şefkatle yaklaşabilmektedirler. Zorba ve kurbanların ortak özelliklerine bakıldığından depresyon ve kaygı yaşadıkları, düşük benlik saygısına sahip oldukları, öfkeli oldukları, etkili iletişim kuramadıkları, yalnızlık yaşadıkları, okulu sevmedikleri ve devamsızlık problemi yaşadıkları görülmektedir. Kendini yıkıcı ve acımasızsa eleştirmeme, kendine

yönelik şefkatli bir tutum sergileyebilme bireyi olumsuz duyguya ve düşünelerden koruyarak öz saygıyı geliştirir ve depresyon ve kaygınlarda azalmaya sebep olur. Öz şefkat düzeyi yüksek kişilerin daha az saldırgan tutum sergiledikleri, daha iyi kişiler arası ilişkilere sahip olduğu görülmektedir.

**Sonuç:** Tüm bunlar değerlendirildiğinde öz şefkatı geliştirmenin akran zorbalığının oluşumunda ve etkilerinin azaltılmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** zorba, kurban, akran zorbalığı, öz şefkat

## **SB1803- Bir İlçe Merkezinde Yemek Servisi Çalışanlarının Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Risk Farkındalıkları ve Korunma Davranışları**

**Talha Pekel<sup>1</sup>, Hasibe Kadıoğlu<sup>2</sup>**

*1 Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

*2 Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Bir ilçe merkezinde yemek servisi yapan yiyecek ve içecek sektörü çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara yönelik risk farkındalığı ve korunma davranışlarını belirlemektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma bir ilçe merkezinde bulunan kafe, lokanta ve restoranlarda aktif olarak görev yapan 198 yemek servisi çalışanı ile gerçekleştirılmıştır. Veriler, 01.07.2023-31.08.2023 tarihleri arasında Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği ve araştırmacılar tarafından geliştirilen Anket Formu kullanılarak öz bildirim yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma için etik kurul izni, katılımcılardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır. Sosyodemografik verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testi, değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde ise Çok Değişkenli Regresyon Analizi kullanılmıştır. Yanılma düzeyi  $p<.05$  olarak belirlenmiştir.

**Bulgular:** Yaş ortalamaları  $27,8\pm9,91$  olan katılımcıların %62,6'sının bulaşıcı hastalığa sahip olduğunda iş yerinde çalıştığı ve %24,7'sinin hijyen eğitiminin olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeğinden 180 puan üzerinden  $129,23\pm17,5$  puan aldığı bulunmuştur. Katılımcıların en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu alt boyut kişisel korunma farkındalığı ( $\bar{X}=3,96$ ) olurken en düşük puan ortalamasına sahip oldukları alt boyut ise ortak yaşam risk farkındalığı ( $\bar{X}=3,33$ ) olmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyi ve hijyen eğitimi alma durumlarının Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği toplam

puanını anlamlı ve olumlu olarak etkilediği saptanmıştır ( $p<.01$ ).

**Sonuç:** Bu çalışmada yemek servisi çalışanlarının Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği toplam puan ortalamasının aynı ölçek kullanılarak yetişkin bireylerin katılımı ile gerçekleştirilen diğer araştırmalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yemek servisi çalışanları gıda kaynaklı hastalıkların bulaşında önemli bir etkiye sahip olduğu için bulaşıcı hastalıklara ait bilgi, tutum ve davranışları yakından takip edilmeli ve belirlenen eksikliklere yönelik uygun eğitim programları planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Enfeksiyon, farkındalık, risk.

## **SB1804- Ümraniye Aile Sağlık Merkezi’nde Kayıtlı Bireylerin İnme Konusunda Farkındalıklarının Artırılması: Yarı Deneysel Çalışma Protokolü**

***Emrah Kılıç<sup>1</sup>, Ayşe Gülsah Kaya<sup>2</sup>, Mehmet Mert Şahin<sup>3</sup>***

<sup>1</sup>*Ümraniye Merkez ASM, İstanbul, Türkiye*

<sup>2</sup>*Ayşe Gülsah Kaya, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye*

<sup>3</sup>*Mehmet Mert Şahin, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Bu araştırma, Ümraniye Aile Sağlık Merkezi’nde (ASM) kayıtlı bireylerin inme konusundaki farkındalığını artırmaya yönelik bir müdahalenin etkilerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Bu akademik çalışma 30 Kasım 2023 tarihli etik kurul izni ile, 30 Ocak ile 30 Nisan 2024 tarihleri arasında Ümraniye Aile Sağlık Merkezi’nde gerçekleştirilecek ve 18 yaş üstü 550 katılımcıyı hedefleyecektir. Yapılan güç analizine dayanarak en az 394 kişiye ulaşmayı amaçlamaktadır. Ümraniye Aile Sağlık Merkezi’ndeki (ASM) doktorların katkılarıyla, inme farkındalığını artırmayı amaçlayan eğitim materyallerinin dağıtımını içermektedir. Bu materyaller, "Çabuk Davran" kampanyasının temel prensiplerine uygun olarak, inme belirtileri ve acil müdahale yöntemleri hakkında bilgi sunmaktadır.

Araştırmamanın ilk aşamasında, ASM'ye kayıtlı bireyler arasında inme ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları değerlendiren bir anket uygulanacak, ardından doktorlara inme tanısı ve müdahalesi ile ilgili bilgi verilecektir. ASM doktorları bu çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra, ASM'ye başvuran bireylere bilgi vermeleri istenecektir. Son aşamada, müdahalenin etkinliğini ölçmek amacıyla anket tekrarlanacak ve eğitim materyallerinin etkisi analiz edilecektir. Kampanyanın bilgi kartları ve broşürler gibi eğitim materyalleri, inme belirtileri ve tıbbi müdahalenin aciliyeti hakkında önemli bilgileri SMS yoluyla dağıtılacaktır. BE FAST kampanyasının başarısından esinlenilerek, inme belirtilerini temsil etmek amacıyla "ÇABUK" kelimesi kullanıldı ve ÇABUK DAVRAN kampanyası geliştirildi.

**Bulgular:** Ümraniye ASM’deki müdahale, anketler ve

değerlendirmeler sonucunda elde edilecek verilerle kampanyanın genel sağlık bilincini artırmada başarılı bir strateji olarak değerlendirileceğini öngörüyoruz. BE FAST kampanyasından ilham alan ÇABUK kampanyası, Türkiye genelinde inme farkındalığını artırmak için önemli bir adım olabilir ve daha geniş kitlelere ulaşma ve benzer stratejilerin benimsenmesinde öncü bir rol oynayabilir.

**Sonuç:** ÇABUK, Türkiye'de inme farkındalığını artırmayı amaçlayan, BE FAST kampanyasından ilham alan ve çığır açan bir girişimi temsil eder. Artan inme prevalansına ve kamusal sağlık alanında karşılanmamış ihtiyaçlara odaklanarak, hayat kurtarmayı, inme ile ilişkili sekonder hasarı azaltmayı ve diğer bölgelerdeki inme farkındalık kampanyaları için dönüştürücü bir model olma potansiyeline sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** inme, farkındalık, anket, sağlık bilinci

## **SB1805- 7,7 ve 7,6 Büyüklüğündeki Maraş Merkezli Depremler Sonrasında Çadır veya Konteynerlerde Yaşayan Depremzedelerin Omaha Sistemine Göre Problemlerinin Belirlenmesi**

**Gözde Gür<sup>1</sup>, Aysun Arduç<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,  
İstanbul, İstanbul, Türkiye*

<sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,  
İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı Maraş merkezli 7,7 ve 7,6 büyüklüğündeki depremler sonrasında Adiyaman'da çadır veya konteynerlerde yaşayan depremzedelerin problemlerini Omaha Sistemi kullanarak belirlemektir.

**Yöntem:** Bu araştırma kesitsel-tanımlayıcı araştırma tipinde planlandı. Araştırmanın verileri 6 Şubat 2023 depreminden 35 gün sonra 13-19 Mart 2023 tarihleri arasında Adiyaman'da çadır ve konteynerlerde yaşayan 18 yaş üstü 297 depremzede ile yüz yüze görüşerek toplandı. Veriler, Sosyo-demografik form, Omaha Sistemi-Problem Sınıflandırma Listesi ve Nightingale Notes yazılımı kullanılarak elde edildi.

**Bulgular:** Depremzedelerin %62,6'sı (n=186) çadırlarda, %37,4'ü ise (n=111) konteynerlerde yaşamaktadır. Bireylerin yaş ortalamaları  $45,4 \pm 16$  olup, %63,3'ü kadın, %36,7'si erkek, %84,2'si evli, %11,4'ü bekar, %4,4'ü ise dul/ boşanmış idi. Depremzedelerin %58,2'sinin (n=173) en az bir hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Bu hastalıkların %29,3'ü (n=87) dolaşım sistemi hastalıkları, %10,8'i (n=32) solunum sistemi hastalıkları ve %19,5'i (n=58) endokrin, beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıkları içermektedir. Ayrıca, katılımcıların %39,1'i (n=116) ilaç kullanmaktadır. Deprem bölgesinde, Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesinde tanımlanan 42 problemden, 4'ü Çevresel alan, 11'i Psikosoyal alan, 17'si Fizyolojik alan ve 8'i Sağlık davranışları olmak üzere 40 problem tanımlanmıştır. Bu problemlerin %97,6'sı aktüel, %2,4'ü potansiyel ve %92,6'sı bireysel, %5'i ailesel,

%2,4'ünün toplumsal olduğu belirlenmiştir. Gelir, Sanitasyon, Konut, Yaşam alanı/iş ortamı güvenliği, Toplum kaynakları ile iletişim, Bulaşıcı/enfeksiyon durumu ve Beslenme problemleri depremzedelerin tamamında tanılanmıştır. Ayrıca probleme ait belirti bulgulardan en sık görülenlerin ise; gereksinimleri satın almada güçlük, besinlerin saklanması/kullanılmasında yetersizlik, kanalizasyon kullanımında yetersizlik, çamaşır yıkama koşullarının yetersizliği, sınırlı sosyal ilişki, fiziksel tehlikeler, sağlığı geliştirmek için uygun kaynakların/alanların yetersiz olması, özelini ifade etmede güçlük, duygusal bakım/destek eksikliği, rahatsızlık/agrı ifade etme, dengesiz beslenme, giysilerin temizliğinin sağlanmasında güçlük, banyo yapmada güçlük, ağız bakımı/dış fırçalamada güçlük ve sigara/tütün ürünlerinin kullanımı olduğu belirlenmiştir.

**Sonuç:** Omaha Sistemi, toplumdaki savunmasız nüfusa yönelik veri toplamak ve analiz etmek için kullanılan geçerli bir yöntemdir. Bu sistem, deprem etkisi altındaki bölgelerde yaşayan bireylerin sağlık ve sosyal sorunlarını belirlemeye halkın sağlığı hemşireleri tarafından başarılı bir şekilde kullanılabilir. Aynı zamanda, elde edilen bilgiler, sağlık politikalarının ve afet yönetim stratejilerinin geliştirilmesinde önemli bir perspektif sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Deprem, Depremzede, Omaha Sitem, Problem Sınıflama Listesi, Sağlık Sorunları

## **SB1806- Omaha Sınıflama Sistemine Göre Bir Olgu Çalışması: Aşı Tereddütü**

**Bahire Ulus<sup>1</sup>, Sevval Patak<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Acıbadem Mehmet Ali Aydinlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

**Amaç:** Bu çalışmada, aşı tereddütü içinde bulunan anneye yapılan ev ziyareti ve Omaha Sınıflama Sistemi doğrultusunda gerçekleştirilen hemşirelik yaklaşımlarının paylaşılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Halk Sağlığı Hemşireliği dersi uygulamasında İstanbul, Ümraniye bölgesinde yaşayan N.A ve ailesinden onay alındıktan sonra, ailinin bağlı olduğu aile sağlığı merkezinin bilgisi dahilinde ev ziyareti gerçekleştirildi. Veriler Omaha Sınıflama Sistemi doğrultusunda, araştırmacılar tarafından anne ile yüz yüze görüşülerek toplandı.

**Bulgular:** Ev ziyareti 07.12.2023 tarihinde yapıldı. N.A'nın ailesi 4 kişilik bir ailedir, anne 30 yaşında lise mezunu ev hanımı ve baba 40 yaşında lise mezunu kurye olarak çalışmaktadır. Birinci çocuk kız 6.5 yaşında ilkokul birinci sınıf öğrencisi, ikinci çocuk kız 10 aylık BCG aşısı dışında hiçbir aşısı yaptırılmıştır. Bebeğin annesi NA kızamık aşısını yaptırmak istemediklerine dair, bağlı oldukları ASM'de Aşı Red Durumu Tespit Tutanağı imzalamıştır. Annenin istekleri doğrultusunda bebeklerde karışık beslenmeye geçiş ilkeleri konulu eğitim verildi. Ayrıca çocukluk çağı bulaşıcı hastalıkları ve aşiların toplumsal önemi konusunda bilgi verildi. Omaha Sınıflama Sistemi doğrultusunda alanlara göre 20 adet problem ve hemşirelik girişimi belirlendi.

**Sonuç:** Aşı tereddütü yaşayan ebeveynlere yapılacak hemşirelik yaklaşımlarının planlanması Omaha Sınıflama Sistemi kullanılması tüm problem alanlarına sistematik hemşirelik yaklaşımı sağlayacağından konuya ilişkin sorunların çözümünde yararlı olacağına inanılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocukluk çağı aşları, aşı tereddütü, Omaha Sınıflama Sistemleri

## **SB1807- Depremzede Lise Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Desteğin Sigara Kullanımı ve Uyku Kalitesine Etkisi**

***Ozan Özkol<sup>1</sup> Kamer Gür<sup>2</sup>***

<sup>1</sup>*Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

<sup>2</sup>*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı 6 Şubat 2023'te Kahramanmaraş merkezli depremlerden etkilenen Adıyaman ili Merkez ilçesinde yaşayan depremzede lise öğrencilerinde algılanan sosyal destek düzeyinin sigara kullanımı, uyku kalitesi ve uykusuzluğa etkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı türde bir çalışma olup etik kurul izni alınmıştır. Çalışmanın evrenini Adıyaman Merkez ilçesindeki devlet liselerindeki öğrenciler, örneklemi ise gönüllü 1579 öğrenci oluşturmuştur. Veriler, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Bergen Uykusuzluk Ölçeği (BUÖ), Depremzede Öğrenci Bilgi Formu ve Depremzede Öğrencilerde Sigara Kullanım Değerlendirme Anketi ile toplanmıştır. Veriler SPSS 27.0 ile analiz edilip, değerlendirilmesinde Bağımsız Örneklem T testi, One Way Anova ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalamaları  $15,46 \pm 2,74$  ve %44,3'ü kız %55,7'si erkektir. %74,2'si evde %13'ü konteynerda %6,1'i yurta %11,4'ü diğer yerlerde kalmaktadır. Depremden sonraki ilk 10 günde %26'2si çoğunlukla arabada kalmıştır. %12,4'ü kronik hastalığının olduğunu belirtmiştir. %23'ü akraba, aile ve arkadaşlarından en az birini kaybetmiştir. Öğrencilerin %8,7'sinin sigara kullandığı, %15,9'unun depremden sonra sigaraya başladığı ve %62,1'inin depremden sonra kullanım miktarını artttığı belirlenmiştir. Sigara kullanmayanların %16,8'inin depremden sonra sigara kullanmayı merak ettiği, %10,4'ünün ise sigara kullanmayı denediği saptanmıştır. ÇBASDÖ puan ortalamaları  $55,81 \pm 15,04$  PUKİ puan ortalamaları

$8,06 \pm 3,75$  ve BUÖ puan ortalamaları  $18,66 \pm 10,02$  olarak bulunmuştur. ÇBASDÖ'nün PUKİ ( $r=-0.237$   $p<0.000$ ) ve BUÖ ( $r=-0.203$   $p<0.000$ ) ile arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Günde 31 ve daha fazla miktarda sigara kullananların ÇBASDÖ puanı, daha az sigara kullananlara göre hem aile alt boyutunda( $p=0.001$ ) hem de toplam puanda( $p=0.023$ ) daha düşük bulunmuştur.

**Sonuç:** Algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça sigara kullanımı kısmen artmıştır. Algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça uykusuzluk azalmış, uyku kalitesi artmıştır. Özellikle afet gibi olağanüstü durumlarda halk sağlığı çalışanları, incinebilir grulardan olan çocuk ve ergenleri yakından takip etmelidir. Sağlığı koruyucu ve geliştirici girişimlerin yanı sıra onların sosyal destek düzeyinin artırılmasına yönelik faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Depremzede lise öğrencileri, algılanan sosyal destek, uyku kalitesi.

## **SB-1808Evde Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji ve İnovasyon Kullanımı**

***Yeliz Doğan Merih, Aydan Yılmaz, Nur Bahar Kuru Aktürk***

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye*

Günümüzde yaşa bağlı fonksiyonel rahatsızlıklar, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorlanma ve hipertansiyon, diyabet gibi pek çok kronik hastalığın görülmeye sıklığındaki artış bu sağlık sorunlarında ve hizmet sunum süreçlerinde değişimlere yol açmıştır. Tüm bu değişimler kişilerin sağlık ve bakım ihtiyaçlarının evde çözüme kavuşturulması, son yılların sağlık ve sosyal hizmet alanlarında en fazla üzerinde durulan konularından birisi olmuştur. Evde sağlık hizmetleri olarak adlandırılan bu hizmetler, hasta bireylerin tedavi ve bakımlarını bir sağlık kuruluşu yerine evlerinde almalarına imkân sağlamaktadır. Bilimsel ve teknolojik atılımlar, sosyal hakların gelişmesi ve yaygınlaşması, uzun süreli kurumsal bakım hizmetlerindeki yetersizlikler ve sağlık hizmetleri harcamalarında artan maliyetler evde sağlık hizmetlerinin inovatif yaklaşımalarla desteklenmesini gündeme getirmiştir. Bu derleme çalışmasında evde sağlık hizmetlerinde teknolojinin ve inovatif yaklaşımların önemini vurgulamak ve bu hizmetlerde inovatif yaklaşılardan örnekler vermek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda literatür taraması Eylül 2023 ile Aralık 2023 tarihleri arasında Scopus, Web of Science, EBSCO ve Google Scholar veri tabanları üzerinden “care”, “home care services”, “innovation”, “technology” ile bu anahtar kelimelerin Türkçe karşılıkları olan “bakım”, “evde sağlık hizmetleri”, “innovasyon” ve “teknoloji” anahtar kelimeleri kullanılarak son 20 yıl içerisinde İngilizce ve Türkçe dilinde yazılmış yayınlar incelenerek yapılmıştır. İnovasyon ve teknoloji anahtar kavramlarını içeren yayınlar evde sağlık hizmetleri ile ilişkilendirilmesi koşuluyla araştırılmaya dahil edilmiştir.

Evde sağlık hizmetlerinde sıkılıkla kullanılan inovatif yaklaşımın

tele-sağlık, medikal cihazlar arasındaki iletişim, yapay zeka uygulamaları, karar destek sistemleri, giyilebilir teknolojiler, güvenli ev teknolojileri, bakım robotları, büyük veri, nesnelerin interneti ve sanal gerçeklik olduğu bulunmuştur. Bu yenilikçi yaklaşımlar sayesinde, kaynakların çok kısıtlı olduğu evde sağlık hizmetlerinde; ileri teknolojiler kullanılarak erişilebilir çözümlerin üretilmesi, hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması, bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve maliyetlerin düşürülmesi sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım, Evde Sağlık Hizmetleri, İnovasyon, Teknoloji

## **SB1809-KOAH Hastalarının Yaşadığı Güçlükleri Anlamak: Nitel Bir Araştırma**

***Zahide Aksoy<sup>1</sup>, Saime Erol<sup>2</sup>, Özlem Oruç<sup>3</sup>***

<sup>1</sup>*Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

<sup>2</sup>*Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

<sup>3</sup>*Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı KOAH hastalarının yaşadığı güçlükleri keşfetmek, anlamak ve KOAH hastalarını güçlendirmek amacıyla geliştirilecek olan programlara referans oluşturmaktır.

**Yöntem:** Araştırma fenomenolojik araştırma tasarımlı ile Mayıs-Temmuz 2023 tarihleri arasında bir göğüs hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinin polikliniklerinde yürütüldü. Araştırmaya beş yıldır KOAH tanısı almış, mental problemi olmayan, hastalık belirtileri iletişimini engellemeyecek düzeyde olan, 40 yaş üzerinde, KOAH Evre 2 veya Evre 3 olan hastalar katıldı. Amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanıldı. Veriler görüşme rehberi esas alınarak dört ana soru ve alt sorular sorularak derinlemesine görüşme yöntemi ile toplandı. Sorular: 1. KOAH hastalığı hakkında neler biliyorsunuz? Hastalığınızla ilgili bilgilere nasıl ulaşıyorsunuz? 2. KOAH'a sahip olmanın nasıl bir şey olduğunu düşünüyorsunuz? - Solunum sıkıntısı çekmek sizi nasıl etkiliyor? 3. Hastalığınızın günlük yaşamınıza ne gibi etkileri var/hayatınızda neler değişti? 4. Hastalığınızın yönetiminde neler yaşadığınızı anlatabilir misiniz? Veri toplama 11 kişi ile görüşülüp veri doygunluğuna ulaşıldığında sonlandırıldı. Görüşmeler katılımcının izni ile ses kaydına alındı, sonrasında deşifre edilen görüşmeler MAXQDA programına aktarıldı. Verileri kodlamak ve temaları belirlemek için tematik analiz kullanıldı. Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kurul, kurum ve katılımcı izinleri

alındı.

**Bulgular:** Dört kadın ve yedi erkekten oluşan katılımcıların yaşıları 41 ile 74 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 55,2'dir. KOAH hastalarıyla yapılan görüşmelerde; "hastalık algısı", "hastalık yönetiminde güçlük", "yaşam biçiminde kayıplar" "hastalığın duygusal yükü" ve "bilgi ihtiyacı" olmak üzere beş tema keşfedildi. KOAH hastalarını hem fiziksel hem de duygusal açıdan en çok zorlayan semptomun nefes darlığı olduğu görüldü. Uzun süre hastalığı inkâr etikleri ve kabullenmedikleri, nefes darlığının günlük yaşam aktiviteleri ve iş hayatını olumsuz etkilediği, randevu sisteminde ve sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluklar yaşadıkları belirlendi. Fiziksel aktivite ile nefes darlığının artacağına yönelik ciddi korkular yaşadıklarından hareketsiz bir yaşam sürdürmekteydiler. Sigara bağımlılığı hastalarda derin bir suçluluk duygusuna neden oluyor ve özyönetimlerini olumsuz etkiliyordu. Hastalar daha iyi bir yaşam kalitesi ve hastalık yönetimi için destek ve kaynaklara ihtiyaç duyuyordu.

**Sonuç:** KOAH'lı hastaları güçlendirmek için uygulanacak girişimler, bu çalışmada elde edilen hastalık algısı, hastalık yönetiminde güçlük, yaşam biçiminde kayıplar, hastalığın duygusal yükü ve bilgi ihtiyacı temaları kapsamında oluşturularak etkinliğinin artırabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda KOAH hastalarının evde bakım ve palyatif bakıma olan ihtiyaçları da dikkat çekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hasta güçlendirme, nitel araştırma

## **SB1810- Birinci basmakta çalışan hekim hemşire ve ebelerin çocuk ihmal ve istismar konusunda bilgi düzeyleri**

**Ernur Duysak, Dilan Yeşilağaç, Nurcan Kolaç**

*Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,  
İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Bu çalışma, birinci basmak sağlık çalışanlarının çocuk ihmal belirti ve risklerini tanılamaya ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma tanımlayıcı tipte olup, İstanbul'da bulunan devlete bağlı 29 Aile Sağlığı Merkezinde çalışan gönüllü, ebe hemşire ve doktorla (N=145) gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında, sağlık çalışanlarının tanıtıcı özelliklerine ilişkin anket formu ve Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde normal dağılıma uygun olan ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent- Sample t” test, bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “ANOVA” testi kullanılmıştır. Araştırmmanın yürütülebilmesi için Marmara Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Uygulamalar Etik Kurulundan izin alınmıştır (09.2021.1410). Ayrıca araştırmmanın Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır.

**Bulgular:** Sağlık çalışanlarının %56,6'sı çocuk ihmal ve istismarı tanılama konusunda yeterli hissetmemektedir. %33,1 ise çocuk ihmal ve istismarını nereye bildirmesi gerektiğini bilmemektedir. Sağlık çalışanlarının sadece %14,5'i lisans eğitimi sırasında bilgi aldığıını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının sadece %4,8 'i çocuk ihmal ve istismarının tanınması konusunda bir makale okumuştur. Sağlık çalışanları, son bir yılda çocuk ihmal ve istismarını tanıyararak üç çocuk için (%2,1) polise haber verdigini, 18 çocuğu (%12,4) ise adli vaka

olarak bildirdiğini, 13 çocuğun ailesine ise çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim vermişlerdir. Sağlık çalışanlarının sadece %13,1 ‘i çocuk ihmal ve istismarının belirti ve risklerini kesinlikle tanıyaabileceğini belirtmiştir. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği puan ortalamaları  $3.92 \pm 0,32$  (min=3.13, max=4,87)olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının meslekleri ile toplam ölçek puanı ve alt ölçeklerinden; istismar ve ihmali çocukta fiziksel belirtileri, istismar ve ihmali çocukta davranışsal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özelliklerini bilme durumları, arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sağlık çalışanlarının, çocuk ihmal ve istismarını tanılamada kendini yeterli hissetmesi, konuya ilgili eğitim almayı isteme durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Sonuç ve Öneriler:** Sağlık çalışanları, çocuk ihmal ve istismarını tanılamada, öykü alma ve ilgili kuruma rapor etmede güçlükler yaşamaktadır. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmaliinin ve olası risklerini tanımları konusunda hem lisans eğitimi sırasında hem de hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** *Çocuk, ihmal, istismar, sağlık çalışanı, birinci basamak.*

## **SB1811-Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Damgalama Eğilimlerinin Araştırılması**

**Sare Boz<sup>1</sup>, Ela Sülü<sup>1</sup>, Zeynep Berre Atılgan<sup>1</sup>, Mehmet Fatih Çiftci<sup>1</sup>,  
Esmanur Altıntaş<sup>1</sup>, İsmail Hakkı Doğru<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye*

<sup>2</sup>*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı,  
İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Damgalama; bireyin normal dışı olarak görülen durumunun varlığı nedeniyle sosyal anlamda dışlayıcı, kurban edici yaklaşıma maruz kalmasıdır. Bireylerin başıvurdukları sağlık kuruluşlarında doktorlar tarafından damgalamaya uğraması alacakları sağlık hizmetini reddetmeye varacak derecede önemli halk sağlığı sorunları oluşturabilmektedir. Bu araştırmanın amacı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi (MÜTF) öğrencilerinin damgalama eğilimlerinin araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Çalışmamız tanımlayıcı tipte çalışma olup Şubat-Nisan 2023'te MÜTF öğrencileriyle yürütülmüştür. Örneklem alınmamış, tüm mevcuda ulaşılması hedeflenmiştir. Etik Kurul onayı alındıktan sonra her bir sınıf grubunun iletişim platformlarına toplam 3 kez veri toplama formu gönderilmiştir. Araştırma gönüllülük esasıyla yürütülmüş, araştırmaya katılmaya gönüllü öğrencilerden araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu ve damgalama eğilimi ölçüğünü çevirmişi olarak doldurmaları istenmiştir. Kullanılan Damgalama ölçü, Yaman ve Gündör tarafından geliştirilen 22 madde ve dört alt boyuttan oluşan bir ölçektir (Cronbach Alpha güvenirlik sayısı 0,84). Verilerin analizinde Jamovi 2.3.21.0 sürümündeki kare, t testi ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.  $p<0,05$  istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak belirlenmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya toplam 275 kişi katılmıştır [119 Erkek (%43,3); 156 Kadın (%56,7)]. Katılımcıların 226'sının (%82,2) düşük, 49'unun (%17,8) yüksek damgalama eğilimine sahip olduğu bulunmuştur. Preklinik ve klinik dönem öğrencilerinin damgalama eğilimleri benzerlik göstermektedir ( $p>0,05$ ). Erkeklerin damgalama eğilimi ölçüğinden aldığı puanlar kadınlarından daha yüksektir (erkekler 47,3, kadınlar 41,19;  $p<0,01$ ). Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunan katılımcıların ölçekten aldıkları puanların ailesinde ruhsal hastalık

öyküsü bulunmayan katılımcılara göre düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ölçek alt boyutlarına göre erkekler ayrımcılık ve dışlama ( $p<0.01$ ), etiketleme ( $p<0.01$ ), psikolojik sağlık ( $p<0.05$ ) alt boyutlarında kadınlara göre daha yüksek puan almışlardır. Önyargı alt boyutunda cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır. **Sonuç:** MÜTF öğrencilerinin damgalama eğilimlerinin preklinik ve klinik dönemde farklılık göstermemesi eğitim sırasında verilen damgalama eğitimiyle ilişkilendirilebilir. Araştırmamız damgalama eğilimi puanı daha yüksek bulunan Erkek öğrencilere ve ailesinde ruhsal hastalık bulunmayanlara yönelik, damgalama ile ilgili farkındalığı artıracak müdahale çalışmalarına ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Damgalama, Tıp fakültesi, Etiketleme, Ayrımcılık

## **SB1812-Yetişkin Bireylerde Sağlık Arama Davranışı, Sağlık Sorumluluğu ve Etkileyen Faktörler**

***Dilara Çin, Esma Demir, Mehmet Şen, Özge Kılıç, Saime Erol***

*Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği  
Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Sağlık arama davranışını ve sağlık sorumluluğu, bireylerin sağlığını daha iyi yönetmesi, koruyup geliştirmesi, sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanması ve sağlıkla ilgili bilgi edinmesinde etkilidir. Bu çalışma, yetişkin bireylerin sağlık arama davranışlarını, sağlık sorumluluklarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Araştırma, tanımlayıcı tasarım ile İstanbul ilinin Anadolu Yakası'nda bulunan bir Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini ASM'ye kayıtlı 605 yetişkin birey oluşturdu. Veriler, Sosyodemografik Özellikleri Tanılama Formu, Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Independent Samples T-Test, One-Way ONAVA testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. İstatistik anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  kabul edildi. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul, kurum, ölçek kullanım izni ve katılımcı onamı alındı.

**Bulgular:** Yetişkinler, sağlık arama davranışını ve sağlık sorumluluğu ölçeklerinden ortalamanın üstünde puan aldı. Online sağlık arama davranışını alt boyutundan, 54-65 yaşındaki, çocuk sahibi olmayanlar, eğitim durumu üniversite ve üstü olanlar, çalışmayanlar; profesyonel sağlık arama davranışını alt boyutundan, erkekler, 42-53 yaşındaki, evli, çocuk sahibi, eğitim durumu üniversite ve üstü olanlar, çalışanlar, ekonomik durumunu orta olarak ifade edenler, yaşamının çoğunu büyükşehirde geçirenler, alkol kullanmayanlar; geleneksel sağlık arama davranışını alt boyutundan ise ortaokul-lise mezunu olanlar, kronik hastalığı olmayanlar, sigara içmeyenler daha yüksek puan aldı ( $p<0,05$ ). Sağlık Sorumluluğu Ölçeğinden, 42-53 yaşındaki, ortaokul-lise mezunu olanlar, yaşamının çoğunu büyükşehirde geçirenler, kronik hastalığı olmayanlar, sigara kullanmayanlar daha yüksek puan aldı ( $p<0,05$ ). Sağlık sorumluluğu ile online sağlık arama davranışında

pozitif yönde, yüksek düzeyde; profesyonel, geleneksel sağlık arama davranışları arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Sonuç olarak, sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düşük, çalışmayan, kronik hastalığı olan, sigara-alkol kullanan, yaşamının çoğunluğunu kasaba ya da köyde geçirmiş olan yetişkinlerin sağlık sorumluluğu ve profesyonel sağlık arama davranışları açısından geliştirilmeye ve desteklenmeye ihtiyaçları vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, sağlık hizmeti arama davranışları, sorumluluk, yetişkin

## **SB1813- Aile Hekimlerinin Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarını Tanıma ve Yönetme Konusunda Bilgi ve Yeterliliğini Artırmaya Yönelik Eğitim Verilmesi**

***İrem Gelgeç<sup>1</sup>, Sıtkı Tiplamaz<sup>2</sup>, Fatih Hitami Usluoğulları<sup>2</sup>, Mehmet Akif İnanıcı<sup>2</sup>***

<sup>1</sup>*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

<sup>2</sup>*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Bu bildirinin amacı sahada çalışan aile hekimlerinin çocuk ihmal ve istismar (ÇİVİ) vakalarını tanıma ve yönetme konusunda bilgi ve yeterliliğini artırmaya yönelik multidisipliner düşünme ve çalışma becerilerini geliştirmeyi amaçlayan bir eğitim örneği sunmaktadır.

**Yöntem:** İstanbul'da çalışan aile hekimlerine dernek grupları, telefon mesajlaşması uygulamaları üzerinden eğitim konusu paylaşılarak eğitim ile ilgili duyuru ve davet gönderilmiştir. Gönüllü hekimler ile Mayıs 2023'te Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde yüz yüze eğitimler düzenlenmiştir. Eğitimler, multidisipliner bakış açısı elde etmek amacıyla 2 Aile Hekimliği ve 2 Adli Tıp öğretim üyesi, 1 Aile Hekimliği asistanı, 1 Adli Tıp uzmanı, 1 psikolog, 1 avukat, 1 sosyal hizmet çalışması tarafından literatür taraması ve yapılan atölye çalışması ile hazırlanmış ve verilmiştir. Eğitimler civi vakalarına farklı disiplinler arasında iş birliği ve koordinasyon temelinde yönetmeyi odağa alan teorik dersler ve vaka tartışmalarını içermektedir. Vaka tartışmaları için birinci basamakta sık karşılaşılan standardize edilmiş 6 ÇİVİ vakasından yararlanılmıştır. Eğitim sonrasında sözel ve yazılı geri bildirim alınmıştır.

**Sonuç:** Alınan geri bildirimlerde hekimler farklı disiplinlerden alanında uzmanlardan aldığı eğitimleri öğretici ve pratiğe yönelik faydalı bulduklarını belirtmişlerdir. Hekimler civi vakalarını yönetmede disiplinler arası iş birliği ve koordinasyonun önemini fark ettiklerini vurgulamışlardır. ÇİVİ konusunda aile hekimleri ile yürütülen bu

eğitim uygulama örneği tüm birinci basamak sağlık çalışanlarına yaygınlaştırılması gerektiğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk ihmali ve istismarı, eğitim, multidisipliner çalışma

## **SB1814- Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Organ ve Kadavra Bağışı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Tespit Edilmesi ve Bakış Açılarının Belirlenmesi**

***Mert Solmaz<sup>1</sup>, Elifnaz Aksu<sup>1</sup>, Cansu Koçak<sup>1</sup>, Miray Göksu<sup>1</sup>, Zeynep Hadimoğulları<sup>1</sup>, Muhammed Berkay Aydoğdu<sup>1</sup>, Ülkü Sur Ünal<sup>2</sup>***

<sup>1</sup>*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye*

<sup>2</sup>*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Organ ve kadavra bağışının önündeki engellerin; süreçle ilgili bilgi yetersizlikleri, önyargılar, dinsel çekinceler ve karar verme anındaki duygusal yaklaşımlar olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi (MÜTF) birinci sınıf öğrencilerinin organ ve kadavra bağışı hakkındaki bilgi seviyelerini tespit etmek, görüşlerini dayandıkları sebeplere bağlı olarak belirlemektir.

**Yöntem:** Çalışmamız gözlemlsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmamızın evrenini ve örneklemi 260 kişiden oluşan MÜTF birinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Tüm evrene ulaşılması hedeflendiği için örneklem hesabı yapılmadı. Veri toplama aracı, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan, katılımcıların kadavra bağışı hakkındaki bilgi düzeylerini ve bakış açılarını sorgulayan bir ankettir. Bu evrenden gönüllülere araştırma soruları çevrim içi anket aracılığıyla soruldu. Araştırmada öğrencilerin yaş, cinsiyet, demografik verileri elde edilmiş; organ ve kadavra bağışı hakkındaki bilgileri ve bakış açıları değerlendirildi. Veri analizi, Jamovi istatistik programı aracılığıyla yapıldı. Frekans analizleri ve ki-kare analizi uygulanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Ankete katılım oranı %38,1 (99 kişi) idi. Çalışmaya katılan 99 öğrencinin %69,7'si kadın, %30,3'ü erkektir. Katılımcıların annelerinin %54,5'i ve babalarının %66,7'si lisansüstü eğitim almıştır. Araştırma sonucunda organ ve kadavra bağışına dair sorulan bilgi

sorularına verilen doğru cevap yüzdeleri sırasıyla %60,1 ve %45,1 olarak saptandı. Katılımcıların %51,5'i organlarını bağışlamayı düşündüğünü, %38,4'ü kararsız olduğunu, %10,1'i bağışlamayı düşünmediğini belirtti. Katılımcıların %21,2'si kadavrasını bağışlayacağını, %42,4'ü kararsız olduğunu, %36,4'ü bağışlamayacağını belirtti. Organ ve kadavra bağışlamaya dair tutumlar arasında benzerlik saptandı ( $p<0,001$ ).

**Sonuç:** MÜTF birinci sınıf öğrencilerinden gönüllü olanlar üzerinden yürütülen çalışmamızda katılımcıların yaklaşık yarısının organ bağışında, beşte birinin kadavra bağışında bulunmayı düşündüğü ortaya kondu. Bu konuda farkındalıkın artırılmasına yönelik dersler aracılığıyla tıp fakültesindeki ilerleyen senelerde, bu oranların arttırılabilceğini düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Organ Bağışı, Kadavra Bağışı, Tıp Öğrencileri

## **SB1815: İncir Ağacına (*Ficus carica*) Bağlı Fitofotodermatit Olgusu**

**Merve Yüzbaşıoğlu**

*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye*

**Giriş:** Bitkilerin içerdiği furokumarin gibi fototoksik kimyasallarla cildin etkilenmesi ve uv ışınlarla reaksiyona girmesi sonucunda oluşan fitofotodermatit terimi ilk olarak 1942 yılında Robert Klaber tarafından ortaya konuldu. *Ficus carica*'yı da içeren Moraceae (Dutgiller) familyasının birçok üyesi buna sebep olabilmektedir. İncir ağacı, temas sonrası kolay emilen fotoirritan olduğu bilinen proteolitik enzim ve furokoumarinler üzerinden bir özsü veya lateks salgıları. Güneşle etkilenme sonrasında oksijen bağımlı ve bağımsız bir dizi toksik reaksiyon gerçekleşir. Sonuçta hücre zarı hasarı, ödem, hücre ölümü gerçekleşir. Ağaçtan incir topladıktan sonra gelişen fitofotodermatit vakasını ele alıp bu vakalarda ilk başvuru konumunda olan aile hekimlerinin konuya dikkatini çekmeyi amaçlıyoruz.

**Olgu:** 60 yaş erkek hasta 2023 Haziran ayında kolunda oluşan kızarıklıklar için polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde özellik ve ilaç öyküsü bulunmayan hastanın üst, ön kollarında ve elliğinde eritemli zeminde yanılı, kaşıntılı papüller mevcuttu, yer yer büllöz lezyonlar eşlik etmekteydi. Hikayesi derinleştirildiğinde incir topladıktan sonra lezyonların başladığını belirten, farklı kozmetik veya temizlik ürünü kullanmayan ve incirle temas bölgelerinde lezyonları olan hastada fitofotodermatit tanısı düşünüldü. Hastaya gramında 1mg mometazon furoat bulunan kremi 12 saat arayla topikal uygulaması söylendi. Oral olarak da günde 1-20 mg bilastin başlandı. Sekonder enfeksiyon açısından uyarılarda bulunuldu, güneş koruyucu önerildi. 3 gün sonra kontrole çağrılan hastanın lezyonlarının gerilediği gözlandı.

**Tartışma:** Fitofotodermatitin görülmeye sıklığı popülsiyona ve maruz kalma riskine göre değişmektedir. Genellikle bitkideki psoralen konsantrasyonunun en yüksek olduğu ve insanların güneşten daha az koruyucu kıyafetlerle dışında olduğu yaz aylarında görülür.

Çoğunlukla büllerle birlikte doğrusal, ağrılı, koyu renkli eritematöz plaklar şeklinde başlar ve bunu hiperpigmentasyon izler. Lezyonlar temastan 12-36 saat sonra oluşur ve sıkılıkla kollarda gözlenir. Tanıda genellikle kimyasal yanıklar, ilaç erupsiyonları, fotoalerjik dermatit, kontakt dermatit ile karışır bu yüzden teşhis konulamayabilir. Detaylı anamnez tanı açısından çok önemlidir; ayrıca spesifik tetikleyicinin tanımlanması açısından fotoyama testi de kullanılabilir. İnflamasyonu azaltmak için topikal steroidler kullanılabilir. Şiddetli vakalarda oral steroid de eklenebilir.

**Sonuç:** Birinci basamak sağlık hizmetlerinde cilt lezyonları sıkılıkla görülür. İncir ağacı bol olan ülkemizde bu tür vakalar da sık görülebilmektedir. İyi anamnez ve fizik muayene tanıyı kolaylaştırabilir

**Anahtar Kelimeler:** incir ağacı, fitokimyasallar, fotodermatit

## **SB1817- Solunum Yolu Enfeksiyonları Semptomları ile İnfluenza, Rsv ve Sars-CoV-2 Arası İlişkinin Değerlendirilmesi**

***Meliha Özyalvaç, Seda Özmen Sever, Leyla Genç, Güzin Zeren Öztürk, Banu Bayraktar***

*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE) hastalık seyrinde farklı özellik gösterebilen, genellikle benzer semptomlarla seyreden birçok etkenle ortaya çıkabilir. Çalışmamızda, ÜSYE semptomları gösteren hastalarda İnfluenza A/B, Respituar sinsityal virüs (RSV) ve SARS-CoV-2 dağılımını belirlemek ve semptomlarla ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma retrospektif, tanımlayıcı niteliktedir. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine Mayıs 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında ÜSYE semptomu ile başvuran hastalar retrospektif olarak taranmış ve İnfluenza, RSV ve SARS-CoV-2 etkenlerine karşı Polimeraz zincir reaksiyon (PCR) testi yapılan 18 yaş ve üstü bireyler dahil edilmiştir. Bu tarihler arasında 4503 test yapılmış ve pozitif olanların pozitiflik tarihi, yaş, cinsiyet, semptomları kaydedilmiştir. Kayıtlarında eksik bilgi bulunan, antiviral ilaç kullanan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya test sonucu pozitif olan 765 kişi dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 41,98 (min:18,max:97) idi ve %61,2 (n:468)'si kadındı. Pozitiflik en sık 221 kişi (%28,9) ile ekim ayında, en az 6 kişi (%0,8) ile temmuz ayında idi. Boğaz ağrısı (n:383,%50,1), öksürük (n:296,%38,7) ve ateş (n:247,%32,3) şikayetleri sırasıyla en sık başvuru nedeniydi. Test sonuçlarında en sık pozitiflik %93,3 (n:714) ile SARS-CoV-2 pozitifliği idi. Bunu %5,4 (n:41) ile İnfluenza B, %1,2 (n:9) ile RSV, %0,01 (n:1) ile İnfluenza A pozitifliği izliyordu. Testin yapıldığı ay ile test pozitifliği arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p:0,000$ ) ve RSV pozitiflerinin hepsi Aralık ayında, İnfluenza pozitifliği en sık Mayıs ayında, SARS-CoV-2 pozitifliği en

sık ekim ayındaydı. Öksürük, baş ağrısı, halsizlik şikayetleri istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla SARS-CoV-2 pozitifliği olanlarda ön planda idi ( $p:0,022$ ,  $p:0,000$ ,  $p:0,000$ ; sırasıyla). Ateş, boğaz ağrısı, kas ağrısı, burun akıntısı, hapşırma, tat-koku kaybı, bulantı-kusma semptomları ile test pozitiflikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** Etkenlerin birbirile kolaylıkla karışabildiği viral enfeksiyonlarda etkeni ayırt edebilmek adına enfeksiyon zamanı, öne çıkan semptom dikkate alınarak değerlendirme yapmak tanı ve tedavi için önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Covid, İnfluenza, RSV, PCR, boğaz ağrısı, öksürük, ateş

## **SB1818-İstanbul'un Bir İlçesinde Yaşayan 50 Yaş Üstü Bireylerin Fonksiyonelliklerinin Değerlendirilmesi**

**Pınar Kocabas<sup>1</sup>, Pemra Cöbek Ünalan<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye*

<sup>2</sup>*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** İstanbul'un Tuzla ilçesinde yaşayan bireylerin fonksiyonel durumunun belirlenmesi ve fonksiyonel durumu etkileyen sosyodemografik ve sağlıkla ilişkili etkenlerin saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Tuzla'da yaşayan 50 yaş ve üstü 387 birey örneklem olarak alınmıştır. 50 yaşı sınır olarak kabul etmemizin nedeni yaşamsal, sağlıkla ilişkili, işlevsel değişikliklerin bu dönemde başladığı düşüncesidir. Katılımcı yaşıları 50-65 ve 65 yaşı üstü olarak iki grupta sınıflandırılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik ve sağlıkla ilgili özelliklerini ve kaç yaşında hissettiğini sorduğumuz 20 sorudan oluşan anket formu; işlevsel durumu ölçmek için 8 kategoriden oluşan ve her kategori kendi içerisinde puanlanan COOP-WONCA İşlevsel Durum Ölçeği kullanılmıştır. İstatistik analizler için SPSS paket programı ile normal dağılan sürekli değişkenler arasında T-Testi, ANOVA ve Basit Doğrusal Regresyon analizi, normal dağılmayanlar için Kruskal Wallis ve Mann Whitney-U testi uygulanmıştır.  $p<0,05$  anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $63,93\pm9,67$  (min:50, maks:93), %68,2'si kadın ve %31,8'i erkektir. 50-65 yaş arası 216, 65 yaş üstü 161 katılımcı bulunmaktadır. Bedensel Sağlık ve Sağlık Değişikliği kategorisinde yaş arttıkça alınan puanlar artarken, Günlük Aktiviteler kategorisinde ise anlamlı olarak azalmaktadır. İşlevsel durum ölçüğünün sekiz kategorisi ayrı ayrı değerlendirildiğinde, her bir kategoride 50-65 yaş grubu etkileyen değişkenlerle 65 yaş üstünü etkileyen değişkenlerin birbirlerinden farklı oldukları görülmüştür. Erkek cinsiyetinde olmak, yüksek eğitim düzeyi, yalnız yaşamıyor olmak,

hobilerin olması, evcil hayvan sahibi olmak, haftada en az 1 gün sosyal aktivitede bulunmak, düzenli egzersiz yapmak, kronik hastalığın olmaması ve beslenme için özel bir diyet uygulamak her iki yaş grubunda farklı kategorilerde daha iyi işlevsel durumla anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Spesifik olarak 50-65 yaş aralığında aktif bir işte çalışıyor ve sigara kullanmıyor olmak; 65 yaş üzerinde ise evli olmak ve periyodik taramaları yaptırmak COOP-WONCA kategorilerinden alınan daha düşük puanlarla anlamlı olarak ilişkili saptanmıştır. Katılımcıların hissettimleri yaş ortalaması  $49,81 \pm 19,17$ 'dir ve tüm kategorilerde alınan puan arttıkça hissedilen yaş artmaktadır.

**Sonuç:** Kişilerin işlevsel durumlarını etkileyen pek çok etken olabilir ve bu etkenler yaşam akışında değişebilirler. İşlevsel durumun bozulmasının sosyal ve toplumsal açıdan önemli bir sorun oluşturabileceği düşünülmeli, Aile Hekimliğinin bütüncül ve kapsamlı yaklaşımıyla gerekli noktalara degeinilerek hastanın işlevselligi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanmalı ve yeni işlevsel kayıpların ortaya çıkışını önleyici stratejiler oluşturulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** İşlevsel durum, COOP-WONCA, sağlık

## **SB1810-İnterdisipliner Olarak Planlanan ve Uygulanan Eğitimin Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlere Etkisi**

***Fatih Yağız Demirtaş, Hülya Akan***

*İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı,  
İstanbul, Türkiye*

**Giriş:** Alzheimer hastalığı (AH) demansın etken olduğu, çoğunlukla 60 yaş ve üstünü etkileyen ve nedeni bilinmeyen nörodejeneratif bozukluktur. Alzheimer hastalığının en temel ve sıklıkla en erken görülen semptomu seçici hafıza bozukluğudur. Hastalığın farmakolojik tedavisinde semptomatik anlık iyileşmeler gözlemlenerek de tamamen küratif bir tedavi henüz yoktur. AH klinik öncesi, çok erken evre, erken veya hafif evre, orta ve ağır evre olmak üzere beş döneme ayrılır. Evreler ilerledikçe AH olan kişilerin bilişsel bozuklukları, davranış bozukluklarında ilerlemeler ve farklılıklar görülür. Bellek bozukluğu, akıl yürütme bozukluğu, depresyon, inkâr, dil bozuklukları, amaçsız ve anlamsız hareketler yapma, halüsinasyon görme, gece ve gündüz ayrimı yapamama, saldırganlık, şüphecilik, öz bakımını sağlayamama, beslenememe, kendini tanıyamama, idrar tutamama vb. ilerleyici ve tek başına yaşamı idame ettirmeyi imkânsız kıyan semptomlar görülür. Bu sebeple hastanın bakımı, hastanın yaşamının devamını sağlayan ve geri kalan hayatının kalitesini etkileyen en elzem durumdur. Bakım süresince birçok interdisipliner alandan destek alınması gereklidir. Bunlar: Aile hekimi, aile hekimliğine bağlı hemşire, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi bu interdisipliner alanlardan birkaç tanesidir. Bakım süresince Alzheimer hastaları ile doğru iletişim kurabilmek bakımın başarısında kilit noktadır.

### **Amaç:**

1-) Bu çalışmada Alzheimer Hastasına bakım verenlerin yardım alabileceği interdisipliner alanlar hakkında bilgi ve deneyimlerini saptamak.

- 2-) Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta ile doğru iletişimini nasıl kurulacağına yönelik bilgi ve deneyimlerini saptamak.
- 3-) Araştırmaların sonucuna göre Tıp Fakültesi Öğrencileri, Hemşirelik öğrencileri, psikoloji öğrencileri, diyetetik öğrencileri ve sosyal çalışma öğrencilerinin interdisipliner bir ekip olarak birlikte bakımı sağlayan kişilere eğitici ve bilgilendirici bir eğitim planlamak.
- 4-) Bu eğitimle Alzheimer hastasının tedaviye uyumunu ve bakım verenlerin yaşam kalitesine etkisini incelemek.

**Yöntem:** Araştırma evrenini Medipol Sağlık Grubu'nun Sağlık bakanlığıyla eğitim alanında protokol yaptığı bölgelerdeki Aile Sağlık Merkezi'ne bağlı Alzheimer tanısı almış olan hasta ve bu hastalara bakım veren kişiler oluşturacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul eden, onamları alınan bütün kişiler çalışmaya dahil edilecektir. Araştırmaya gerekli izinler alındıktan sonra başlanacak.

- 1-) Uygulanacak anketler hazırlanacak.
- 2-) Medipol Sağlık Bilimlerinde okuyan öğrencilerle interdisipliner ekip oluşturulacak.
- 3-) İterdisipliner ekiple beraber Alzheimer hastalarına bakım verenlere yönelik bir eğitim projesi planlanacak ve eğitim içeriği oluşturulacak.
- 4-) Araştırma evreninde olan Alzheimer hastalarına bakım verenlere eğitim verilecek.
- 5-) Eğitim öncesi ve eğitim sonrası önceden saptanan ölçütlerle eğitimin bakım verenler üzerindeki etkisi değerlendirilecek.

**Sonuç:** Çalışma henüz "bir fikrim var" aşamasındadır.

**Beklenen Sonuç:**

- 1-) İterdisipliner ekip tarafından hazırlanan eğitimin, bakım verenlerin Alzheimer hastalarına verdiği bakımına etkisi.
- 2-) İterdisipliner ekip tarafından hazırlanan eğitimin, hasta ve bakım veren arasındaki iletişimini üzerine etkisi.

**Tartışma Soruları:**

- 1-) Bakımı sağlayanların sosyo-kültürel düzeyindeki farklılık çalışmada araştırılmalı mı?
- 2-) Bu konuda daha önce yapılmış çalışmalardan örnek alabileceğimiz

anketler ya da ölçekler var mı?

3-) Metot olarak öneri veya geri bildirimleriniz var mı?

4-) Eğitim yöntemi olarak ne önerirsiniz?

# **SB1822-Multidisipliner Bir Çalışma: Ortaokul Öğrenim Düzeyindeki Çocukların Sağlık Durumlarının Araştırılması ve Genel Sağlık Bilincinin İyileştirilmesi**

*Ahmet Kayhan Korkusuz, Samet Altınay, Fırat Azizoğlu, Elif Nur Özangır,*

*Deniz Ece Haykırış, Berinay Asıl*

*İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, Türkiye*

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık tanımına göre sağlıklı bir bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olması gerekmektedir. Günümüzde son derece yaygın görülen diyabet, hipertansiyon, diş çürükleri gibi hastalıkların önlenmesinde en etkili yöntem, hastalık henüz ortaya çıkmadan alınan önlemler olmaktadır. İstanbul Medipol Üniversitesi’nde Tıp, Diş Hekimliği, Fizyoterapi, Beslenme ve Diyetetik ve Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik bölümlerinde lisans eğitimi gören öğrencilerin bir araya gelerek oluşturduğu bu multidisipliner çalışmada ortaokulda öğrenim gören öğrencilerin sağlık taramaları yapılarak riskli öğrencilerin ailelerine çocukların varsa alması gereken sağlık hizmet desteğini iletme ve bu öğrencilerin genel sağlık bilincini iyileştirme hedeflenmektedir. Projeye kapsamında sağlık taraması yapılacak çocukların doğru beslenme, doğru diş fırçalama ve düzenli spor yapma gibi hedeflerle fiziksel açıdan, kendi çağında zihin sağlığı açısından bilinç kazanmasıyla ruhsal açıdan ve ileride yapmayı düşündükleri meslek grubuya tanışarak sosyal açıdan daha iyi olmaları amaçlanmaktadır.

**Amaç:** Ortaokul öğrenim düzeyinde bulunan çocuklarda yapılması planlanan sağlık taraması ile öğrencilerin yüksek riskli oldukları veya sahip oldukları hastalıkların saptanmasıyla ailelerinin çocukların sağlık durumları hakkında bilgilendirilmesi ve çocukların ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerini alabilmeleri için ailelerinin teşvik edilmeleri amaçlanmaktadır. Ayrıca, çocukların genel sağlık durumları hakkında bilinçlenmeleri ve dijital okuryazarlık düzeylerini de iyileştirmek amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Çalışmamızda İstanbul ilinde bir ortaokul ziyareti gerçekleştirilecek ortaokul çağında bulunan çocukların sağlık taraması yapılacaktır. Sağlık taramasında 6-8 arası takım oluşturulacak olup her bir takımlarda 2 Tıp bölümü öğrencisi, 2 Diş Hekimliği bölümü öğrencisi, 2 Fizyoterapi bölümü öğrencisi ve 2 Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencisi bulunacaktır. Tıp bölümü öğrencileri Tansiyon Ölçümü, Renk körlüğü tarama testleri, Uyku kalitesi testleri ile çocuklara doğru bir dijital okuryazarlık kazandırma amacıyla dijital okuryazarlık testleri; Diş Hekimliği bölümü öğrencileri ağız ve diş sağlığı değerlendirmesi ve doğru ve yeterli miktarda diş macunu ve diş fırçası kullanımı ve diş fırçalama çizelgesi; Fizyoterapi bölümü öğrencileri kas gücü ölçümlerinin manuel veya myometre ile gerçekleştirilmesi, esneklik ve kısalık testlerinin yapılması, dengenin değerlendirilmesi, skolyoz başta olmak üzere diğer postüral bozukluklar ve sınıflarda yer alan masa ve sıraların doğru oturma ergonomisi açısından değerlendirilmesi; Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencileri kilo, boy ve baş çevresi ölçümleri (persentil değerlendirilmesi), Tanita aracılığı ile yağ-kas ölçümü yapılması (persentil değerlendirilmesi), çocukların evde eğlenerek yapabilecekleri bir besin piramidi ödevi (boyama-kesme-piramide yerleştirme), meyve dağıtım ve Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik öğrencileri ise ilgili yaş grubundaki çocukların ruhsal sağlığını iyileştirmeye yönelik sunum ve oyuncular düzenleyerek katkı sunacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** sağlık taraması, ortaokul, erken tanı

## **SB1823- Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bireylerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvurmama Nedenleri Üzerine Nitel Bir İnceleme**

*Saliha Serap Çifcili, Ashour M. Farag, Betül Nisa Genç, Emre Arabacı, Nursevinç Gezer*

*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

**Giriş:** Birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için en önemli basamaktır. Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlanacağı ve sağlık harcamalarının daha maliyet etkin olacağı öngörmektedir. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin tercih edilişini artırmak; toplum sağlığını iyileştirme hedefine ulaşmada büyük bir adımdır.

**Amaç:** toplumun birinci basamak sağlık hizmetlerini tercih etmeyişinin ardından sebepleri belirlemek ve çalışanın katılımcılarını aile sağlığı merkezinde verilen periyodik sağlık taramaları gibi hizmetler hakkında bilgilendirmektedir. Çalışmanın katılımcıları Tuzla Aydınlı Eğitim-Aile Sağlığı Merkezi'ne (E-ASM) kayıtlı olup ASM başvuru sayısı son iki yilda 2'den az bulunan bireyler arasından randomizasyonla seçilmiştir. Katılımcılar Tuzla E-ASM'ye ait telefonla sağlık bakanlığına bağlı numaradan aranmış, aranan her katılımcının demografik verileri ve periyodik sağlık taramaları hakkındaki bilgi düzeyleri sorgulanmıştır. Telefon görüşmesinin sonunda derinlemesine görüşme yapmak için katılımcılar ASM'ye davet edilmiştir. Derinlemesine görüşmeler kayıt altına alınıp transkripte edilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların birinci basamağa başvurmama sebepleri üç ana temada yoğunlaşmıştır: Erişilebilirlik, ASM Hizmetlerinin Kalitesi Hakkında Algı, ASM'de Verilen Hizmetler Hakkında Bilgi Eksikliği. Her ana temanın kendi altında üçer teması oluşmuştur. Tekrar eden

kodlar incelediğinde en fazla tekrar eden kod; randevu bulamamak olmuştur. Randevu bulamamayı; yoğunluk ve çalışma şartları ile ASM'de genelde pratisyen hekimlerin bulunması kodları takip etmiştir. **Sonuç:** aile sağlığı merkezi ve verilen hizmetler hakkında toplumu bilgilendirmenin gerekliliğini ortaya koymuştur. ASM'nin çalışma saatleri hakkında bir düzenleme de birinci basamağa başvuruları artıracabilecek bir girişimdir.

**Anahtar kelimeler:** Aile Sağlığı Merkezi, Periyodik Sağlık Taramaları, Memnuniyet, Pratisyen Hekim, Tercih, Birinci Basamak

## **İYİ FİKİR OTURUMU**

**Yeni başlayan aile hekimliği asistanlarının birinci basamak sağlık hizmetleri ütopyası: Birlikte çalışma hayallerimiz ve ideal çalışma ortamı**

***Betül Doğan, Dilan Gündoğdu, Ezgi Çelik, Hayriye Sena Eroğlu, Kürşat Turgut, Makbule Özyalçın, Merve Özdemir, Ömer Faruk Bey***

***Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye***

Bu bildiride uzmanlık eğitimine yeni başlayan aile hekimliği asistanlarının (0-2 ay) birinci basamak sağlık hizmetleri ütopyası sunulacaktır.

**Yöntem:** Bir üniversitenin Aile Hekimliği Anabilim Dalında uzmanlık eğitimine başlayan 8 uzmanlık öğrencisi bir araya gelerek atölye çalışması yürütmüştür. Atölye çalışmasında “Nasıl bir birinci basamak sağlık hizmeti vermek isteriz? İdeal birinci basamak sağlık hizmetleri nasıl sunulmalı? Hangi farklı mesleklerle birlikte çalışmalıyız?” soruları gruba yöneltilmiştir ve her biri 2-3 saat süren toplamda 4 oturum yapılmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Atölye çalışması sonrasında en iyi koşullardaki birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilir, kapsayıcı, sürekli, hasta merkezli yaklaşma sahip olması gerektiği düşünülmektedir. Bununla birlikte diğer birinci basamak çalışanlarıyla koordinasyonun, koruyucu sağlık hizmetlerinin, çağda uygun bilgi ve teknolojinin kullanılmasının önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

- **Fiziksel koşullar:** Birinci basamak sağlık hizmetleri engelli, yaşlı ve çocuk dostu mimariye sahip binalarda olmalıdır. Örnek bir binada hasta kayıt ve karşılama birimi, sayısı bölge nüfusuna göre belirlenmiş muayene odaları, acil müdahale odası, laboratuvar,

aşılama birimi, radyoloji birimi, danışmanlık ve rehberlik odaları, toplantı ve eğitim alanları bulunabilir.

- Verilen hizmetler: Birinci basamak sağlık merkezlerinde akut ve kronik sağlık problemlerinin tedavisi ve gerekli üst basamağa sevki, koruyucu hekimlik uygulamaları (taramalar, erken tanı, komplikasyonların engellenmesi, aşılama programları), aile planlaması danışmanlığı, gebe ve çocuk izlemleri, beslenme ve diyet danışmanlığı, psikolojik danışmanlık, spor ve fizyoterapi danışmanlığı, ağız ve diş sağlığı hizmetleri verilmelidir. Donanımlı bir birinci basamak sağlık hizmeti için gerekli kaynaklar sağlanmalıdır. Tüm bu hizmetler verilirken hasta memnuniyeti gözetilmeli, gerekiğinde geri bildirim alınarak hizmetler şekillendirilmelidir.
- İş birliği ve teknoloji kullanımı: Tüm bu hizmetlerin sunumunda aile hekimi, diş hekimi, ebe/hemşire, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, birinci basamak nosyonuyla yetişmiş yardımcı sağlık personeli, sekreter, güvenlik personeli gibi kişilerin birlikte çalışması gerekmektedir. Hasta özelinde bu ekibin iletişimini ve aile hekiminin ilgili üst basamak hekimleriyle koordinasyonu önemlidir. Birinci basamak sağlık merkezinde hasta karşılama ve yönlendirme robotu, kameralı kimlik doğrulama sistemi, hekim ve danışmanlık veren çalışanın hastaya iletişimi sırasında kullandığı artırılmış gerçeklik teknolojisi, teletip uygulamaları sağlık hizmetinin kalite ve kolaylığının artırılmasına yardımcı olabilir. Bu sebeple iş birliği yapılacak birimlerden biri de bilgi işlem personelidir.

Birinci basamak sağlık hizmetinde fiziki koşullardan, teknoloji kullanımına kadar yapılacak değişikliklerle verilen hizmette fark yaratılabileceği düşünülmektedir. Birinci basamakta ekip çalışmasının hem hasta hem de sağlık çalışanı açısından ideale yaklaşımakta önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

## 1819- Evde Sağlık Hizmetinde Hasta Seçiminde Karar Alma Süreci

**Burak Hoş<sup>1</sup>, Eşmi Toslak<sup>2</sup>, Ümit Şamlı<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Tuzla Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

**Amaç:** Bu bildiri ile muayene ve kan tetkiki yapılması talebiyle evde sağlık hizmeti almak üzere Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezine başvuran bir hasta özelinde evde sağlık hizmetine hasta kabul etme sürecinin nasıl olması gerekiği tartışmaya açılması beklenmektedir. Olgu: Evde sağlık hizmeti almak üzere 63 yaşındaki kadın hastanın talebi üzerine 2 doktor ve bir hemşireden oluşan evde sağlık ekibi tarafından hastaya ev ziyareti gerçekleştirilmiştir. Ekip hasta tarafından kapı açılarak karşılanmıştır. Ekibin kendini tanıtması sırasında hastanın görme engelli olduğu anlaşılmıştır. Hastanın yaklaşık 1 aydır olan ayak tabanlarında yanma şikayetlerivardı ve yakın zamanda arkadaşları arasında kanser tanısı alanlar olduğu için endişeli bir ruh halindeydi. Bilinen kronik hastalıkları Retinitis Pigmentoza, Hipertansiyon ve Osteoporozdur. Kalsiyum + D vit. Kombinasyonu ile amplodipin dışında başka bir ilaç kullanmamaktadır. Görme engeli nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşamaktadır. Annede hipertansiyon, babada koroner arter hastalığı öyküsü mevcut olup ailede kanser öyküsü yoktur. Yapılan solunum sistemi, kardiyovasküler sistem ve batın muayenesi doğal olup meme muayenesinde sağ memede saat 5 yönünde meme başının komşuluğunda ele gelen yaklaşık 1x1 cm mobil kitle saptanmıştır. Hastanın sorgulamasında 3 ay önce yapılan mamografide sağ memede fibrokist saptanmış olup 6 ay sonra Mamografi ile takibi önerilmiştir. Hastanın yaşadığı ortam ve sosyal hayatı da değerlendirildikten sonra hastaya kazaları azaltmak için ev içi düzenlemeler hakkında tavsiyelerde bulunulmuştur. Hastanın fonksiyonelliğinin ve öz yeterliliğini artırbilmesi için görme engelliler dernekleri ile ilgili bilgilendirme yapılmış, katılımı konusunda teşvik edilmiştir. Ayrıca hastanın biten ilaçları reçete edilmiş, hemogram, biyokimya, TFT, glukoz içeren tetkiklerinin yapılabilmesi için eve hemşire ekibi yönlendirilmiştir. Tartışma: Hastamıza evde sağlık hizmeti sunulmalı mıdır? Sunulacaksa bu hizmet Evde Sağlık

Hizmetleri Koordinasyon Merkezi kapsamında mı yoksa aile hekimi tarafından mı verilmelidir? Kurumlar arasında nasıl bir iş birliği ve koordinasyon sağlanabilir? Evde Sağlık Hizmeti Yönetmeliği gereği tanısı konmuş hastalıklar sebebiyle cihaza, yatağa veya eve bağımlı olan ve/ veya yaşlılığından dolayı sağlık hizmetine ulaşımda zorluk yaşayan, yaşadığı mekânda evde sağlık hizmeti alma talebinde bulunan ve bu talebi uygun görülen birey evde sağlık hastasıdır. Ayrıca evde sağlık hastasına sunulacak tıbbi bakım hizmeti süreli ve sürekli olarak sınıflandırılır. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede belirtilen hususlar doğrultusunda aile hekimi kendisine kayıtlı hastalardan evde sağlık hizmeti alması gerektiğine karar verdiği hastanın tıbbi durumunu değerlendirek hizmetin seviyesini belirler. Evde sağlık hizmeti birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında kendisi tarafından verilecek ise hasta veya yakınının da muvafakatini alarak doldurduğu başvuru formunu, hizmetin kapsamı ve hastanın durumunu belirtir bilgi ve belgeler ile birlikte koordinasyon merkezine iletir. Ya da aile hekimi hizmetin sağlık kurumu bünyesinde kurulu birim vasıtası ile verilmesini gerektirdiği kanaatinde ise başvuru formunu doldurarak koordinasyon merkezine gönderir. Başvuru, komisyon tarafından ekli bilgi ve belgeler doğrultusunda değerlendirilir ve gerekçeleri de belirtilerek hizmetin hangi seviyede verilmesi gerektiğini karara bağlar. Hizmetin seviyesi, kapsamı, süresi ve benzeri konularda birim ile aile hekimliği arasında itilafa düşülmesi halinde koordinasyon merkezi itilaf konusunu, komisyon marifetiyle karara bağlar.