



2. Ulusal Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kongresi

“Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Güçlendirilmesi”

27-28 Şubat-01 Mart 2025

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

İSTANBUL



KONGRE KİTABI



2. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ
KONGRE KİTABI
ISBN: 978-625-93705-1-4

YAYINCI
MARMARA SAĞLIK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA VAKFI

YAYIN NO: 02/20225

DÜZENLEYEN
Doç. Dr. Çağrı Çövener Özçelik

LİSANS

Bu kitap “Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)” lisansı çerçevesinde yayınlanmaktadır.

ATIF

Yazar soyadı, Adının ilk harfi., (varsayıf yazarlar) & Yazar soyadı, Adının ilk harfi. (2025). Bildiri Başlığı: 2. Ulusal Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kongresi. MARSEV



İçindekiler

Davet	3
Bilimsel Program.....	4
Kurullar.....	7
Genel Bilgiler	10
Konuşma Özетleri.....	12
Bildiri Özetleri.....	31
Workshop Özetleri.....	60



Davet

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerli Çalışanları,

Marmara Sağlık Eğitim ve Araştırma Vakfı (MARSEV) birinci basamak sağlık hizmetlerine ve eğitimine katkı sağlamak amacıyla hizmet veren bir vakıf kuruluşudur.

Tüm dünyada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin daha nitelikli sunumu için Birinci Basamakta Farklı Sağlık Meslekleri Arasında İş Birliği ve Koordinasyonun önemine dikkat çekilmektedir. Bilimsel ortamda bu iş birliğinin temellerini atmak üzere ilkini 2024 yılında yaptığımız Ulusal Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kongresi'ni (BiBaK), Marmara Aile Hekimliği Uygulama Araştırma Merkezi (MARAHEK UYAM) ve Medipol Üniversitesi'nin değerli katkılarıyla gerçekleştirmiştir.

MARSEV olarak her yıl düzenli olarak yapılmasını planladığımız BiBaK'ların ikincisini 27 Şubat-01 Mart 2025 tarihleri arasında, Marmara Aile Hekimliği Uygulama Araştırma Merkezi (MARAHEK UYAM) ile iş birliği ile Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi'nde bu kez "Birinci Basamak Sağlık Profesyonellerini Güçlendirilmesi" başlığı altında yapıyoruz.

Kongrenin ana temalarını birinci basamakta hizmet veren farklı sağlık mesleklerinden sağlık çalışanlarının mesleki eğitim, hukuki ve idari işlemler, psikolojik gelişim ve klinik yaklaşım alanlarında güçlendirilmesi oluşturmaktadır. O nedenle birinci basamağın içinde yer alan tüm sağlık çalışanlarını bu bilimsel ortama değerli katkılarını sunmaları için davet ediyoruz.

BiBaK'ların hepimizin kongresi olması dileğiyle BiBaK25'te buluşmak dileğiyle saygılar sunarız.

Kongre Başkanları

Prof. Dr. Arzu UZUNER

Marmara Sağlık Eğitim ve Araştırma Vakfı (MARSEV)
YK Başkanı

Prof. Dr. Kamer GÜR

MÜ SBF Halk Sağlığı Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi



2. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

27-28 ŞUBAT, 1 MART 2025
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN
GÜÇLENDIRİLMESİ



Marmara Aile Hekimliği Eğitim Uygulama ve
Araştırma Merkezi (MARAHEK)



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bilimsel Program

27 ŞUBAT 2025 PERŞEMBE

Salon 1	
09.00-12.00	Study Protokol Kursu Prof. Dr. Sebahat Gözüm Moderatör: Prof. Dr. Hasibe Kadıoğlu
Salon 2	
09.00-12.00	Multidisipliner Çalışmada Geri Bildirim ve Refleksiyon Kursu Prof. Dr. Arzu Uzuner Prof. Dr. Mehmet Akman Dr. Öğr. Üyesi Ülkü Sur Ünal Moderatör: Uzm. Dr. Yasemin Doğan Kaya
Salon 3	
09.00-12.00	Geriatric Hasta Bakımında Beslenme Doç. Dr. Şule Aktaç, Dr. Öğr. Üyesi Güleren Sabuncular (MÜ SBF Beslenme diyetetik)
12.00-13.30	ÖĞLEN YEMEĞİ
Mavi Salon	
13.30-14.15	Kongre Açılış Oturumu ve Açılış Konuşmaları
14.15-14.30	KAHVE MOLASI
Mavi Salon	
14.30-15.30	Açılış Paneli Yuvarlak Masa Oturumu Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Hangi Alanlarda Nasıl Güçlendirilmeli? Moderatörler: Prof. Dr. Ayşe Ergün, Prof. Dr. Arzu Uzuner Konuşmacılar: Prof. Dr. Aytolan Yıldırım, Prof. Dr. Mehveş Tanrı, Prof. Dr. Hakan Hakeri, Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk (TAHUD Temsilcisi), Uzm. Dr. Tuğba Güler Sönmez (SB HSGM Aile Hekimliği İzleme ve Eğitim Daire Başkanı), Dr. Ahmet Mehlepçi (Birlik ve Dayanışma Sendikası)
15.30-17.00	Açık Mikrofon-Söz Sizde Moderatörler: Doç. Dr. Gültén Okuroğlu, Dr. Öğr. Üyesi Buğra Usanma Koban
17.00-19.00	AÇILIŞ İKRAMI



2. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

27-28 ŞUBAT, 1 MART 2025
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN
GÜÇLENDIRİLMESİ



Marmara Alı Hekimliği Eğitim Uygulama ve
Araştırma Merkezi (MARAHEK)



Sağlık Bilimleri Fakültesi

28 ŞUBAT 2025 CUMA

Konferans-Mavi Salon 1.Oturum	
10.00-10.45	Multiprofesyonel İşbirliğinin Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Güçlendirilmesine Etkisi Konuşmacı: Em. Prof. Maria van den Muijsenbergh, MD, PhD, chair of the EFPC Moderatör: Prof. Dr. Mehmet Akman
10.45-11.00	KAHVE MOLASI
Panel-Mavi Salon 2.Oturum:	
11.00-11.45	Birinci Basamak Çalışanlarının Eğitim Açıından Güçlendirilmesi Konuşmacılar: Prof. Dr. Hasibe Kadıoğlu, Prof. Dr. Serap Çifçili, Prof. Dr. Nilüfer Özaydin Moderatörler: Prof. Dr. Kamer Gür, Uz. Dr. Yasemin Doğan Kaya
(Workshop B-Blok Derslik 101) 3.Oturum	
11.45-12.45	Birinci Basamakta Kronik Hastalıkın Multidisipliner Yönetimi Moderatörler: Prof. Dr. Hülya Akan, Doç. Dr. Sabah Tütün
(Workshop B-Blok Derslik 102) 3.Oturum	
11.45-12.45	SVO İle Hastanın Birinci Basamakta Multidisipliner Yönetimi Moderatörler: Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya, Doç. Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu (FTR)
(Workshop B-Blok Derslik 103) 3.Oturum	
11.45-12.45	Birinci Basamakta Bebek Beslenmesinde sık rastlanan sorunlar ve çözüm önerileri Moderatörler: Doç. Dr. Şule Aktaç, Dr. Öğr. Üyesi Döndü Kurnaz
12.45- 13.45	ÖĞLEN YEMEĞİ
(Panel) Mavi Salon 4.Oturum	
13.45-14.30	Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Açıdan Korunması ve Güçlendirilmesi Konuşmacılar: Prof. Dr. M. Çiğdem Aydemir, Dr. Öğr. Üyesi Buğra Usanma Koban Moderatörler: Prof. Dr. Pemra C. Ünalan, Psk. Uğur Salman
14.30-14.45	KAHVE MOLASI
Panel-Mavi Salon 5.Oturum	
14.45-15.45	Birinci Basamakta Aşı Karşılığı Yönetimi Konuşmacılar: Uzm. Dr. Serkan Atıcı, Doç. Dr. Çağrı Çövener Özçelik, Prof. Dr. Berrin Telatar Moderatörler: Dr. Öğr. Üyesi Nurcan Kolaç, Uzm. Dr. Nazire Öncü Börekçi
Parallel Turuncu Salon 5.Oturum	
14.45-15.45	Birinci Basamakta Ruhsal Güçlenmenin bir yolu: Balint Grup Moderatörler: Prof. Dr. Serap Çifçili, Prof. Dr. Pemra C. Ünalan
15.45-17.00	Sözel Sunumlar: Mavi Salon-Turuncu Salon



2. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

27-28 ŞUBAT, 1 MART 2025
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN
GÜÇLENİRİLMESİ



Marmara Aile Hekimliği Eğitim Uygulama ve
Araştırma Merkezi (MARAHEK)



Sağlık Bilimleri Fakültesi

1 MART 2025 CUMARTESİ

Konferans-Mavi Salon 1.Oturum	
09.30-10.30	Birinci Basamakta Ağrı Yönetimi Konuşmacı: Prof. Dr. Belgin Erhan Moderatör: Prof. Dr. Pınar Topsever
Workshop-Turuncu Salon 1.Oturum	
09.30-10.30	Birinci basamakta bilgi teknolojilerinin kullanımı Moderatörler: Dr. Öğr. Üyesi. Duygu Altıparmak, Hayrettin Ertürk (Teknopark)
10.30-10.45	KAHVE MOLASI
Yuvarlak Masa-Mavi Salon 2.Oturum	
10.45-11.45	Hukuki ve İdari Açıdan Güçlenme-Hukuki Sorunların Yönetimi Moderatörler: Dr. Öğr. Üyesi. Burcu Çalık Tümerdem, Dr. Tolunay Demirdamar Konuşmacılar: Prof. Dr. Hakan Hakeri, Emrah Kirimli (İTO) Prof. Dr. Gürkan Sert, Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk (TAHUD Temsilcisi), Dr. Türkü Yağmur Nehir (AHEF Temsilcisi), Hem Özlem Aksoy (Birlik ve Dayanışma Sendikası), Nükte Taşlar (AHESEN Temsilcisi)
11.45-14.00	Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Güçlendirilmesinde Strateji Geliştirme Çalıştayı (Mavi Salon) Moderatörler: Prof. Dr. Pemra C. Ünalan, Prof. Dr. Saime Erol, Dr. Öğr. Üyesi Ülkü Sur Ünal, Hem. Ayten Erdoğmuş
14.00-14.30	Kongre Raporu Sunumu Kongre Kapanış Konuşması Teşekkür Ve Bildiri Ödülleri



2. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

27-28 ŞUBAT, 1 MART 2025
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN
GÜÇLENİRİLMESİ



Marmara Aile Hekimliği Eğitim Uygulama ve
Araştırma Merkezi (MARAHEK)



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Kongre Başkanları

PROF. DR. ARZU UZUNER

Marmara Sağlık Eğitim ve Araştırma Vakfı (MARSEV)

PROF. DR. KAMER GÜR

MÜ SBF Halk Sağlığı Hemşireliği ABD

Bilimsel Sekretarya

DR. ÖĞR. ÜYESİ ÜLKÜ SUR ÜNAL

MÜTF Aile Hekimliği ABD

UZM. DR. YASEMİN DOĞAN KAYA

Jandarma Üstteğmen Rahim Çelik ASM

Düzenleme Kurulu

BAŞKANI: Prof. Dr. PEMRA C. ÜNALAN

MÜTF Aile Hekimliği ABD

BAŞKAN YARDIMCISI: DR. ÖĞR. ÜYESİ NURCAN KOLAÇ

MÜ SBF Halk Sağlığı Hemşireliği ABD

PROF.DR. HÜLYA AKAN

Medipol Üniversitesi TF Aile Hekimliği ABD

PROF. DR. PINAR TOPSEVER

Acıbadem Üniversitesi TF Aile Hekimliği ABD

DOÇ. DR. ÇAĞRI ÇÖVENER ÖZÇELİK

MÜ SBF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

DR. ÖĞR. ÜYESİ DUYGU ALТИPARMAK

Yeditepe Üniversitesi TF Aile Hekimliği ABD

DR. ÖĞR. ÜYESİ K. BURCU TÜMERDEM ÇALIK

MÜ SBF Sağlık Politikaları ABD

Uzm. Dr. Emrah KIRIMLI

Ümraniye Merkez Aile Sağlığı Merkezi

Hayrettin ERTÜRK

ATLASEC Teknoloji SAN.Tic.A.Ş.



Bilimsel Komite

PROF. DR. SERAP ÇİFCİLİ

MÜTF Aile Hekimliği ABD

PROF. DR. HASİBE KADIOĞLU

MÜ SBF Halk Sağlığı Hemşireliği ABD

PROF. DR. ÇİĞDEM APAYDIN KAYA

MÜTF Aile Hekimliği ABD

DOÇ. DR. GÜLTEN OKUROĞLU

MÜ SBF Hemşirelik Esasları ABD

DOÇ. DR. SABAH TÜZÜN

SB MÜ Pendik EAH Aile Hekimliği Kliniği

DOÇ. DR. ŞULE AKTAÇ

MÜ SBF Beslenme ve Diyetetik ABD

Sosyal Komite

DR. ÖĞR. ÜYESİ BUĞU USANMA KOBAN

MÜTF Aile Hekimliği ABD

UZM. DR. GÜLDENİZ KILIÇ

Balıkesir Sındırıcı Devlet Hastanesi

UZM. DR. SEMA NUR ŞAHİN ARSLAN

Üsküdar Bahçelievler ASM

As.DR. HAYAL ÖZKAN SINAV

MÜTF Aile Hekimliği ABD

As.DR. BENGİSU OLGUN BERKMAN

MÜTF Aile Hekimliği ABD

UZM. DR. SENEM ASLAN KURTULUŞ

Esenyeli ASM

Kayıt-Medya-İletişim

DR. ÖĞR. ÜYESİ SALİHA ŞAHİN

MÜTF Aile Hekimliği ABD

UZM. DR. NAZİRE ÖNCÜL BÖREKÇİ

Kartal Soğanlık ASM

UZM. DR. İREM GELGEÇ CİNGÖZ

Trabzon Maçka Ali Kemal Aktürk TSM

UZM. DR. MERVE ŞEN

İstanbul Üniversitesi TF Histoloji ve Embriyoloji ABD

HEM. DİLARA ÇİN

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Hastanesi

GÜLİZ ÖRNEK

Marsev İşletme Müdürü



2. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

27-28 ŞUBAT, 1 MART 2025
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN
GÜÇLENİRİLMESİ



Marmara Aile Hekimliği Eğitim Uygulama ve
Araştırma Merkezi (MARAHEK)



Sağlık Bilimleri Fakültesi

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

PROF. DR. AYŞE ERGÜN

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD

PROF. DR. BERRİN TELATAR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

PROF. DR. FATMA ESRA GÜNEŞ

Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik AD

PROF. DR. MEHVEŞ TARIM

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Politikaları AD

PROF. DR. NİHAL ESİN

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

PROF. DR. SEBAHAT GÖZÜM

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD

PROF. DR. SAİME EROL

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD

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 AD

PROF. DR. SİBEL SAKARYA

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD

PROF. DR. ŞANDA ÇALI

Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

DOÇ. DR. CAN ÖNER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

DOÇ. DR. AYSUN ARDIÇ

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

DOÇ. DR. FATMA NEVİN ŞİŞMAN

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD

DOÇ. DR. NESRİN İLHAN

Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD

DOÇ. DR. SEHER YURT

Kent 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



GENEL BİLGİLER

Kayıt

Kongre ve Kurs Kayıt Detayları

Erken Kayıt için son tarih: 15 Şubat 2025

Kongre Kayıt Ücreti: 3500 TL

Lisans, Yüksek Lisans, Doktora, Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Kayıt Ücreti: 2500 TL

Kurs Kayıt: 500 TL

Geç Kayıt Ücreti 15 Şubat 2025 sonrası

Kongre Kayıt Ücreti: 3750 TL

Lisans, Yüksek Lisans, Doktora, Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Kayıt Ücreti: 2750 TL

Kurs Kayıt: 500 TL

Kurs ödeme dekontu açıklamasına katılacağınız kurs ismini yazmanızı önemle rica ederiz.

Yukarıdaki kayıt ücretlerine %620 KDV Dahildir.

Kayıt ücretinin ödeneceği banka bilgileri

İşletme Banka Bilgileri:

Hesap Adı: Marmara Sağlık Eğitim ve Araştırma Vakfı İşletmesi

Banka IBAN: TR78 0001 5001 5800 7316 4737 98

Kayıt ve kurs ödemelerinde açıklama **Kurs ve Kongre Ücreti** yazılması zorunludur. Sadece kongre ücreti ödemesi yapanlar **Kongre Ücreti** yazılması zorunludur.

Not: Ödeme işlemini tamamladığınızda dekont ile birlikte Lisans, Yüksek Lisans, Doktora, Tıpta Uzmanlık Öğrencisi ödemeleriniz için eğitim durumunu gösteren belge/kart ve aşağıdaki bilgilerinizi e-mail ile göndermenizi önemle rica ederiz.

AD

SOYAD

KURUM

GÖREV

GSM

E-MAIL

İletişim Kongre Mail Adresi : info@bibak-marsev.org

Birinci Basamak Kurumlarında çalışan hekim dışı sağlık çalışanları %50 burs için; Öğrenci kategorisindeki katılımcılar tam burs için burs başvuru formunu 10 Şubat 2025 tarihine kadar doldurmaları gerekmektedir.



ÖNEMLİ TARİHLER

Kongre tarihi:

27-28 Şubat 01 Mart 2025

Bildiri Özeti Gönderim Başlangıç Tarihi:

01 Aralık 2024

Bildiri Özeti Gönderim Son Tarihi:

15 Şubat 2025

Tam Metin Gönderim Son Tarihi:

15 Şubat 2025

Bildiri Sahipleri İçin Son Kayıt/Ödeme

Tarihi:

15 Şubat 2025



KONUŞMA ÖZETLERİ



28 Şubat 2025 Cuma

KONFERANS- MAVİ SALON

1. Oturum

Multiprofesyonel İşbirliğinin Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Güçlendirmesine Etkisi

Em. Prof. Maria van den Muijsenberg, MD, PhD, Chair of the EFPC

Lecture Maria van den Muijsenberg, chair of the EFPC, retired family doctor and professor of health disparities and person centred integrated primary care Nijmegen, The Netherlands

Summary.

With an ageing population who increasingly suffer from multimorbidity ($62\% > 65$ year¹) and challenges in resources for healthcare, a decreasing workforce faces increasing & diverse care needs. These needs include physical as well as mental health problems but also social care needs, related to loneliness, poverty, housing problems etc. To address these needs, patients need person centred primary care that integrates physical & mental & social support. Person centred means that care is not disease oriented and supply-driven, but driven by the needs & values of the patient, focusing on his person and living circumstances.² To be able to discuss these often sensitive topics, there has to be trust in the patient-doctor relationship, which is only established in a long-standing relationship. Personal continuity of care is therefore key.³ This person centred care leads to better health outcomes, at lower costs and less consultations, resulting in happier patients and care professionals.²

So the same doctor or nurse as much as possible and it is obvious that these needs cannot be fulfilled by one professional, it requires a multidisciplinary team. This means a shift in our ways of working in most countries. Typically these Primary Care teams consist of family doctors, nurses, midwives, social workers, physiotherapists but may contain many more disciplines. Good examples are for instance the CASAP Multidisciplinary Primary Care units in Catalonia, Spain (<https://casap.cat/>) or the wellbeing service counties in Finland (eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary)

Such a multidisciplinary team is most effective when it really works in a partnership, rather than alongside each other: when there is real interprofessional collaboration. This means having common goals, and communicating regularly. Professionals and patients flourish with interprofessional collaboration, as it results in better health outcomes in patients with chronic diseases, more satisfaction, better access for patients with complex needs and better care team wellbeing while in the mean time costs decrease.⁴⁻⁶

In practice several barriers impede interprofessional collaboration such as lack of time and training, lack of clear roles, fears relating to professional identity and poor communication.⁷

These barriers can be overcome when all professionals involved have a common interest in the collaboration, perceiving opportunities to improve quality of care and when they trust & recognize the other professionals' skills and contribution. It is important that from the start there are clear rules & roles defined, that the team works in an open professional culture. This requires frequent formal and informal communication for which it helps when the team works in the same building. Constant opportunities for effective, frequent, informal shared communication has been analyzed as the most critical factor in achieving and sustaining effective interprofessional collaboration. Communicating skills are needed for working with diverse personalities and communication preferences. Language can create the "we" feel of the team. Although organizational conditions are the most important hindrances, interprofessional collaboration requires active contributions of professionals.⁸ They actively contribute by bridging gaps in professional perspectives: overcoming different professional views on how best to treat patients. This requires active work to get familiar with other knowledge



bases and other professional values and norms. In a team, professionals conduct tasks beyond their formal role and help other professionals. It is important to negotiate overlaps in roles and tasks that might give rise to conflicts: who does what, and who is responsible for what.

Training together, and shared education on interprofessional collaboration would be ideal, learning from the others strengths. Nursing students seem more interested in teamwork relative to medical students. related to differences in professional cultures.

When we in Primary care work together in such way, we can build strong Primary Care, empower the healthcare professionals and achieve the Quintuple aim.⁹

1. Chowdhury, S. R., Das, D. C., Sunna, T. C., Beyene, J., & Hossain, A. (2023). Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 57.
2. Ahmed A et al (2022). Person-centred care in primary care: What works for whom, how and in what circumstances? *Health & Social Care in the Community*
3. Gray, Denis J. Pereira, et al. "Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality." *BMJ open* 8.6 (2018)
4. Bouton et al Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review *BMC Primary Care* 2023;
5. Jopling et al. Who gets access to an interprofessional team-based primary care programme for patients with complex health and social needs? A cross-sectional analysis. *BMJ Open* 2022
6. Carron et al An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness *Int J Integrated Care*, 2021
7. Rawlinson et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integrated Care*, 2021
8. Schot et al Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to IC *I J Interprof Care* 2020
9. Nundy S et al. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*. 2022;327(6):521–522.



PANEL-MAVİ SALON: Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Eğitim Açısından Güçlendirilmesi

2. Oturum

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EĞİTİM YOLUYLA GÜÇLENDİRİLMESİ

Prof. Dr. Hasibe KADIOĞLU

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun sağlık gereksinimlerinin büyük bir kısmını karşılayan temel hizmetlerdir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, sağlık gereksinimlerinin %90'ı birinci basamak sağlık hizmetleri ile karşılaşabilir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık çalışanlarının donanımlı ve çok yönlü olması büyük önem taşımaktadır.

Birinci basamak sağlık çalışanlarının sahip olması gereken özellikler arasında çok yönlü olmak, baskı altında çalışabilmek ve farklı alanlarda yetkinlik gösterebilmek yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının bu nitelikleri kazanabilmesi için etkili eğitim programlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Sağlık davranışlarının nasıloluştuğu ve değiştiği, sağlık eğitimi açısından kritik konular arasındadır. Sağlık davranışlarını şekillendiren modeller ve değişim aşamaları, etkili eğitim stratejilerinin oluşturulmasında önemli bir rol oynar.

Birinci basamak sağlık çalışanlarının eğitiminde lisans düzeyinde verilen derslerin yanı sıra disiplinler arası eğitim programları da büyük önem taşımaktadır. Kanada'da yürütülen Transdisciplinary Understanding and Training on Research – Primary Health Care (TUTOR-PHC) programı, bu alanda öne çıkan örneklerden biridir. TUTOR-PHC, Kanada Sağlık Araştırmaları Enstitüleri (CIHR) ve Kanada Sağlık Hizmetleri Araştırma Vakfı (CHSRF) tarafından finanse edilen, disiplinler arası bir araştırma kapasitesi geliştirme programıdır. Bu program, aile hekimliği, hemşirelik, psikoloji, epidemiyoloji, sosyal hizmet ve sosyoloji gibi farklı disiplinlerden temsilcilerin yer aldığı bir yıllık ulusal bir eğitim programıdır. Katılımcılara mentorluk, ağı oluşturma ve disiplinler arası ekip deneyimi gibi fırsatlar sunmaktadır.

Birinci basamak sağlık çalışanlarının eğitiminin etkinliği, çeşitli araştırmalarla da ortaya konmuştur. Örneğin, bağıışıklama konusunda yapılan bir eğitim müdühalesinin, sağlık çalışanlarının bilgi düzeyini ve aşılama oranlarını artırmada etkili olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde, birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik verilen ruh sağlığı eğitiminin, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını olumlu yönde etkilediği ve hizmet sunumlarında daha bütüncül bir yaklaşım sergilemelerini sağladığını belirlenmiştir. Ayrıca, internet tabanlı eğitimlerin, demansın birincil önlenmesine yönelik bilgi ve farkındalık artırımıda etkili olduğu görülmüştür.

Birinci basamak sağlık çalışanlarının eğitim yoluyla güçlendirilmesi, toplum sağlığının iyileştirilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu bağlamda, disiplinler arası yaklaşım, kanıt dayalı eğitim programları ve sürekli mesleki gelişim fırsatları, sağlık çalışanlarının yetkinliklerini artırmak için temel unsurlar olarak öne çıkmaktadır.



BİRİNCİ BASAMAK ÇALIŞANLARININ EĞİTİM AÇISINDAN GÜÇLENDİRİLMESİ: GÜÇLENDİRME KAVRAMINA KISA BİR BAKIŞ

Prof. Dr. Saliha Serap ÇİFÇİLİ

İngilizce “empowerment” sözcüğünün karşılığı olarak sağlık alanında kullanılmakta olan “güçlendirme” kavramının farklı alanlarda değişik tanımları mevcuttur. Bireylerin özerkliğini artırmak, kendi yaşamları ve meslekleri üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarını sağlamak anlamına gelir.

Kavramın kökeninin eğitimci ve filozof Paulo Freire'nin "Ezilenlerin Pedagojisi" kitabına dayandığı belirtilmektedir. Freire, toplumdaki dezavantajlı grupların özgürleşebilmesi için eğitiminde eski öğretim modeli (banka metaforu) yerine, diyalog ve eleştirel düşünmeye dayalı bir eğitim anlayışının benimsenmesi gereğini vurgulamaktadır. Sağlık alanında öncelikle sağlığın geliştirilmesi bağlamında kullanılmıştır. Daha sonra özellikle hastaların kendi sağlık kararlarına katılımını artırmak ve hastalık yönetiminde söz sahibi olmaları anlamında kullanılmaktadır.

Kavram sıkılıkla küresel sağlık çalışanı krizinin çözüm arayışları ve sağlık hizmet sunum niteliğini artırmak bağlamında da sağlık çalışanlarının güçlendirilmesi olarak kullanılmaktadır. Bu bağlamda sürdürülebilir ve nitelikli bir birinci basamak sağlık hizmet sunumu ve sağlık çalışanlarının tükeneşliğinin önlenmesi için birinci basamak sağlık çalışanlarının güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Konu ile ilgili İngiltere'de tüm sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada birinci basamakta çalışmanın diğer basamaklarda çalışmaya göre farklı zorluklar ile karşılaşıldığı anlaşılmaktadır. Bunların başlıcası birinci basamakta sağlık çalışanlarının daha yalnız olması, meslektaşları konuşma fırsatı bulamadan uzun saatler boyunca hastalar ile görüşükleri, hastaya ayrılan zamanın kısa olması, hasta yükünün fazla olması belirtilmiştir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının güçlenme açısından temel gereksinimleri üç başlıkta toplanmıştır: Bu başlıklar aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

- Otonomi:** Tüm sağlık çalışanlarının hizmet yönetiminde ve organizasyonunda etkilerinin olduğunu hissetmeleri, karar alma süreçlerinde aktif rol almaları, organizasyon süreçlerinin şeffaf olması, iş yeri koşullarının da temel gereksinimleri karşılayacak şekilde kurgulanmış olması gerekmektedir. Karar alma süreçlerinde a
- Ait Hissetme:** İş yerinde destekleyici hizmetlerin olması, çalışanların kendilerine değer verildiğini, saygı duyulduğunu ve desteklendiklerini hissetmeleri gerekmektedir. Bu anlamda yöneticilerin güven ve motivasyonu sağlayacak bir ortam oluşturmaları ve net, üzerinde uzlaşılmış ve ulaşılabilir hedefler ile etkili ekip çalışması sağlanmalıdır.
- Yeterlilik:** Aşırı iş yükü azaltılmalı, ekip çalışması ve teknolojik yenilikler desteklenmelidir. Sürekli öğrenme ve gelişmeyi destekleyen bir ortam oluşturularak hizmet sunumuna yönelik yeterlilik sağlanmalıdır.



Birinci basamak sağlık çalışanının güçlendirilebilmesi için hem mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli mesleksel gelişim eğitimlerinin gerek klinik gerekse yönetsel ve iletişim becerilerini edinmelerini sağlayacak şekilde yapılanması gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. Patient Education and Counseling 1995; 26 (1-3): 139-144.
2. Arnold MS, et.al. Guidelines for Facilitating a Patient Empowerment Program. The Diabetes Education. 1995;21(4): 308-312.
3. Per-Anders Tengland. Empowerment: A Conceptual Discussion Health Care Anal (2008) 16:77–96
4. Funnel MM. What does it really mean? Patient Education and Counseling 2016;99(12): 1921-1922
5. Freire P. Ezilenebilir Pedagojisi. Ayrıntı Yayınları
6. West M, Coia D. Caring for doctors Caring for patients. How to transform UK healthcare environments to support doctors and medical students to care for patients.

BİRİNCİ BASAMAK ÇALIŞANLARININ EĞİTİM AÇISINDAN GÜÇLENDİRİLMESİ

Prof. Dr. Ayşe Nilüfer ÖZAYDIN

Amaç:

Tıp alanındaki bilginin ömrü ve sürekli eğitim gerekliliği, sürekli eğitimtanının tanımı ve sürekli eğitim süreci hakkında bilgi vermek ve 1994 Uluslararası Nüfus Ve Kalkınma Konferansı sonrasında imzalanan uluslararası anlaşmadaki taahhütleri yerine getirebilmek için, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan yeni bilgi ve beceri gereksinimlerini karşılamak üzere yürütülmüş olan CSÜS Hizmet İçi Eğitim Programı ve çıktıları hakkında deneyim paylaşmak...

Dünyadaki bilimsel gelişmeler son yıllarda çok hızlanmıştır. Nitelikli ve güncel sağlık hizmet sunumu için artık sadece üniversitede (lisans ve yüksek lisans) edinilen bilgi ve beceriler yeterli olamamakta, diplomasını almış olan sağlık personelinin hizmet sundukları süre içinde hem bilgilerini hem de becerilerini hızla güncellemeleri gerekmektedir.

Ancak hızlanan sadece eğitim ihtiyaçları olmayıp, iş yükü de benzer oranda artmaktadır, yoğun iş yükü arasında sıkışan sağlık personellerinin bu yeni bilgi ve beceri gereksinimlerini tek başlarına planlayıp uygulamaya geçirebilmeleri de ayrı bir zorluk yaratmaktadır, bu ihtiyaçların karşılanması da bir amaca yönelik olarak planlanarak uygulanmasını zorunlu kılmaktadır.

Bilimde, "yarı ömür" terimi *bir maddenin bir miktarının kendini yarıya indirmesi için gereken süreyi* ifade eder. "Bilginin yarı ömürü" ise, bilginin edindiği andan itibaren eskidiği ana kadar geçen süredir. Birçok alanda, bilginin faydalı ömrü artık yıllar yerine aylarla ölçülüyor. ⁱCathy Gonzalez'in 2004 "Teknoloji Dünyasında Karma Öğrenmenin Rolü" başlıklı makalesi'nde "Bilginin yarı ömrü kısalmaktadır. Bugün bilinenlerin yarısı 10 yıl önce bilinmiyordu. Amerikan Eğitim ve Dokümantasyon Derneği'ne (ASTD) göre; dünyadaki bilgi miktarı son 10 yılda iki katına çıktı ve her 18 ayda bir, iki katına çıkıyor" diye belirtmiş, Harvard Tıp Fakültesi'nde 2016- Aralık'da yaptığı konuşmasında Martín-J. Sepúlveda da, ⁱⁱ"günümüzde, **tıbbi bilginin yarı ömürü** yaklaşık **18-24** aydır ve yaklaşık dört yıl içinde bu yarı ömrün yalnızca 73 gün olacağının öngöründüğünü" söylüyordu.

Sürekli eğitim: Halk Sağlığının kıymetli-lider öğretim üyesi Prof Dr Nusret Fişek hekimlerin eğitimi ile ilgili bir konuşmasında sürekli eğitimi şöyle tanımlamıştır "¹hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerini tamamladıktan sonra; görgü ve bilgilerini sürekli olarak bir amaca yönelik ve plânlî şekilde artırmak için kendilerini eğitmeleri ve eğitilmeleri (sürekli eğitim, hizmet içi eğitim) sürecidir.



Hekimlerin **sürekli eğitim**inde amaç, “hiçbir ayrıcalık olmadan herkes için hasta bakımı, sağlığın korunması ve geliştirilmesini sağlamak, hekimlik mesleğini yükseltmektir. Çalışmaların hedefi hekimler olmakla beraber, hekimlerin **sürekli eğitiminde temel amaç topluma hizmettir!**

Hekimlerin topluma daha iyi hizmet edebilmeleri için bilgilerini sürekli olarak güncellemeleri, artırmaları gereklidir; Bu nedenle toplumun ihtiyaçlarına uymayan sürekli eğitim amacından sapmış bir çalışma olur; Toplumun sağlık sorunlarını, meslek içrasında görülen eksiklikleri sürekli inceleyerek, bunlara çözüm bulma, (varsayıf) hataları düzeltme de sürekli eğitimin amaçları arasında olmalıdır. Sürekli eğitimi, mezuniyet sonrası (postgraduate) eğitimden ayırmak gereklidir; Mezuniyet sonrası eğitim, bir uzmanlık belgesi veya akademik bir derece almayı amaçlayan bir eğitimdir. **Sürekli eğitim**de ise, amaç sadece hekimin bilgi ve yeteneğini artırması veya hekime bu amaca ulaşması için yardım edilmesidir. Bu bakımından tıp eğitiminin ikinci aşaması olan mezuniyet sonrası eğitim örgün bir eğitim iken, tıp eğitiminin üçüncü aşaması olan sürekli eğitim yaygın yetişkin eğitimidir”.

²Bir sürekli eğitim/hizmet içi eğitim programı sürecindeki döngünün aşamaları şunlardır:

- i. Stratejik planlama,
- ii. Eğitim ihtiyacının saptanması,
- iii. Eğitimin dizaynı ve materyallerinin hazırlanması,
- iv. Eğitimin uygulanmasının planlanması,
- v. Eğitimin uygulanması,
- vi. Değerlendirme,

Tekrar yeniden “stratejik planlama ile döngü devam eder.

Planlanan ilk döngünün son aşaması olan “değerlendirme” dikkatle uygulanmalıdır³. Sağlık personelinin katıldıkları eğitim programının, **nihai sonuçları** da değerlendirilmelidir. Eğitim programına katılan kişilerdeki etkinin öTESİNDEKİ etkiler değerlendirilmeli, yapılan eğitimlerin, Türkiye'nin sağlığına etkisi nedir? Eğitim neleri, ne kadar değiştirebilmiştir? değerlendirilmelidir.

Türkiye Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet İçi Eğitim Programı Deneyimi ve Temel Sonuçları:

1994, Kahire’deki Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, doğumdan başlayarak ömrün sonuna kadar hem kadınlara, hem erkeklerle, her yaş grubuna, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde aralıksız hizmet sunumunu gerektiren “ana ve çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin de ötesinde” yepen bir yaklaşımı, **yaşam boyu yaklaşımını**, zorunlu hale getirmiştir. Daha önce bu kapsamda eğitilmemiş olan ve bu hizmetleri sunmamakta olan sağlık personelinin bilgi ve becerilerinin bu yeni gereksinime göre güncellenmesi gerekmıştır.

İlgili tüm kuruluşların katılımıyla, Sağlık Bakanlığı kadın sağlığı ve aile planlaması alanında ulusal hedeflerin saptandığı, ulusal stratejilerin belirlendiği “1998-2005 yılları için Ulusal Faaliyet planı”nı hazırlamıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı, AB ile 1999’da bir çerçeve anlaşması imzalamış ve 2003 Ocak-2007 Aralık döneminde uygulanacak “**Türkiye Üreme Sağlığı Programı**” uygulamasına geçilmiştir. Bu program kapsamında;

- ✓ Üreme Sağlığı Hizmet Standartları Geliştirilmiş,
- ✓ Üreme Sağlığı İş Tanımları Geliştirilmiş,,
- ✓ 14 Bölge Eğitim Merkezi ‘ÜSBEM’ ve
- ✓ 91 İl Eğitim Merkezi ‘ÜSEM’ oluşturulmuş,
- ✓ Tıbbi donanım ve malzeme eksiklikleri giderilmiş,



- ✓ Sevk haritaları oluşturulmuş ve
- ✓ Perinatal Merkezler yeniden düzenlenmiştir.
- Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı alanında birinci basamakta çalışan tüm sağlık personelinin hizmet içi eğitimlerinde kullanılacak; Doğum Öncesi Bakım, Doğum, Loğusa Takibi, Yenidoğan Bakımı, Aile Planlaması, CYBE ve HIV/AIDS, Genç Dostu Üreme Sağlığı konularını kapsayan beş hizmet içi modülü geliştirilmiştir.
- Bu yeni bilgi ve becerilerin mezuniyet öncesi eğitimlerine entegrasyonu amacıyla da tıp, ebelik ve hemşirelik mezuniyet öncesi /üniversite eğitim müfredatları da hazırlanmıştır.

Süreklilik sağlamak amacıyla, en az 1 NUTS bölgesinde 1 tane olacak şekilde açılan 14

- Üreme Sağlığı Bölge Eğitim Merkezleri’nde (ÜSBEM) 180 sağlık personeline ileri eğitim becerileri eğitimi verilmiş, 851’ine de eğitim becerileri eğitimleri verilmiştir.
- Yeni yetiştirilen eğiticiler 81 ilin her birisinde en az bir adet, toplamda 91 adet açılan Üreme Sağlığı İl Eğitim Merkezleri’nde; 2006-2010 yılları arasında yürüttükleri hizmet içi eğitimlerde toplam ; **18581** (üreme sağlığına giriş modülü), **17680** (aile planlaması danışmanlığı modülü), 16045 (güvenli annelik modülü), **12918** (gençlere üreme sağlığı hizmetleri modülü), **12775** (CYBE modülü) sağlık personelini eğitmişler ve rutin hizmet sunumlarına aktarılan bilgi ve becerileri aktarmalarını sağlamışlardır.

Prof Dr Nusret Fişek; “*sürekli eğitiminde temel amaç topluma hizmettir*” diye belirtmişti. Acaba CSÜS hizmet içi eğitimlerinin topluma yansıması nasıl olmuştur?

Türkiye Üreme Sağlığı Programı (Ocak 2003-Aralık 2007) arasında bazı temel sağlık göstergeleri;

- i. ⁴Yıllara göre gebe başına ortalama izlem sayısı 1.7'den 3.3'e yükselmiş,
- ii. Yıllara göre lohusa başına ortalama izlem sayısı 0.7'den 1.2'ye yükselmiş,
- iii. Yıllara göre anne ölüm oranı (yüzbin canlı doğumda) 50'den 19.4'e inmiş,
- iv. Yıllara göre bebek başına ortalama izlem sayısı 3.4'den 6.4'e yükselmiş,
- v. Yıllara göre bebek ölüm hızı (binde) 28.5'den 17.0'e inmiş,
- vi. Yıllara göre çocuk başına ortalama izlem sayısı 0.7'den 1.6'ya yükselmiştir.
- vii. ⁵ Modern kontraseptif yöntem kullanımının artmasıyla anne ölüm oranında anlamlı bir azalma sağlanmıştır ($r:-0.937$ $p:0.0001$)
- viii. Modern kontraseptif yöntem kullanımının artmasıyla bebek ölüm hızı, bey yaşı altı ölüm hızı, neonatal ölüm hızları azalmıştır.

Sonuç olarak:

Hekim ve tüm sağlık personelinin çalışmalarını toplumun değişen gereksinmelerine ve tıp alanındaki hızlı gelişmeye uydurabilmek için **en etkili ve önemli araç** tıp eğitiminin üçüncü aşaması olan **sürekli eğitimdir**. Sürekli eğitim, sürekli bir şekilde uygulanmalıdır!

CSÜS Hizmet içi eğitimlerinin ülkemiz göstergelerine yansıyan başarısı, ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunan tüm sağlık personelinin başarısıdır. Geçmişte birlikte el ele başarılı olan bu uygulama, günümüzde artan yepyeni bilgi ve beceri gereksinimlerinin karşılanması bir örnek olmalı ve hemen yeni gereksinimler saptanarak yepyeni ve sürekli hizmet içi eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.



Kaynaklar:

1. <https://futuristspeaker.com/business-trends/the-half-life-of-a-college-education/>
2. <https://hms.harvard.edu/news/medicine-changing-world>
3. Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazılıları III.
https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_3/19.html
4. "Successful training program execution course" notları. T.R. Ministry of Health, Health Project General Coordination, Management Sciences for Health. Ankara Türkiye. 3-21 March 1997.
5. Udo Heitmann, Nilüfer Özaydın, Ayşe Akın. The guide book for monitoring and evaluation of sexual and reproductive health services Danışmanlığı: Trainer book (in Turkish). Ankara: Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri; 2006. 90 s. ISBN 975-590-180-9.
6. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72577/h/saglikistatistikleriilligi2010.pdf>
7. Deniz Seyirci, Türkiye'de Üreme Sağlığına İlişkin Göstergelerin Sosyoekonomik Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi, 1963-2013. Sağlık Yönetimi Doktora Tezi. İstanbul, 2018.



PANEL-MAVİ SALON: Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Açıdan Korunması ve Güçlendirilmesi

4. Oturum

Bu oturumda, birinci basamak sağlık çalışanlarının ruhsal açıdan güçlendirilmesi ve tükenmişlik konuları ele alınmıştır. Sağlık çalışanlarının, özellikle birinci basamakta görev yapanların, iş yükü, çalışma koşulları, psikososyal destek eksikliği ve toplumsal tutumlar nedeniyle ruhsal sağlık açısından yüksek risk altında olduğu vurgulanmıştır. Depresyon, anksiyete ve tükenmişlik en sık gözlemlenen ruhsal sorunlar olarak değerlendirilmiş, COVID-19 pandemisi sonrası bu problemlerin daha da belirginleştiği ve sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılığına yönelik araştırmaların arttığı belirtilmiştir. Oturumda, tükenmişliğin aşamaları, belirtileri ve nedenleri ele alınmış, ayrıca bu sorunun bireysel değil, ağırlıklı olarak kurumsal bir problem olduğu ortaya konmuştur. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi, şiddetin önlenmesi ve destek mekanizmalarının güçlendirilmesi gibi yapısal değişimlerin, bireysel dayanıklılığı artırma çabalarından daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RUHSAL AÇIDAN GÜÇLENDIRİLMESİ

Dr. Öğr. Üyesi Buğra Usanma Koban

Sağlık çalışanları; dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılmış araştırmaların sonuçlarında da vurgulandığı üzere, ruhsal problemler açısından büyük risk altında olan bir gruptur. Genel hatalarıyla incelendiğinde sağlık çalışanlarında en sık görülen problemler depresyon, anksiyete, tükenmişlik ve travma sonrası stres bozukluğu olup en sık gözlemlenen belirti uykusuzluktur. Covid-19 pandemisi ile birlikte, bu sorunlar belirginleşmiş olmakla birlikte sağlık çalışanlarının psikolojik durumularındaki çalışmalar da artmaya başlamıştır. Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı tarafından yayınlanmış rapora göre, Avrupa'daki hekimlerin %57'si, hemşirelerin %40'i iş-hayat dengesinde bozulmadan şikayet ederken; hekimlerin %29'u, hemşirelerin %33'ü işinden ayrılmayı düşünmektedir. Bu yaygınlaşan ve derinleşen soruna karşın birinci basamak sağlık çalışanlarının ruhsal durumuna ilişkin çalışmalar halen kısıtlıdır. Elimizdeki verilere dayanarak birinci basamakta da öne çıkan problemlerin depresyon, anksiyete ve tükenmişlik olduğundan söz edilebilir. Altta yatan sorunlar ise şu şekilde listelenmektedir:

1. İş Yükü ve Çalışma Koşulları: Yoğun iş yükü (klinik-klinik dışı), ekonomik problemler, teknik sorunlar
2. Şiddete Maruz Kalma: Fiziksel veya psikolojik
3. Destek Mekanizmalarının Yetersizliği: Çalışma ortamında yeterli psikososyal destek mekanizmalarının bulunmaması, iş dışı koşullarda yetersizlik
4. Kişisel ve Sosyal Faktörler: Ailevi sorunlar, ekonomik zorluklar ve sosyal destek eksikliği gibi kişisel ve sosyal faktörler
5. Toplumsal Damgalama ve Tutumlar: İhmal ve tedavide gecikme

Görelmektedir ki, birinci basamak sağlık çalışanlarında ruhsal durumun korunması ve güçlendirilmesi, öncelikli olarak çalışma koşullarının iyileştirilmesi, şiddetin engellenmesi ve destek mekanizmalarının arttırılması gibi çevresel eylemlerden geçmekte; bireysel güçlendirme girişimleri



bundan sonra gelmektedir. Bu bağlamda gerek politika belirleyiciler ve idareciler, gerek çalışma ortamındaki ekip elemanlarının bu konuda farkındalık geliştirerek aksiyon alması büyük önem arz etmektedir.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK

Prof. Dr. M. Çiğdem Aydemir

TÜKENMİŞLİK VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Tükenmişlik, teknik alanda makinelerin yanması veya artık işlemez hale gelmesini tanımlarken, iş yaşamında kişilerin aşırı iş yüküne bağlı olarak içine düştükleri durumu ve kronik stres etkenlerine karşı verdikleri derinleşmiş yanıtını içeren bir durum olarak tarif edilebilir.

Tükenmişlik Sendromu

Tükenmişlik sendromu, başarılı bir şekilde yönetilemeyen kronik işyeri stresinden kaynaklanan bir sendromdur ve şu üç boyutla karakterize edilir:

1. Enerji tükenmesi veya bitkinlik hissi,
2. Kişinin işinden zihinsel olarak uzaklaşması veya işiyle ilgili olumsuzluk ya da alaycılık hissi,
3. Mesleki etkinliğin azalması.

Tükenmişlik sendromu, özellikle mesleki bağlamda kullanılan bir kavram olup, yaşamın diğer alanlarındaki deneyimleri tanımlamak için kullanılmaz.

Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının (ICD-11) 11. revizyonunda mesleki bir olgu olarak yer almaktır ve tıbbi bir durum olarak sınıflandırılmamaktadır. "Sağlık durumunu veya sağlık hizmetleriyle teması etkileyen faktörler" bölümünde açıklanmaktadır.

Stres ve tükenmişlik sıkılıkla birbirinin yerine kullanılır. Ancak stres, ağır iş yükü, fazla sorumluluk ve uzun çalışma saatlerinden kaynaklanırken, tükenmişlik daha çok motivasyon kaybı, işine olan ilgide azalma ve yetersizlik hissi ile karakterizedir.

Ayrıca, depresyon ile de karıştırılabilir. Depresyonda yaşamın her alanı etkilenirken, tükenmişlik daha çok iş ile ilgili faktörlerden kaynaklanır.

TÜKENMİŞLİĞİN AŞAMALARI

- Fiziksel yorgunluk ve bitkinlik
- Duygusal yorgunluk
- İş ile ilgili kişilerden soğuma, uzaklaşma
- Zihinsel yorgunluk
- Kişinin kendi bilgi, beceri ve iş yapabilme kapasitesinden endişe duymaya başlaması

TÜKENMİŞLİĞİN BELİRTİLERİ



- Yorgunluk, kronik soğuk algınlığı, vücut ağrıları, solunum güçlüğü
- Motivasyon ve bağlılık kaybı
- Hizmet verilen kişiye ilginin azalması
- Kızgınlık, alaycılık
- Kendi becerilerine dair kuşkular
- Hayal kırıklığı, gerginlik ve öfke
- Meslektaş, aile ve arkadaşlarla ilişkilerde bozulma
- Değişime karşı direnç ve yaratıcılıkta azalma
- İşten ayrılma, iş performansında düşüş
- Uyku bozuklukları
- Alkol, madde veya ilaç kullanımında artış

TÜKENMİŞLİĞİN NEDENLERİ

- Örgütsel ve Çevresel Faktörler: Merkeziyetçi yönetim, rol belirsizliği, karar alma sürecine katılmamaya, meslektaş desteğinin eksikliği.
- Hizmet Verilen Grubun Nitelikleri: Yetersiz geri bildirim, çözümsüz hasta/müşteri sorunları.
- Diğer Faktörler: Meslek, yaş, cinsiyet, medeni durum, iş yükü, çalışma saatleri, ilerleme fırsatlarının azlığı.

TÜKENMİŞLİĞİ ÖNLEME YOLLARI

1. Ekip toplantıları: Düzenli yapılmalı, duyu ve zorluklar paylaşılmalıdır.
2. İş dağılımı: Fazla mesaiyi önleyecek şekilde planlanmalıdır.
3. Yaşam dengesini koruma: İş, aile ve sosyal hayatı eşit zaman ayırmak.
4. Yıllık izin kullanımı: En az iki hafta uzaklaşmak koruyucu ve iyileştiricidir.
5. Fiziksel aktiviteler: Spor ve sosyal etkinlikler düzenli yapılmalıdır.
6. Kurum kültürünü değiştirmek: İyi olma halini teşvik eden bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.
7. Destekleyici çalışma ortamı: Klinik tartışma grupları düzenlemek.
8. Ruhsal sağlık desteği: Yardım aramayı kolaylaştırmak ve damgalamayı azaltmak.

Tükenmişlik bireysel bir sorun değil, çokunlukla kurumsal bir problemdir. Bu nedenle, çözüm çabaları bireysel değil, yapısal düzeyde ele alınmalıdır.



PANEL-MAVİ SALON: Birinci Basamakta Aşı Karşılığı Yönetimi

5. Oturum

BİRİNCİ BASAMAKTA AŞI KARŞITLIĞI YÖNETİMİ

Dr. Öğr. Gör. Serkan ATICI

Aşilar, doğal geçirilmiş enfeksiyona benzer bir bağısıklık yanıtına oluştururlar. Aşilar ruhsat öncesi uzun yıllar süren çalışmalar yapılarak pek çok testlerden geçirilir (etkinlik ve güvenilirlik). Daha iyi temizlik, sağlık hizmetleri ve güvenli suya erişim olsa bile aşiların olmaması, bulaşıcı hastalıkların kolaylıkla tekrar ortaya çıkmasına ve salgınlara neden olabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre;

Aşı kararsızlığı (vaccine hesitancy): Aşıya ulaşılabilirlik mümkün olduğu halde, bazı aşiların uygulanmasını kabul etmede gecikme ya da bazı aşiların uygulanmasına izin vermeme durumu gelir. Aşı reddi (vaccine refusal): Tüm aşları reddetme iradesi ile aşılatmama durumudur.

Aşı reddi nedenlerini saptamak açısından ECDC tarafından yayınlanan raporda 7492 makale taranmış ve 29 makalenin sonuçları değerlendirilmeye alınmıştır. Bu raporda aşı tereddütünün belirleyicileri her ülke için özel olarak ele alınmalıdır denilmiştir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının en iyi şekilde bilgi, eğitim ve öğretim alıcıları olarak dahil edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu konuya gönül vermiş uzmanlar ile birlikte yapılacak müdahaleleri belirlemenin de önemli olduğu rapor edilmiştir.

Sonuç olarak, aşilar başta çocuklarımız olmak üzere tüm toplumda koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli yapı taşıdır. Aşı olanlar sayesinde, toplumdaki kırılgan grupların da (gebeler, çok küçük bebekler, savunma sistemi yetersizliği olanlar, organ nakli yapılanlar, kanser hastaları, kemoterapi veya immünsüpresör alanlar, vb.) korunabildiğini söyleyebiliriz. Bağışıklamanın bir toplumsal dayanışma veya imece olduğu da söylenebilir, aşıyı reddetmek bireysel hak ve özgürlük kapsamında değerlendirilmemelidir. Aşı karşılığı; toplum bağışıklığının aksamasında ve buna bağlı aşıyla korunabilen hastalık ve salgınların oluşmasındaki en büyük tehditlerden biridir. Bundan dolayı aşı kararsızlığı ve aşı reddi sorunu; daha kötü sonuçlarla karşılaşmadan önce, ciddiyet ve samimiyet ile ele alınması gereken ve somut adımlarla çözümlemesi gereken bir konudur. Ne yazık ki ülkemizde hala bu konu ile ilgili yeterli farkındalık ve duyarlılık oluşmamıştır. Aşı yanları ve aşı karşıtları gibi kutuplaşmalara dikkat edilmeli ve bu tür tartışmalara girilmemelidir. Aşı konusunda; hiç yan etki olmaması, hiç riskin bulunmaması gibi bir durum söz konusu değildir, şeffaf ve güvenilir olunmalıdır.



BİRİNCİ BASAMAKTA AŞI KARŞITLIĞININ YÖNETİMİ

Doç. Dr. Çağrı ÇÖVENER ÖZÇELİK

Aşı karşıtlığı, bireylerin veya grupların aşiların güvenliğine, etkinliğine ve gerekliliğine tamamen karşı çıkışması ve aşılama aktif olarak direnç göstermesi olarak tanımlanır. Aşı karşıtları, genellikle aşılara ilişkin komploto teorilerine inanır, aşiların yan etkilerini abartılı bir şekilde değerlendirir ve aşılama programlarına karşı kamuoyu oluşturmaya çalışırlar. Aşı karşıtlığı, bireysel bir tutumun ötesinde toplumsal düzeyde hareketlerle şekillenebilir ve halk sağlığı politikalarına karşı direniş şeklinde ortaya çıkabilir. Aşı tereddüti ise, bireylerin veya grupların aşiların güvenliği ve etkinliği konusunda şüphe duyması, aşı olmaktan kaçınması veya geciktirmesi olarak tanımlanır. Aşı tereddüdü, aşı karşıtlığından farklı olarak mutlak bir reddi içermez, ancak bireylerin çeşitli nedenlerle aşıya yönelik kararsızlık yaşadığı bir durumu ifade eder. Bu tereddüt, dini inançlar, kültürel faktörler, güven eksikliği, yanlış bilgiye maruz kalma veya kişisel sağlık kaygıları gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir. Tarihsel olarak, bu karşıtlık aşiların ortaya çıkışıyla birlikte başlamış ve zaman içinde çeşitli sebeplerle şekillenerek günümüze kadar ulaşmıştır.

Aşı karşıtlığı, toplum sağlığını etkileyebileceğinden, çeşitli yasal düzenlemeler ve mahkeme kararlarıyla ele alınmaktadır. Türkiye'de mevcut yasal düzenlemeler, bazı aşiların zorunlu tutulmasını öngörse de, genel bir zorunlu aşı uygulaması için net ve kapsamlı bir yasal çerçeve bulunmamaktadır. Anayasa Mahkemesi'nin kararları, bu konuda yasal düzenlemelerin netleştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Uluslararası mahkeme kararları ise, kamu sağlığını koruma amacıyla zorunlu aşı uygulamalarının meşru olabileceğini ortaya koymaktadır.

Aşı karşıtlığı, çeşitli bireysel ve toplumsal dinamiklerden etkilenmektedir. Bilimsel kanıtlara rağmen, güvenlik endişeleri, dini ve kültürel inançlar, yanlış bilgi yayılımı ve bireysel özgürlük argümanları, aşı karşıtlığının temelini oluşturmaktadır. Kamu sağlığını koruma adına, doğru bilgilendirme ve eğitim kampanyaları ile yanlış bilgilerin önüne geçilmesi büyük önem taşımaktadır.

Aşı karşıtlığı, bireysel bir tercih olmanın ötesinde, halk sağlığı açısından ciddi tehditler oluşturmaktadır. Aşılanma oranlarının düşmesi, bulaşıcı hastalıkların geri dönmesine, önlenebilir hastalıkların yayılmasına ve toplum bağılıklığının zayıflamasına neden olmaktadır. Bilimsel araştırmalar ve halk sağlığı politikaları, bu tür olumsuz sonuçları engellemek için aşılama programlarının kesintisiz devam etmesi gerektiğini göstermektedir. Toplumun bilinçlendirilmesi ve aşı karşıtı yanlış bilgilerin düzeltilmesi, halk sağlığının korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Aşı karşıtlığı, eğitim, doğru bilgilendirme, sosyal medya denetimi, devlet politikaları ve uzmanların halkla doğru iletişimini sayesinde aşılabilir bir sorundur. Aşı tereddüdüyle mücadelede bilimsel kanıtların ön planda tutulması ve toplumsal farkındalık çalışmalarının artırılması, halk sağlığının korunması açısından kritik öneme sahiptir.



BİRİNCİ BASAMAKTA AŞI KARARSIZLIĞI İLE MÜCADELE

Prof. Dr. Berrin TELATAR

Ülkemizde son yıllarda aşı reddi oranları giderek artmaktadır. Yapılan çalışmalarda % 0,8-%10,5 arasında değişmektedir. Aşı reddi kavramı zamanla şekillenip aşı kararsızlığı kavramını doğurmuştur.

Aşı reddi ve aşı kararsızlığı kavramları aşiların hayatımıza girmesi ile birlikte oluşmaya başlamıştır. Aşı retleri ilk olarak İngiltere'de ortaya çıkmıştır. 1853 yılında İngiltere'deki çiçek salgını sırasında kişiler detaylı bilgi verilmeden dönemin şartlarına göre aşı yaptırılmaya zorlanmış, reddedenler ise hapis ve büyük para cezalarına çarptırılmıştır. Tarihte kanunen zorunlu tek aşı çiçek aşısı olmuştur. Aşı kararsızlığı/reddi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2019 yılında dünyayı tehdit eden on küresel sorundan biri olarak nitelenmiştir. DSÖ bu konu üzerinde çalışan SAGE isimli bir çalışma grubu kurmuştur. Ülkemiz için bilinen son güncel aşı reddi vaka sayısı 40 bin civarındadır, tam aşılı olma durumu da TNSA verilerine göre giderek azalmaktadır.

Aşı kararsızlığı, aşılama hizmetlerinin varlığına rağmen aşları erteleme veya reddetme durumu olarak tanımlanırken, Dünyada ve Türkiye'de hızla büyüyen bir sorundur ve Dünyada aşı ile önlenebilir hastalıklarla mücadelede elde edilen kazanımların kaybedilmesi riski söz konusudur. DSÖ aşı kabulünü etkileyen faktörleri bağlamsal etkiler, bireysel ve grup etkileri, aşının özellikleri olarak üç ana grupta toplamıştır.

DSÖ, sağlık çalışanlarının aşı hakkında kararsız olan veya aşayı reddeden kişilerle iletişim kurarken dikkat edilmesi gerekenleri ve izlenilmesi gereken yolu tarif etmiş ve “**motivasyonel görüşme**” yapılmasını önermiştir. Buna göre aşı kararsızlığı olan birey ile görüşme sırasında güven ilişkisi çok önemlidir; tartışmacı üslup yerine anlayışlı, sabırlı, yol gösterici ve işbirlikçi bir tutum benimsenmelidir. Açık uçlu sorular ile kişinin kendini en iyi şekilde ifade etmesi sağlanmalıdır. Sağlık çalışanı tarafından söz konusu gereğince güçlü yönler onaylanmalı ve endişeler doğrulanmalıdır. Ardından kişinin aşilar ile ilgili bilgisi sorulmalı, eksik yönler kanıtlar ile tamamlanmalıdır. Sonrasında kararı olumlu ise aşı yapılmalıdır. İlk görüşmede aşı kabulü sağlanamayan kişiler, daha sonraki görüşmelerde ikna olabilmektedir. Kişiye empati gösterilmeli, yargılayıcı olmamalı, kararsızlığı kabul edilmelidir. Kişinin istekleri ile mevcut davranışları arasındaki çelişki gösterilmeli, kişinin gösterdiği direncin kökeni saptanmalı ve özyeterliliği desteklenmelidir.

Sonuç olarak kararsızlık ve ret aynı şey değildir. Her kararsızlık direkt ret ile sonuçlanmaz. Ebeveynlerin kararsızlığının giderilmesinde motivasyonel görüşme önemlidir. Birinci basamakta Aile Hekimlerinin ve hemşirelerin bu konudaki desteği ve yeterliliği hayatı öneme sahip olup, Aile Sağlığı Merkezleri ebeveynlerin çocuk aşılamaları için başvurduğu çok önemli kurumlardır. Sağlık ekibi olarak öncelikle bizim aşıya güvenmemiz, donanımlı olmamız ve çocuk izlemleri sırasında ebeveynlerin aşı konusunda danışabileceği bir tavır sergilememiz ve hastamızla güvene dayanan bir ilişki kurmamız aşı kararsızlığı vakalarının çözümlenmesine yardımcı olacaktır.

Cocuklar yarınlarımızın güvencesidir. Dünyada aşısız çocuk kalmaması dileğiyle...



1 Mart 2025 Cumartesi

KONFERANS -MAVİ SALON

1. Oturum

Birinci Basamakta Ağrı Yönetimi

Prof. Dr. Belgin ERHAN

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR AD, Algolog
ISPRM Ağrı Çalışma Grubu Üyesi

Giriş

Ağrı, insan vücudunu tehdit eden mevcut veya olası fiziksel hasarları haber veren, koruyucu bir mekanizma olarak işlev gören çok boyutlu bir fenomendir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) tarafından en güncel tanımlıyla: **“Gerçek veya potansiyel bir doku hasarı ile ilişkili, hoş gitmeyen duyusal ve emosyonel bir deneyim”** şeklinde tanımlanır.

Ağrı; nörofizyolojik, bilişsel ve davranışsal boyutları olan karmaşık bir duyudur ve farklı kategorilere ayrılabilir:

- Nösisepatif ağrı
- Nöropatik ağrı
- İnflamatuvlar ağrı
- Disfonksiyonel ağrı

Ağrı ayrıca lokalizasyonuna, yansımmasına, şiddetine ve süresine göre de sınıflandırılabilir.

Kas-İskelet Sistemi Ağrıları: Halk Sağlığı Açısından Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, dünya genelinde yaklaşık 1,71 milyar kişi kas-iskelet sistemi rahatsızlığı yaşamaktadır. Bu hastalık grubu, iş gücü kaybı, sakatlık, yaşam kalitesinde düşüş ve ekonomik yük açısından ciddi bir halk sağlığı sorunudur.

Kas-iskelet sistemi hastalıklarında en sık görülen semptom ağrıdır. Özellikle bel ve boyun ağrısı ile osteoartrit, aile hekimlerinin klinik pratiğinde sık karşılaşılan durumlardır. Aşağıda bu ağrılar ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır

Bel Ağrısı

Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

- DSÖ'ye göre bel ağrısı 2020'de dünya genelinde 619 milyon kişiyi etkilemiş, 2050 projeksiyonunda bu sayının 843 milyona ulaşacağı öngörmektedir.
- Her yaş grubunda görülmekle birlikte, en sık 50-55 yaş arasında ve kadınlarda daha yaygındır.
- Hayat boyu görme sıklığı %65-80 arasında değişir.
- Risk faktörleri: Yaş, cinsiyet, genetik yatkınlık, obezite, fiziksel aktivite düzeyi, sigara, psikososyal durumlardır

Klinik Görünüm

Bel ağrısı en sık

- Basit (non-spesifik) bel ağrısı (%70-90 oranında)
- Lomber spondiloz (%10)
- Lomber disk hernisi (%5-10)
olarak karşımıza çıkar

Basit bel ağrısı, genellikle mekanik nedenlerle gelişir ve konservatif tedaviye iyi yanıt verir. Lomber disk hernisi, en sık L4-L5 ve L5-S1 düzeylerinde görülür; ağrı, bacaklara yayılır ve nörolojik bulgular eşlik edebilir. Görüntüleme için tercih edilen yöntem Manyetik rezonans görüntülemedir.



Boyun Ağrısı

Epidemiyoji ve Klinik Özellikler

- Genellikle yaşla birlikte artan dejeneratif değişikliklere bağlıdır.
- Yıllık prevalansı %10,4 ila %21,3 arasındadır.
- Dünya genelinde engelliliğin dördüncü en sık nedenidir.

Klinik Görünüm

Boyun ağrısı klinikte sıkılıkla şu şekilde görülür;

- Basit boyun ağrısı: Kas spazmı, hareket kısıtlılığı, genellikle iyi prognoz.
- Servikal spondiloz: 40 yaş sonrası yaygın; yaşılanma, travma ve anatomi varyasyonlarla ilişkilidir.
- Servikal disk hernisi: Daha nadirdir, genç erişkinlerde daha sık görülür.

Psikolojik ve sosyal faktörlerin de etkisi büyktür; bu nedenle biopsikososyal modelle değerlendirme yapılmalıdır.

Osteoartrit (OA)

OA, eklem kıkırdağının fokal kaybı, subkondral kemikte skleroz ve osteofit oluşumlarıyla karakterize, kronik dejeneratif bir eklem hastalığıdır. OA, dünyada bilinen en yaygın eklem hastalığıdır. Klinik, fizyolojik, anatomik ve moleküler düzeylerde heterojen özellikler gösteren bir hastalık olarak etyoloji ve tanımlanmasında çeşitlilik arz eder. Prevalans çalışmaları, 70 yaş üstü bireylerin büyük çoğunluğunda radyolojik osteoartritin bulunduğu göstermektedir.

Osteoartrit, eklem kıkırdağı ve subkondral kemikte yıkım ve tamir olayları arasındaki dengenin bozulması sonucu ortaya çıkan semptomlar ve klinik muayene bulguları ile karakterize bir hastalıktır. Eklem kıkırdağının fokal (başlangıçta nonuniform) kaybı, subkondral kemikte hipertrofik reaksiyon (skleroz) ve eklem yüzeyinde yeni kemik oluşumları (osteofit) ile kendini gösterir. Bu hastalık sıkılıkla ağrı ve sakatlık nedenidir; en çok diz, eller, kalça ve omurgada görülür.

Osteoartrit risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet (kadın > erkek), genetik yatkınlık, eklemde konjenital veya edinsel deformite, obezite (özellikle kalça ve diz bölgelerinde), tekrarlayan aşırı kullanım, meslek, geçmişte yaşanan travmalar ve kırıklar yer almaktadır. Eklem kıkırdağındaki hasar, ağrı, sabah tutukluğu, şişlik, krepitasyon ve hareket zorluğu gibi bulgularla kendini gösterir. Bu durum, fonksiyon kaybı, şekil bozukluğu ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açar.

Kas İskelet Sistemi Ağrılarında Tanı Süreci

Ağrılı bir hastada doğru tanı ve etkili bir tedavi planlaması için ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene yapılması şarttır. Ağrının başlangıcı, yeri, yayılmışlığı, derecesi, sıklığı ve süresi, artıran ve azaltan faktörler ile eşlik eden semptomlar dikkatlice değerlendirilmelidir. Ayrıca, hastanın demografik özellikleri, aile geçmişi, mesleği, alışkanlıklarını, yaşam tarzı, komorbiditeleri ve kullandığı ilaçlar da göz önünde bulundurulmalıdır.

Kas İskelet Sistemi Ağrılarında Tedavi Hedefleri

Tedavi amaçları şunlardır:

- Ağrıyi ve diğer semptomları gidermek
- Hastalığın progresyonunu durdurmak
- Eklem hareket açıklığını sağlamak
- Bozulmuş fonksiyonu düzeltmek
- Yaşam kalitesini artırmak

Kas iskelet sistemi ağrılarında Tedavi Yöntemleri



Kas iskelet sistemi ağrlarında genellikle прогноз iyidir. Konservatif tedavi 6 haftaya kadar devam edilebilir ve hastaların büyük çoğunluğu 2 ay içinde normal yaşantılara döner. %90'ı 2-3 ay içinde iyileşirken, %10'u kronikleşir ve bunların %1'i kronik özürlü hale gelebilir.

Tedavi yöntemleri üç ana gruba ayrılabilir:

1. Non-farmakolojik Tedavi Yöntemleri:

- Hasta eğitimi
- Yaşam tarzı modifikasyonu
- Kilo kontrolü
- Kısa süreli immobilizasyon
- Baston kullanımı
- Egzersiz ve fizik tedavi modaliteleri

2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri:

- Basit analjezikler
- Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ)
- Kas gevşetici ilaçlar
- Opioidler
- Gabapentinoidler
- Topikal ajanlar
- Lokal enjeksiyonlar

3. Cerrahi Tedaviler

Genellikle önerilen tedavi şekli kombinasyon tedavileridir. Birinci basamakta hekimin önce mekanik olmayan ağrı nedenlerini ve acil durumları dışlaması önemlidir. Gereksiz görüntüleme istemekten kaçınılmalı ve hasta eğitimi sağlanmalıdır. Aktiviteye en kısa sürede dönülmesi desteklenmeli, yatak istirahati kısıtlanmalı ve fizik tedavi yöntemleri erkenden uygulanmalıdır.

NSAİİ, basit analjezikler ve kas gevşetici kullanımı önerilirken, opioid kullanımının kısıtlanması gereği unutulmamalıdır. Tedavide hasta eğitimi büyük önem taşımaktadır ve non-farmakolojik ile farmakolojik tedavilerin birlikte kullanılması önerilir. Farmakolojik tedavi düzenlenirken hastanın risk faktörleri ve kullanılan etken maddenin özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç

Ağrı yönetiminde etkinlikleri ve güvenlikleri kanıtlanmış ajanların tercih edilmesi önemlidir. Semptomları azaltmaya ve fonksiyonel bozukluğu düzeltmeye yönelik bilimsel dayanağı olan kombine tedaviler kullanılmalıdır. Ayrıca, tedavi planlanırken hastanın öncelik ve bekłentilerine duyarlı olunmalıdır.

Kaynaklar

1. Rice ASC, Smith BH, Blyth FM. Pain and the global burden of disease. PAIN 2016;157:791–6
2. İncealtın O, Erhan B, Özaydın V, Yumuşakhuylu Y. Why Does Non-traumatic Musculoskeletal Pain Apply to the Emergency Department? Cross-sectional Study from a Fourth-level University Hospital. Eurasian J Emerg Med. 2024;23(2): 139-42
3. Erhan B, Gumussu K, Kara B, Bulut GT, Yalçınkaya EY. The frequency of neuropathic pain in Turkish patients with low back pain: a cross-sectional study. Acta Neurol Belg. 2020 Feb 12. doi: 10.1007/s13760-020-01285-7.
4. Hasselstrom J, Liu-Palmgren J, Rasjo-Wraak G. Prevalence of pain in general practice. Eur J Pain 2002;6:375–85
5. Nebojsa Nick Knezevic,et al. Low back pain. Lancet 2021; 398: 78-92
6. Patrick N, Emanski E, Knaub MA. Acute and chronic low back pain. Med Clin North Am. 2014; 98(4): 777-789



7. Casazza BA. Diagnosis and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician*. 2012; 85(4): 343-350.
8. 6. Downie A, Williams CM, Henschke N, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review [published correction appears in BMJ. 2014; 348: g7]. *BMJ*. 2013; 347: f7095.
9. Joshua Scott Will, et al. *Am Fam Physician*. 2018; 98(7):421-28
10. Cohen SP. Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(2):284-299.
11. Vasseljen O, Woodhouse A, Bjørnsgaard JH, et al. Natural course of acute neck and low back pain in the general population: the HUNT study. *Pain*. 2013;154(8):1237-1244.
12. Murray CJ, Atkinson C, Bhalla K, et al.; U.S. Burden of Disease Collaborators. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA*. 2013;310(6):591-608.
13. Glyn-Jones S, Palmer AJR, Agricola R, et al. Osteoarthritis. *Lancet* 2015;386:376-87.
14. Ivan Urit set al. Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Current Pain and Headache Reports* (2019) 23:23
15. Casazza BA. Diagnosis and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician*. 2012; 85(4): 343-350
16. Friedman BW, Dym AA, Davitt M, et al. Naproxen with cyclobenzaprine, oxycodone/acetaminophen, or placebo for treating acute low back pain. A randomized clinical trial. *JAMA*. 2015; 314(15): 1572-1580.
17. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthr Cartil*. 2019;27:1578–89.
18. Honvo G, Reginster JY, Rabenda V, et al. Safety of symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis: outcomes of a systematic review and meta-analysis. *Drugs Aging*. 2019;36:65–99



BİLDİRİ ÖZETLERİ



2. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

27-28 ŞUBAT, 1 MART 2025
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN
GÜÇLENDIRİLMESİ



Marmara Aile Hekimliği Eğitim Uygulama ve
Araştırma Merkezi (MARAHEK)



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bildiri Sunum Programı

28 Şubat Cuma, Sözel Sunumlar 15.45-17.00

Turuncu Salon Oturum Başkanları: Prof. Dr. Saime Erol, Dr. Öğr. Üyesi Saliha Şahin			Mavi Salon Oturum Başkanları: Doç. Dr. Seher Yurt, Dr. Öğr. Üyesi İkbal Hümay Arman		
Sunum Saati	Bildiri ismi	Sunan Yazar	Sunum Saati	Bildiri ismi	Sunan Yazar
15:45-15:55	SS-01 / Çocuklarda ağız diş sağlığında güncel gelişmeler	Burcu Parlak	15:45-15:55	SS-10 / Aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının kültürel yeterlilikleri	Firdevs Kuzu
15:55-16:05	SS-02 / Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Atıklara Yönelik Tutum ve Davranışları	Ozan Özkol	15:55-16:05	SS-11 / Birinci basamakta çalışan hemşirelerin ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi	Sena Okten
16:05-16:15	SS-03 / Evde Sağlık ve Evde Bakım Alanında Türkiye Kaynaklı Çalışmalar: Sistematiske İnceleme	Serpil Kolunsağ	16:05-16:15	SS-12 / Koruma (Gizlilik) Kararı, Kadın ile Çocukları Sağlık Hizmetlerinden de Uzak Tutuyor!	Elvan Tibet
16:15-16:25	SS-04 / Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Yaşlıların Geriatrik Sendromlar Açısından Değerlendirilmesi	Funda Güngör Sonkaya	16:15-16:25	SS-13 / Bağımlılıkla Mücadelede Birinci Basamakta Yürüttülen Faaliyetler: Bir Sağlıklı Hayat Merkezi Örneği	Said Aktaş
16:25-16:35	SS-05 / Yetişkin Bireylerde Sağlık İnanç Modeline Göre Ev Kazaları Ölçeğinin Geliştirilmesi	Ebru Çalışkan	16:25-16:35	SS-14 / Kronik hastalıkların yönetiminde hemşire temelli modeller: Uluslararası örnekler ve uygulamalar	Gaye Temirhan
16:35-16:45	SS-06 / Prostat Kanseri Olan 50 Yaş ve Üzeri Bireylerde Tanıdaki Gecikmenin Niteliksel Olarak Değerlendirilmesi	Fatma Burcu Doğanç	16:35-16:45	SS-15 / Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşire liderliğinin sağlık ve ekonomik katkıları: Fırsatlar ve engeller	Sena Okten
16:45-16:55	SS-07 / Sağlık İnanç Modeli Temelli Girişimlerin Kadınların Pap Smear Testi Yaptırımlarına Etkisi	Özden Erdem	16:45-16:55	SS-16 / Aşı Reddi : Küresel sağlığı tehdit eden kriz	Melike Ekici Erdem
16:55-17:05	SS-08 / Birinci Basamakta Rahim İçi Araç Uygulamasının Değerlendirilmesi	İrem Elif Çetintas	16:55-17:05	SS-17 / Annelerin Çocukluk Dönemi Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler: Niteliksel Bir Araştırma	Seda Güneşli Özdemir
17:05-17:15	SS-09 / Sızofreni Tanısı Almış Bireylerin Ebeveynlerinin Sızofreniye Yaklaşımı ve Stigmatizasyonun Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma	Fatma Burcu Doğanç	17:05-17:15	SS-18 / Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerin Göçmenlere Yönelik Hizmetlerde Karşılaştıkları Zorluklar ve Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma	Seda Güney



SS-01

Çocuklarda ağız diş sağlığında güncel gelişmeler

Burcu Parlak¹

¹Sosyal Pediatri Doktora Programı, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi

ÖZET

Amaç: Çocuklarda diş sağlığında önemli etkisi olan temel bakım önerileri ve koruyucu diş hekimliği uygulamaları konusunda güncel ve kanıta dayalı bilimsel yayınların önemli sonuçlarını sunmak ve diş bakımını güncel rehberler doğrultusunda anlatmaktadır.

Yöntem: Pubmed, Google Akademik arama motorları ile anahtar kelimeleri kullanarak güncel literatürlerin ve rehberlerin taramasını yaptıktır.

Bulgular: Erken çocukluk çağının çürükleri, hem yaygın hem de önlenenebilir bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkıyor. Çocukluk döneminde diş sağlığına özen göstermek, uzun vadeli sağlık için oldukça kritiktir. Süt dişleri, kalıcı dişlerin gelişimi için temel oluşturduğundan, bu dönemdeki bakım çok önemlidir.

Sonuç: Çocuklar ve ebeveynler, günde en az iki kez diş fırçalama sıklığı, zamanı (biri yatmadan önce), dengeli beslenme, 6 ayda bir diş hekimi ziyareti, diş çürüğünün önlenenebilir bir hastalık olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. Anneler ilk diş sürdüğünden itibaren bebeğin dişini fırçalama, ilk yaşından önce diş hekimi ziyareti, şekerli gıda tüketimi konusunda uyarılmalıdır. Anne-babalar, her zaman iyi birer örnek olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: çocukluk çağının diş çürükleri, flor, fırçalama



2. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

27-28 ŞUBAT, 1 MART 2025
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN
GÜÇLENDIRİLMESİ



Marmara Alı Hekimliği Eğitim Uygulama ve
Araştırma Merkezi (MARAHEK)



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Diş bakım önerileri	İngiltere (NHS)	ABD (AAP)	Türkiye (Sağlık Bakanlığı)
Emzirme	6 aya kadar sadece anne sütü ve 2 yaşına kadar anne sütü	6 aya kadar sadece anne sütü ve en az 1 yaşına kadar anne sütü	6 aya kadar sadece anne sütü ve 2 yaşına kadar anne sütü
Fırçalama	Biri gece olmak üzere günde 2 kez fırçalamalı	Günde iki kez fırçalanmalı	Dişler günde iki kez, sabah kahvaltıdan sonra ve akşam yatarken fırçalanır.
Diş macunu	İlk diş göründüğünde florlu diş macunu kullanımına başlanmalı	<ul style="list-style-type: none"> ✓ İlk diş ile florlu diş macunu kullanımına başlanmalı ✓ pirinç tanesi kadar sürülmeli 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bebeklerin dişlerinin çıkması ile birlikte dişler 1 yaşına kadar temiz bir tūlbent yardımıyla su ile temizlenmelidir. ✓ 1 yaşta fırça ve su ✓ Diş macunu 3 yaşından sonra kullanılmaya başlanabilir.
Diş macunu miktarı	En az 1000 ppm diş macunu kullan <ul style="list-style-type: none"> ✓ 0-3 yaş: sürüntü ✓ 3-6 yaş: bezelye kadar 	3-6 yaş arası bezelye büyülüğünde diş macunu kullanmalı 6 yaş sonrası fırça kadar	Flor içeren diş macunu mercimek büyülüğünde fırça üzerine konur ve fırça ıslatılmadan uygulanır
Çalkalama	Çalkalama, tükür	Fazla macunu tüketmeli ve çalkalamamalı	Bol su ile çalkala
Enerji	Yiyecek ve içeceklerde şeker ekleme	Total enerjinin %5'ten azı şeker olmalı	Total enerjinin %5'ten azı şeker olması tercih edilmeli
Beslenme	Günde 1 (150 ml)'den fazla meyve suyu içme ve meyveyi 10'a 1 suyla sulandır	1 yaşından önce meyve suyu içme, gündə 150 ml'den fazla meyve suyu içme	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Meyve suyu ve kurutulmuş meyve tüketimi sınırlanmalıdır ✓ Meyve suyu yerine meyve tüketimi tercih edilmelidir.
Beslenme	Şekerli yiyecek-içecek miktarını azalt ve yemek vakti ye	Şekerli yiyecek-içecek miktarını azalt	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Şekerli, yiyecek ve içeceklerin sık kullanımının önlenmesi veya yemekle birlikte yenmesi ✓ Kalsiyum ve Vit. D gibi dişlerin yapısını güçlendiren maddeleri içeren besinlerin kullanımı (süt, peynir, fistik vb.).
Sistemik Flor	Sade pastörize süt ve musluk suyu dişler için en güvenli içeceklerdir, florlanması çürügü azaltır.	Herkes florlu su kullanmalı	Sistemik olarak florlu içme suyu, diş hekimi veya çocuk doktorlarının önerisi ile flor tablet veya damla kullanılabilir.
Biberon	Biberon yerine bardak kullan	Biberonda veya geceleyin meyve suyu verme	Biberon kullanımının özendirilmemesi ve kullanılıyorsa bırakılması
Ebeveyn	7 yaşına kadar ebeveyn gözetiminde olmalı	6 yaşa kadar ebeveyn gözetiminde olmalı	8 yaşa kadar ebeveyn gözetiminde olmalı
Vernik	Yılda 2 kez florlu vernik uygulayın (>3 yaş)	6 ayda 1, tercihen 3 ayda 1 ilk diş çıkışından itibaren	İlkokul ve ana sınıfı öğrencilerine 60 aydan itibaren yılda 2 kez florlu vernik uygulanır
Kontrol	6 ayda 1 diş doktoruna gidin	Düzenli diş hekimi ziyareti olmalı	Yılda en az iki kez diş hekmine muayene olunması uygundur
Fissür örtücü	5-10 yaşlar arasında fissür örtücü yapılabılır	Kalıcı molar dişler çıkışlarından itibaren fissür örtücü için değerlendirmeli	Kalıcı molar dişler çıkışlarından itibaren fissür örtücü için değerlendirilebilir

Tablo-1. İngiltere (NHS, National Health Service), ABD (AAP, American Academy of Pediatrics), TC. Sağlık Bakanlığı Çocuk Diş Sağlığı Önerilerinin Karşılaştırılması



SS-02

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Atıklara Yönelik Tutum ve Davranışları

Ozan Özkol¹, Kamer Gür², Emine Ekici¹, Mehmet Akif Sezerol³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı İstanbul'un bir ilçesindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli sağlık çalışanlarının tıbbi atıklara yönelik tutum ve davranışlarını belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı türde olan bu çalışmanın evrenini İstanbul Anadolu yakasındaki bir ilçede bulunan 24 aile sağlığı merkezi, 1 güçlendirilmiş göçmen sağlığı merkezi ve 1 ilçe sağlık müdürlüğünde görevli hemşire, doktor, ebe ve acil tip teknisyenleri oluşturmuştur. Amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyülüklüğü G Power 3.1.9.7 programında bağımsız grplarda t testi için 0,5 etki büyülüklüğü %5 hata payı %90 güç için hesaplanmıştır ve çalışma 172 katılımcıyla tamamlanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan tanımlayıcı bilgi formu ve Tıbbi Atık Tutum ve Davranış Ölçeği(TATDÖ) ile 10.01.2025–02.02.2025 tarihlerinde toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistik yöntemleri, Bağımsız Örneklem T testi ve One Way Anova testleri ile SPSS 27.0 programında analiz edilmiş olup, etik kurul ve kurum izni alınmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni tıbbi atık tutum ve davranışları bağımsız değişkenleri tanımlayıcı özellikleridir.

Bulgular: Katılımcıların %77,3'ü kadın, %48,8'i lisans mezunu, yaş ortalamaları $38,84 \pm 9,20$ ve %37,2'si hemşire %37,8'i doktor %19,8'i ebedir. Yüzde 90,7'sinin mesleki deneyimi 4 yılın üzerinde, %14'ü yöneticidir. Katılımcıların %63,4'ü tıbbi atıklarla ilgili eğitim almış, %11'i iş kazası olarakigne batması yaşamıştır. Tıbbi atık yönetim sürecini bilenlerin oranı %57'dir. Çalışmada yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süresi ve çalışılan birimlere göre TATDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p < 0,05$) eğitim, meslek, yöneticilik görevi, iş kazası yaşama durumu ve tıbbi atık eğitimi alma durumuna göre TATDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç: Kadınların, 30 yaş ve üzerindeki sağlık çalışanlarının, 4 yıldan uzun mesleki deneyimin, göçmen sağlığı merkezindeki katılımcıların diğerlerine göre tıbbi atık tutum ve davranışlarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Bulgular doğrultusunda mesleğe yeni başlayan sağlık çalışanlarının oryantasyon programlarında tıbbi atık yönetimine ilişkin eğitim verilmesi ve periyodik hizmet içi eğitim önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi atık, atık yönetimi, birinci basamak sağlık hizmetleri, tutum, davranış.



SS-03

Evde Sağlık ve Evde Bakım Alanında Türkiye Kaynaklı Çalışmalar: Sistematik İnceleme

Serpil Kolunsağ¹ Pervin Elmas Uluer²

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada ülkemizde evde sağlık ve evde bakım alanında yapılan araştırmaların derlenmesi ve incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif olarak zaman kriteri girilmeden “Pubmed”, “Ebsco”, “TR Dizin” veri tabanları ve “Google Akademik” arama motoru kullanılarak “evde bakım” ve “evde sağlık”, “home healthcare and Turkey” anahtar kelimeleri ile ayrı ayrı tarama yapıldı. Veri çekme işlemi 16-21 Ocak 2025 tarihleri arasında birinci araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini, evde sağlık ve evde bakım alanında Türkiye’de yapılan çalışmalar ve Türkçe/İngilizce özeti bulunan yayınlar oluşturdu. Hariç tutma kriterlerini ise, Türkçe/İngilizce özeti bulunmayan yayınlar, kongre/konferans bildirileri, editöre mektuplar, yüksek lisans ve doktora tezleri oluşturdu. Elde edilen yayınlar hariç tutma kriterlerine göre araştırmacılar tarafından ayrı ayrı listelendi. Çalışmanın evrenini 1363 yayın oluşturdu. Dahil edilme-hariç tutma kriterlerinde ve sınıflandırmada oluşan görüş farklılıklarını araştırmacılar ortak mutabakat ile çözümledi. Tekrar eden çalışmaların da çıkartılmasıyla çalışmanın örneklemi 524 adet yayın oluşturdu. Yayınlar, yayın yılı, araştırma türü, araştırma yöntemi, araştırma alanı ve araştırma konusu başlıklarında incelendi. İncelenen değişkenler sayı ve yüzdelik olarak belirtildi.

Bulgular: İlk yayının evde bakım alanında 2000 yılında yapıldığı, yayınların %1,71'inin 2005 yılı öncesi, %8,4'inin 2010 ve öncesinde yapıldığı ve yayınların yıllara göre giderek arttığı, %10,69 ile en fazla çalışmanın 2023 yılında yapıldığı belirlendi. Çalışmaların %59,92'sinin özgün araştırma, %38,17'sinin geleneksel derleme ve %1,91'inin sistematik derleme olduğu belirlendi. Araştırma tasarımları olarak incelendiğinde özgün araştırmaların 86,94'ü gözlemeşti, %9,7'si deneysel ya da yarı deneysel ve %4'ü metodolojik tasarımlardır. Çalışmaların %25,76'sı yaşam dönemine ve %25,15'i bağımlılığa ve bakıma gerek olan hastalıklara yönelikti. Yayınların %33,59'u evde sağlık/bakım hizmetlerine, %25,38'i hasta/bağımlılığa, %14,89'u bakım verene odaklı araştırmalardır.

Sonuç: Türkiye'de evde sağlık ve evde bakım alanında yapılan yayınların çoğunluğunu özgün araştırmaların oluşturduğu, bunların da büyük çoğunluğunun tanımlayıcı çalışmalar olduğu belirlendi. Alandaki bilgi açığına yönelik yapılan tanımlayıcı çalışmaların kanıt düzeyi yüksek olan deneysel ya da yarı deneysel tasarımlara daha az evrildiği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Evde sağlık, evde bakım, Türkiye.



SS-04

Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Yaşlıların Geriatrik Sendromlar Açısından Değerlendirilmesi

Funda Güngör Sonkaya¹, **Çiğdem Apaydın**, **Kaya²**
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Giriş: Atipik semptomları olan, birçok sebebe bağlı olarak ortaya çıkabilen, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, mortalite ve morbiditeyi artıran ileri yaşta görülen klinik durumlar geriatrik sendromlar olarak isimlendirilmektedir. Aile hekimlerinin yaşlıları geriatrik sendromlar açısından değerlendirmesi yaşlıların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını iyileştirmede ve yaşam kalitelerini artırmada yol gösterici olabilir.

Amaç: Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne (EASM) kayıtlı olan yaşlıların geriatrik sendromlar açısından değerlendirilmesidir. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın evreni Marmara Üniversitesi Pendik EAH Tuzla EASM'ye kayıtlı 65 yaş ve üzeri 594 kişidir. Mayıs-Haziran 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Örneklem alınmamış, evrenin tümü EASM'ye davet edilerek ulaşımaya çalışılmıştır. Araştırmana akut hastalığı olmayan ve görüşmeye gelen gönüllü 65 yaş ve üstü tüm bireyler dahil edilmiştir. Tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve hastalıkları sorgulanmış, 6 maddelik Kognisyon Değerlendirme Testi (SIS), iki maddelik Depresyon Tarama Testi ve Barthel Günlük yaşam aktiviteleri indeksi uygulanmıştır. Ardından kullanılan tüm ilaçlar değerlendirilerek düşme ve inkontinans sorgulanmıştır.

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan onay alınmıştır. **İstatistik:** SPSS 26 programında sıkılık analizi ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmana yaş ortalaması $71 \pm 5,4$ olan 184 kişi katılmıştır (%57,6 K; %42,4 E). Katılımcıların %26'sının kognisyonel durumu anormal; %23,3'ü hafif, orta ve ileri derecede bağımlı, %76'sı tam bağımsız olarak değerlendirilmiştir. %23,9'unun son 1 yılda düşmesi olmuş, %76'sında hiç düşme olmamıştır. %6'sında osteoporoz, %40,8'inde polifarmasi (5 ve üzeri ilaç kullanımı) %5,4'ünde de hiperpolifarmasi (10 ve üzeri ilaç kullanımı) vardır. Katılımcıların %14,1'i depresyon açısından riskli saptanmıştır. %15,8'inde üriner inkontinans, %21,2'sinde konstipasyon vardır. Üriner inkontinans sıklığı ve osteoporoz sıklığı kadınlarda daha fazlaydı (K: %23,6; E: %5,1; $p < 0,001$ -%9,4 K, %1,3 E; $p < 0,026$).

Sonuç: Araştırmada yaşlıların özellikle polifarmasi, kognitif fonksiyonda bozulma, bağımlılık ve düşmeler açısından riskli oldukları saptanmıştır. Aile hekimlerinin yaşlıları geriatrik sendromlar açısından değerlendirmesini ve ilaç yönetimini dikkatle ele alması gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Geriatrik sendromlar, polifarmasi, birinci basamak sağlık hizmetleri



SS-05

Yetişkin Bireylerde Sağlık İnanç Modeline Göre Ev Kazaları Ölçeğinin Geliştirilmesi

Ebru ÇALIŞKAN¹, Seher YURT²

¹ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, ebruucaliskann44@gmail.com, İstanbul, Türkiye

² İstanbul Kent Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü, seher.yurt@kent.edu.tr, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Amaç: Yetişkin bireylerin ev kazalarına yönelik sağlık inançlarını ölçecek model temelli, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmektir.

Yöntem: Bu çalışma metodolojik türde yapıldı. İstanbul Kent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan, 05.04.2024 tarihinde 03 karar numaralı etik kurul onayı alındı. Araştırma Ocak 2024-Kasım 2024 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın örneklemi sosyal medya platformlarından kartopu yöntemiyle ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerden oluşturuldu. Araştırmanın evrenini 18-65 yaş aralığındaki 496 yetişkin oluşturdu. Veri toplamada Sosyodemografik Bilgi Formu ve Yetişkin Bireylerde Sağlık İnanç Modeline Göre Ev Kazaları Taslak Ölçeği kullanıldı. İstatistiksel analizi Statistical Package for Social Sciences for Windows 25.0 ve AMOS 21 programı kullanılarak analiz edildi. Ölçeğin kapsam geçerliliği için 12 uzman görüşüne başvuruldu. Ölçeğin madde güvenirligini test etmek için Cronbach Alpha iç tutarlılık analizi, madde-toplam korelasyonu kullanıldı. Yapı geçerliği faktör yapısını test etmek için doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizi yapıldı.

Bulgular: Kapsam Geçerlik Oranı 0.94 bulundu. Tüm bileşenlerin Kapsam Geçerlik Oranı 0.92 ile 0.99 arasında belirlendi. Kaiser-Meyer-Olkin 0.87 ve Bartlett Küresellik test değeri 4271.59 ($p<0.01$) olarak belirlendi. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin x^2/SD değeri 2.04, RMSEA 0.06, SRMR 0.06, CFI 0.92, GFI 0.84, AGFI 0.80, IFI 0.92, TLI (NNFI) 0.91 ve NFI 0.86 değerleri istenilen düzeyde bulundu. Ölçeğin toplam Cronbach α katsayı 0.89, Algılanan Duyarlılık 0.87, Önemseme Ciddiyet 0.91, Algılanan Yarar 0.88, Algılanan Engel 0.86, Sağlık Motivasyonu 0.81, Öz Yeterlilik 0.82 bulundu.

Sonuç: 28 maddelik 6 alt boyut içeren ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi. Ev kazalarını azaltmaya yönelik girişimsel çalışmaların yapılması ve ölçek ile etkisinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ev Kazası, Sağlık İnanç Modeli, Ölçek, Geçerlilik, Güvenirlik



SS-06

Prostat Kanseri Olan 50 Yaş ve Üzeri Bireylerde Tanıdaki Gecikmenin Niteliksel Olarak Değerlendirilmesi

Fatma Burcu Doğanç³, Sevilay Tunç Nakış⁴, Deniz Nakış⁵, Seyhan Hıdıroğlu⁴, Melda Karavuş⁵, Onur Can Kaya⁶, Yusuf Zahid Erdoğmuş⁷, Sedat Pala⁸, Oğuz Yeşiltan⁹

ÖZET

Amaç: Prostat kanseri, 50 yaş ve üzeri erkeklerde en sık görülen kanser olup Türkiye'de akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Erken teşhis durumunda sağkalım yüksektir ancak semptomların yaşlanması bir parçası olarak görülmeye ve prostat kanserinin bilinmemesi nedeniyle tanıda gecikmeler yaşanmaktadır. Prostat spesifik antijen (PSA) testi ve dijital rektal muayene, prostat kanseri için yaygın tarama yöntemleridir. Amerika'da ulusal tarama programları bulunurken, Türkiye'de prostat kanseri için önerilen bir tarama programı mevcut değildir. Bu durum, erken teşhis farkındalığının artırılmasının önemini vurgulamaktadır. Bu çalışmanın amacı, prostat kanseri olan bireylerde prostat kanseri farkındalığını ve tanıdaki gecikme nedenlerini niteliksel olarak değerlendirmektir.

Yöntem: Niteliksel bir araştırmadır. Araştırmada fenomenolojik yaklaşım ile prostat kanseri olan 50 yaş ve üzerindeki bireylere yüz yüze derinlemesine görüşme yöntemi uygulanmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı-yapilandırılmış soru formu ile veriler toplanmıştır. Araştırmaya kartopu ve amaçlı örnekleme yöntemi ile 10 katılımcı gönüllülük esasıyla dahil edilmiştir. Görüşmelerin ses kayıtları transkript haline getirildikten sonra elde edilen verilere Atlas.ti programı ile tematik içerik analizi yapılmış, ortaya çıkan kodlara göre ana temalar ve alt temalar belirlenmiştir.

Bulgular: Araştırmaya yaş ortalaması 67,7 olan (59-75 yaş arası) 10 hasta katılmıştır. Çalışmada 3 ana tema belirlenmiştir: "Prostat ve prostat kanseri bilgisi", "Tanı süreci" ve "Tanı sonrası süreç". Tanıda gecikme sebepleri arasında bilgi eksikliği, semptomları önemsememe, pandemi nedeniyle erteleme ve çevresel etkiler öne çıkmıştır. Katılımcıların çoğu prostat hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir. Hastaneye başvuranların büyük kısmı şikayetleri nedeniyle başvurmuş olup, sadece 2 katılımcı aile hekimi yönlendirmesiyle başvurduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, 10 katılımcıdan 5'inin aile hekimi aracılığıyla prostat kanseri hakkında bilgi edinip PSA testi yaptırdığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak, araştırmada prostat kanseri erken tanı farkındalığının artırılması ve bilgi eksikliğinin giderilmesi gereği görülmüştür. Özellikle aile hekimlerinin bu konuda bilgilendirme ve yönlendirme yapmalarının erken tanı oranlarını artırabileceğinin düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: prostat kanseri, tarama, tanıda gecikme, birinci basamak, aile hekimi



SS-07

Sağlık İnanç Modeli Temelli Girişimlerin Kadınların Pap Smear Testi Yaptırmalarına Etkisi

Özden Erdem¹, Saime Erol², Ayşenur Arılık³, Leyla Kamişlı⁴

¹ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

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

³ Pamukkale Üniversitesi Hastanesi, Denizli, Türkiye Hemşire

⁴ Bolu Mudurnu İlçe Devlet Hastanesi, Bolu, Türkiye Hemşire

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, Sağlık İnanç Modeli temelli girişimlerin kadınların Pap smear testi yaptırmalarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Deneysel tasarım ile Aralık 2019 - Mayıs 2020 tarihleri arasında yürütülen araştırmanın örneklemini, 21- 65 yaş arası 18 deney ve 18 kontrol toplam 36 kadın oluşturdu. Veriler; sosyo-demografik özellikleri tanılama formu, Serviks Kanseri Risk Faktörleri Değerlendirme Formu, Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Bilgi Soruları, Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile toplandı. Sağlık İnanç Modeli temelli girişimler, yüz yüze eğitim (30-40 dakika), whatsapp aracılığı ile haftada iki kez hatırlatıcı mesaj, video ve görseller gönderilerek beş hafta devam etti. Girişim bittikten üç ay sonra son test verileri toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, kıkkare ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Uygulamadan önce yazılı ve sözlü tüm izinler alındı.

Bulgular: Girişim sonrasında deney ve kontrol grupları arasında ciddiyet, yarar ve engel algıları açısından deney grubu lehine anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Son teste pap smear testi yapurma oranının deney grubunda %65,2, kontrol grubunda %34,8 olduğu bulundu ($p<0,05$).

Sonuç olarak Sağlık İnanç Modeli temelli yüzeye ve uzaktan girişimlerin serviks kanseri ciddiyet algısı ve Pap smear testi yarar algısını artttırduğu belirlendi. Girişimlerin aynı zamanda Pap smear testi yaptırmadaki engelleri azaltmada ve testi yapurma oranlarını arttturmada etkili olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: Davranış Değiştirme, Pap Smear, Sağlık İnanç Modeli, Serviks Kanseri



SS-08

Birinci Basamakta Rahim İçi Araç Uygulamasının Değerlendirilmesi

İrem Elif Cetintas⁶, Emrullah Şanlan⁷, Said Aktaş³

1 Çekmeköy İlçe Sağlık Müdürlüğü Sağlıklı Hayat Merkezi

2 Çekmeköy İlçe Sağlık Müdürlüğü

3 Çekmeköy İlçe Sağlık Müdürlüğü

ÖZET

Amaç: Birinci basamakta Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) bünyesinde bulunan aile planlaması polikliniklerinde vatandaşlara ücretsiz danışmanlık hizmeti verilmektedir. Bu hizmet kapsamında aile planlaması (AP) yöntemleri hakkında bilgi verilmekte; uygun endikasyonlu danışanlara rahim içi araç (RIA) uygulaması yapılmaktadır.

Çalışmamızda amaç; AP polikliniğine RIA takılması veya çıkarılması amacıyla başvuran danışanların özelliklerini değerlendirmektir. Bu sayede RIA uygulanmasından maksimum fayda görecek grup belirlenerek, bu gruba yönelik eğitim ve yönlendirmelerin artırılması ile kadınlar bu hizmetten daha etkin faydalanailecek, istenmeyen gebeliklerin ve düşüklerin önlenmesiyle anne bebek ölümlerinin azaltılmasına katkı sunulabilecektir.

Yöntem: 2024 yılında Çekmeköy SHM Aile Planlaması polikliniğine başvuran 208 olguya ait veriler incelendi. Kişilerin yaşı, eski veya yeni kullanıcı olma durumları, önceki korunma yöntemleri; gebelik, doğum ve düşük sayıları; son doğumun üzerinden geçen süre, doğum şekilleri ve poliklinikte verilen hizmet kaydedilerek veriler SPSS 22.0 programı ile değerlendirildi. Kategorik değişkenlerin analizinde ki kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak alındı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 208 olgunun ortalama yaşı 34,83 (min:20, max:56), ortalama yaşayan çocuk sayısı 2,15 (min:1, max:4) idi. Toplam doğum sayısı ortalama 2,20 (min:1, max:5) olarak saptandı. Olguların %32 sinin düşük öyküsü mevcut olup, bunların %67 sinin tek düşük yaptığı saptandı. İki ve daha fazla gebelik öyküsü olanlarda düşük sayısının anlamlı olarak yükseldiği tespit edildi ($p < 0,005$). Olgular korunma yöntemine göre iki gruba ayrıldığında klasik yöntemle korunanların %95,5'ine, modern yöntemle korunanların %63'üne RIA takıldığı saptandı ($p < 0,001$).

Sonuç: Çalışmamız sonucunda 2 ve daha fazla gebelik öyküsü olanlarda düşük sayılarında anlamlı bir artış olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda, 2. gebelik sonrasında AP yöntemlerinin etkin kullanımını düşük oranlarını, anne bebek morbidite ve mortalitesini azaltarak sağlığın geliştirilmesine katkı sunabilir.

RIA nin yüksek koruyuculuğu göz önüne alındığında, AP polikliniklerinin birinci basamakta bulunmasının koruyucu sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırarak kişilerin klasik korunma yöntemlerinden modern yöntemlere geçişini mümkün kıldığını, mevcut uygulamanın fayda sağladığını söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: sağlıklı hayat merkezi, aile planlaması, rahim içi araç



SS-09

Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ebeveynlerinin Şizofreniye Yaklaşımı ve Stigmatizasyonun Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma

Fatma Burcu Doğanç⁸, Seyhan Hıdıroğlu⁹, Nihat Bayındır¹⁰, Zeynep Acarel⁴, Nurullah Atakul⁵, Emre Seyhan⁶

ÖZET

Amaç: Şizofreni hastaları, ruhsal hastalıklar içinde en fazla stigmatize edilen gruplardan biridir. Stigmatizasyon ve ayırmılığa maruz kalma bu bireylerin toplumsal hayatı katılımını zorlaştırmaktadır. Ayrıca, hastaların yaşadığı stigmatizasyon süreci aile üyelerini de ekonomik, psikolojik ve duygusal açıdan olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarının ebeveynlerinin şizofreniye yönelik algılarını, maruz kaldıkları stigmatizasyonu ve şizofreni hastaları için sosyal destek mekanizmalarını niteliksel bir yaklaşımla değerlendirmektir.

Yöntem: Niteliksel tipte ve fenomenolojik olarak tasarlanan araştırma için amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak 11 şizofreni tanısı olan hastanın ebeveyni ile çevrimiçi derinlemesine görüşmeler gerçekleştirılmıştır. Katılımcılar gönüllülük esasına göre kartopu yöntemi ile seçilmiştir. Görüşmelerin transkripte edilmesi sonrasında Atlas.ti programı ile tematik analiz yapılarak kod listesi; çıkan kodlara göre de alt temalar ve ana temalar oluşturulmuştur.

Bulgular: Araştırmada yaş ortalaması 67,6 (53-76 yaş) olan 11 katılımcı (9 anne, 2 baba) ile görüşülmüş ve dört ana tema belirlenmiştir: Tanı süreci, Stigmatizasyon, Şizofreni ile yaşamın zorlukları, Şizofrenide sosyal destek. Katılımcılar, tanı sürecinde bilgi eksikliği yaşadıklarını, hastalığın okul ve iş yaşamını hızla olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Katılımcıların hemen hepsi çevreleri, arkadaşları ve akrabaları tarafından dışlandıklarını, sosyal ilişkilerinin büyük ölçüde kesildiğini bildirmiştir. Ayrıca, doktorların dahi kendilerine karşı önyargıyla yaklaştığını belirtmişlerdir. Hastaya ilgilenen aileler ciddi maddi ve manevi zorluklarla karşılaşmış, tükenmişlik belirtileri gösterdiği görülmüştür. Katılımcıların büyük çoğunluğunun aile hekimleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, devlet destekli kurumlar ve hasta dernekleri aracılığıyla süreci yönetmeye çalışıkları görülmüştür. Özellikle aile hekimlerinin kendilerine destek olmaya çalışıklarını ancak süreçte sadece yönlendirme yapabildikleri belirtilmiş olup aile hekimliklerinde psikiyatrik hastaların yönlendirilebilmeleri için psikolog bulundurulması gereğinin de altı çizilmiştir.

Sonuç: Şizofreni tanısı alan bireylerin ebeveynleri hem tanı sürecinde hem de sonrasında sosyal dışlanma ve stigmatizasyona maruz kalmaktadır. Araştırmada aile hekimliklerinde psikolog bulundurulmasının hastaların daha etkin yönlendirilmesi ve desteklenmesi açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. Şizofreni hastalarının ve bakım verenlerinin süreci daha sağlıklı yönetebilmeleri için özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı alanında daha kapsamlı destek mekanizmalarının oluşturulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, stigmatizasyon, ruh sağlığı, birinci basamak



SS-10

Aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının kültürel yeterlilikleri

Firdevs Kuzu¹¹, Yasemin Yiğit¹²

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarında kültürel yeterlilik ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı araştırma olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın, evrenini İç Anadolu Bölgesi'nde bulunan bir il merkezi aile sağlığı merkezlerinde çalışan tüm sağlık çalışanları oluşturmuş olup, aile sağlığı merkezi sağlık çalışanı toplam sayısı 233'tür. Bu evren için % 95 güven aralığında, \pm % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyülüklüğü 145 olarak hesaplanmıştır. Araştırma 15 Ocak–15 Nisan 2024 tarihleri arasında, araştırmaya katılmayı kabul eden (gönüllü) ve aydınlatılmış onamı alınan sağlık çalışanlarına uygulanmış olup, 150 kişi ile tamamlanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında “Soru formu”, “Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin kültürel yeterlilik ölçüği” olmak üzere iki form kullanılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul izni ve kurum izni alınmıştır.

Bulgular: Sağlık çalışanlarının ($n=150$) yaş ortalaması $38,69 \pm 7,461$ 'dir. Meslek dağılımları olarak %39,3'ünü doktor, %32,7'sini ebe, %26,7'sini hemşire ve %1,3'ünü de paramedik oluşturmaktadır. Çalışanların %57,3'ü farklı kültürden bireylelere hizmet vermektedir. “Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin kültürel yeterlilik ölçüği” toplam puanı $67,91 \pm 15,33$ 'dır. Ölçeğin alt başlıklarından “Kültürel beceri” puanı $27,21 \pm 7,09$, “Kültürel bilgi” puanı $26,05 \pm 6,20$ ve “Kültürel duyarlılık” puanı ise $14,65 \pm 3,38$ şeklindedir. Sağlık çalışanlarının farklı kültürden bireylelere hizmet verme durumları arasında kültürel yeterlilik puanı ve alt boyutlarından kültürel bilgi ve kültürel duyarlılık puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

Sonuç: Sağlık çalışanlarının kültürel yeterliliklerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarında kültürel yeterlilik ile ilgili farkındalıklarının artırılmasına yönelik uygulamaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kültürel yeterlilik, Birinci basamak, Sağlık çalışanı.



SS-11

Birinci basamakta çalışan hemşirelerin ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi

Sena Okten¹³, Melike Ekici Erdem¹⁴, Gaye Temirhan¹⁵

Amaç: Bu derlemenin amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan müdahaleleri gözden geçirmektir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek, sağlık sistemlerinin kalitesi için dünya genelinde bir zorunluluk haline gelmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yenilenmesine olan ilgi, mali kaygıların yanı sıra halkın sağlık hizmetleriyle ilgili beklenileriyle de yönlendirilmektedir. Aynı zamanda, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik artan talepler ve performansın artırılması yönündeki baskılar, birinci basamak sağlık çalışanları üzerinde ek stres yaratmaktadır. Birinci basamakta çalışan hemşirelerin yaşadığı başlıca sorunlar; görev ve unvan sorunları, hak ve ücret problemleri, hizmet içi eğitim eksiklikleri, fiziksel ve altyapısal eksiklikler, şiddet ve güvenlik sorunları, aşırı yük ve rol belirsizliği, mesleki doyum sorunları, örgütlenme ve destek eksikliği olarak sıralanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler arasında duygusal tükenmişlik oranlarının yüksek olduğu; kaygı ve depresyon riskinin arttığı belirtilmektedir. Hemşirelerin ruh sağlığının güçlendirilmesinin bakım sonuçları üzerinde önemli bir etkisi vardır. Yapılan çalışmalara göre zayıf ruh sağlığına sahip hemşirelerin tıbbi hata yapma olasılıkları daha yüksek olup, bu durum hastalarla ve diğer çalışanlarla işbirliği yapma düzeyini ve hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir. Hemşirelerin yaşadıkları problemlere yönelik ruh sağlığını geliştirebilecek müdahaleleri içeren çalışmalarda; profesyonel kimliği güçlendirmeyi, sağlık ve yaşam kalitesini artırmayı ve tükenmişliği önlemeyi amaçlayan bilişsel davranışçı terapi, farkındalık temelli stres azaltma, günlük tutma, web tabanlı stres yönetimi, nefes egzersizleri ve yoga gibi çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik ve stresi azaltabilecek bu müdahalelerin, hemşirelerin yaşadığı çeşitli ruhsal sorunlara destek olabileceği ortaya konmuştur.

Sonuç: Hemşirelerin psikolojik olarak güçlendirilmesinin ve mesleki stresin azaltılması, hasta bakım kalitesini artırmada önemli bir strateji olduğu ortaya koyulmaktadır. Birinci basamakta çalışan hemşirelerin karşılaştığı başlıca sorunların çözülmesine yönelik politik düzeyde düzenlemeler ve yüksek kanıt düzeyine sahip psikoeğitim müdahaleleri gereklidir.

Anahtar Kelimeler: birinci basamak, ruh sağlığı, hemşireler



SS-12

Koruma (Gizlilik) Kararı, Kadın ile Çocuklarını Sağlık Hizmetlerinden de Uzak Tutuyor!!

Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Kadına Yönelik Şiddeti Önleme Grubu Adına

Özlem Kayacan Aksoy¹, Elvan Tibet², Ayşe Tek Taşlıoğlu³, Pemra Cöbek Ünalan⁴

¹Hemşire, Geyikli Aile Sağlığı Merkezi, Çanakkale

¹Aile Hekimi, Sultanbeyli, 3No'lu Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul

³Sosyal Çalışmacı, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, İstanbul

⁴Profesör, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, İstanbul

Amaç: Şiddet mağduru kadınlar için uygulamadaki Koruma (gizlilik) kararı nedir ve sağlık hizmet sunumunu nasıl etkilemektedir? Sorusunun cevabını bulmak ve bu kişilere birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması noktasında çalışanların zorluklarını ve çözüm olanaklarını tartışmak.

Yöntem: Olgu tartışması ve kısa derleme

Bulgular: 33 yaşında kadın, yanında 2.evliliğinden olan 4,5 yaşındaki oğlunun izlemi için Aile Sağlığı Merkezine geliyor. Bu hizmet için oğlunun kayıtlı olduğunu öğrendiği hemşireye başvuruyor. Hemşire her zaman yaptığı gibi çocuğun aşıları için annenin de gelmiş olmasını bir fırsat bilerek 15-49 yaş üreme çağındaki kadın sağlığı konusunda bilgilendirmek istiyor. Bu amaçla kadının kayıtlarına ulaşabilmek için aile hekimini sorduğunda bu olgu tartışmasına konu olan hikayeyi ancak öğrenebiliyoruz. Kadın önce aile hekiminin bu yerleşim yerinde olmadığını belirtiyor. Hemşire hanım başvuran tercih ederse kaydının alınabileceğine bilgisini veriyor. Kadın ilk evliliği ile ilgili olarak hakkında koruma (gizlilik) kararı bulunduğu bu nedenle kimlik kaydının tarafımızca bulunamayacağını zaten kendisinin de yapılan 15-49 yaş izleminin kayıt altına alınmasını, buraya başvurduğunun, buraya kayıtlı hasta olduğunun bilinmesini istemediğini belirtti.

Sağlık çalışanı karşısındaki başvuranın olağan hizmetleri sunması gereken bir kadından çok daha karmaşık problemleri olabilecek bir kişi olduğunu düşünürken bir taraftan da hiçbir şekilde ona sağlık hizmeti sunamamanın sıkıntısını yaşadı. En azından başvuranın öyküsünü alarak olabilecek akut problemleri atlamamak gayreyle görüşmeye devam etti.

-Bilinen bir hastalığınız var mı?

-Evet FMF hastasıyorum aslında ilk evliliğim sırasında raporlanmış ilaçlarım var. Ama ne düzenli kontrollerime gidebiliyor ne de ilaçlarımı alabiliyorum. Hastane kayıtları, MHRs sistemi ya da ASM'lerin kullandığı sistem beni görmüyor. TC'mi kabul etmiyor, zaten ben de kaydımı hiçbir yere vermek istemiyorum. Şurada huzur buldum biraz...adresimin, telefon numaramın anlaşılmasını istemem. Her işimi yeni eşimim telefon numarası üzerinden hallediyorum Allah razi olsun.

-Hiç aile hekimliğine gider miydiniz? ASM'den sunulan sağlık hizmetlerini tanıyor musunuz?

-Hayır bilmiyorum. Aşilar var çocuklar için...Daha önce de gitmedim, çünkü eski eşim oradaki doktoru tanııyordu, beni takip eder diye düşündüm. Herkesle konuşmam, görüşmem bir arkadaşıyla komşumla doktora gitmem, oradan telefonuma mesaj gelmesi bile olay olurdu. Aman laf etmesin, aleyhime kullanmasın dedim. Bana sen hastasin, ne sık doktora gidiyorsun, eve ve çocuklara bakamiyorsun falan



diye bir sürü laf ediyordu... O yüzden Hastaneye gitmeyi tercih ediyorum. Daha büyük, daha kalabalık, bence daha güvenli...

-Pekiyi ASM'lerde yapılan rahim ağzı ve meme kanseri taramaları var. Bunları bilir misin? Hiç yaptırdın mı?

-Duymuştum ama yaptırmadım. Ben eskiden MHRS üzerinden ve 182'den randevu alabilirdim. Ama şimdi alamıyorum. Randevusuz gittiğim zaman aile hekimi zaten bakmıyor, bakmayı kabul etse kaydımı açamıyor, TC'mi giremiyor, beni sisteme göremeyince zaten boş veriyor ya da ben durumumu söylediğimde çekiniyor, bunu ben çözmem sen hastaneye git en iyisi diyor... o yüzden hiç gitmiyorum bile... Çok mecbur bir durum olursa randevusuz hastaneye gittiğimde bazen muayene olmak istediğim hekime ulaşabiliyorum ondan beni muayene etmemi kabul ettiğine dair bir kağıt alıyorum. Hastanede ismîme giriş yapılırken sorun yaşıyor ve her seferinde elimde koruma kararı ile kapı, kapı dolaşıyorum. Sekreterlere, bilgi işlem birimine dert anlatıyorum. Yine de hiçbir kademedede sorunum çözülemediği durumda başhekime kadar çıkıyorum. Aslında bir süre kaldığım korunma evindeyken yöneticiler yanımızda bir psikolog ya da sosyal çalışmacıyla birlikte bizi hastanede muayeneye randevusuz da olsa gönderebiliyorlardı, elimizdeki evraklarla e-nabız gibi eski dosyalarımız bir süreliğine açılıp doktorlar eski ilaç, tetkik ve muayenelerimizi görüp sonra tekrar gizleniyordu. Ama ben tek başına bunları anlatamam ki... Her şeyi baştan anlat... offf, zaman, eziyet, moralsizlik, tedirginlik, herkesin de mesaisini harciyorum... herkes için bir sorun, bir gerginlik benim orada olmam. Koruma kararı ile sağlık hizmeti alabilmek tam bir karmaşa.

Sonuç: Kayıtlı olduğu aile hekimi tarafından artık aranamayan, ikametgahı takip edilemeyen, kronik hastalığı olmasına rağmen birinci basamakta yapılan takip ve taramaların dışında kalan, jandarma, polis, hastane, SGK, e-nabız hiçbir yerde hiçbir kimlik bilgisi gözükmediği için işlem yaptıramayan bu kadını biz bilmeden görmezden geliyoruz. Oysa şiddet mağduru olan kadın ve çocukların tüm toplum bireylerine sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmalı hatta birinci basamak çalışanları tarafından fark edilerek daha da özenle ve yoğun olarak bu hizmetler kendilerine ulaştırılmalıdır.

Bu olguda aile hekiminin hastalarının sağlık savunuculuğunu yapmak, mahremiyetini korumak ve temel sağlık hizmetlerini sunmak gibi asli görevlerinden nasıl söz edebiliriz? Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları A ve B sınıfı ASM sekreterleri "ulaştıkları ASM'ye kayıtlı olmasalar bile hakkında koruma kararı olan kişilere ulaştıkları merkezin sağlık hizmeti sunmakla yükümlü olduğunu" biliyor mu? Bu zor, karmaşık ve işlerde yerel sağlık otoriteleri ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Şiddet Önleme ve İzleme Merkez'leri (ŞÖNİM) arasındaki koordinasyon rolünü yürütebilecek bilgi ve donanıma sahip mi?

Kadına yönelik şiddet mağdurları için hâkim tarafından ve kolluk amiri tarafından verilebilecek önleyici tedbir kararları arasında olan koruma kararı kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşmasını etkilemektedir. Birinci basamak sağlık çalışanı olarak bunun farkında olarak çözüm yollarını bilmek ve sorumluluklarını yerine getirmek için öğrenmek, dayanışma içinde olarak güçlenmek zorundayız.

Anahtar sözcükler: Kadına şiddet, birinci basamak sağlık hizmetleri, gizlilik kararı



SS-13

Bağımlılıkla Mücadelede Birinci Basamakta Yürütülen Faaliyetler: Bir Sağlıklı Hayat Merkezi Örneği

1 Said Aktaş¹⁶, 2 Öznur Altuntaş Bıyıklı¹⁷, Emrullah Şanlan¹⁸

Özet

Giriş-Amaç

Sağlıklı Hayat Merkezleri; ülke genelinde aile hekimliği hizmetlerini desteklemeyi ve güçlendirmeyi (sağlık danışmanlığı, röntgen, laboratuvar gibi), birinci basamakta hekimlik dışı sağlık hizmetlerine (diyetisyenlik hizmetleri, psiko-sosyal destek hizmetleri, fizyoterapi, çocuk gelişimine yönelik hizmetleri gibi) erişimi kolaylaştırarak hastaneye yığılmadan önce geçmeyi, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmeyi; hâlihazırda sağlık beslenme ve hareketli yaşam programı çerçevesinde yürütülen hatalı beslenme alışkanlıklarını ve obezite ile mücadele etmeyi; toplumun yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıklarını kazandırmayı amaçlamaktadır.

Bu çalışmada 2017-2024 yılları arasında bir sağlıklı hayat merkezinde ruh sağlığı ve bağımlılık birimi ekiplerince yürütülen çalışmaların incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışma tanımlayıcı retrospektif tipte olup veriler 2017-2024 yılları arasında İstanbul Çekmeköy İlçe Sağlık Müdürlüğü Çekmeköy Sağlıklı Hayat Merkezi Ruh Sağlığı ve Bağımlılık Biriminin yürüttüğü hizmetlerden elde edilmiştir.

Bulgular

2024larındaki danışanların sosyodemografik özellikleri incelendiğin %90'ı erkeklerden oluşmakta olup en yaş grubu %33 ile 30-37 yaş arasındaki danışanlar olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Sağlıklı Hayat Merkezinde sunulan hizmetler incelendiğinde pandemi ve deprem dönemi ile birlikte bir azalma görülmekte olup 2024 yılında danışan ve danışmanlık hizmetlerinde tekrar artış gözlenmektedir (Tablo 2). Danışanın ilk görüşme sonrası takibi ve danışanların tek olarak değil ailesiyle beraber değerlendirilip desteklenmesi bağımlılıkla mücadelede entegre yaklaşımın bir sonucu olarak ilk defa danışan sayısının yaklaşık 8,5 katı kadar hizmet sunumu saptanmıştır.

Danışanlar ile kurumda görüşmeler dışında telefonda görüşmeler ve ev ziyaretleride gerçekleştirilerek kişilerin sosyoekonomik durumları ve ortaya çıkabilecek problemleri yakından takip etmek için toplam 41 ev ziyareti, 1728 telefon görüşmesi gerçekleştirılmıştır. telefon görüşmelerinin 888 tanesi kolluk kuvvetleri, sağlık kurumları ve sosyal hizmetler gibi kurumlarla entegre yaklaşım kapsamında yürütülmüştür (Tablo 3).



Sonuç

Çekmeköy ilçesinde 2017-2024 yılları arasında 415 yeni başvuran sayının 8 katından fazla toplam 3505 kez bağımlılıkla mücadele kapsamında rehberlik ve psikososyal danışmanlık hizmeti sağlanmıştır. Son 2024 yılı özelinde danışanların 10'da 9'u erkeklerdir. Sağlıklı Hayat Merkezine danışanlar en çok merkez yerleşim bölgelerinden kuruma yakın mahallelerden gelenlerdir.

Giriş

Sağlıklı toplum amacı doğrultusunda fonksiyon üstlenen sağlık sistemlerinin tamamında öne çıkan hizmet alanlarından birisi koruyucu sağlık hizmetleridir. Bu hizmet alanı kapsamında kişiye ve çevreye yönelik birtakım sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Özellikle kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin içerisinde bağışıklama, erken tanı, beslenme, sağlık eğitimi ve aile planlaması gibi hizmetler öne çıkmaktadır. Bu noktadan hareketle 2017 yılında Türk sağlık sistemine entegre edilen yeni birimlerden birisi, Sağlıklı Hayat Merkezleridir (SHM). Bu merkezler sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumun korunması, sağlıklı hayat tarzının teşvik edilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve de bu hizmetlere ulaşımın kolaylaştırılması amacıyla oluşturulan ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı ek hizmet birimi olarak faaliyet gösteren çok amaçlı yapılardır (Sezer Korucu ve ark.2023).

Sağlıklı Hayat Merkezleriyle; ülke genelinde aile hekimliği hizmetlerini desteklemeyi ve güçlendirmeyi (sağlık danışmanlığı, röntgen, laboratuvar gibi), birinci basamakta hekimlik dışı sağlık hizmetlerine (diyetisyenlik hizmetleri, psiko-sosyal destek hizmetleri, fizyoterapi, çocuk gelişimine yönelik hizmetleri gibi) erişimi kolaylaştırarak hastaneye yığılmannın önüne geçmeyi, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmeyi; hâlihazırda sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam programı çerçevesinde yürütülen hatalı beslenme alışkanlıklarını ve obezite ile mücadele etmeyi; toplumun yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıklarını kazandırmayı amaçlamaktadır.

Merkezin fiziki yapısı doğrultusunda sunulan hizmetler; 1. Beslenme Danışmanlığı 2. Kronik Hastalıklar ve Fiziksel Aktivite Danışmanlığı 3. Kadın ve Üreme Sağlığı Danışmanlığı 4. Kanser Erken Teshis, Tarama ve Eğitim Merkezi (Ketem) Danışmanlığı 5. Ruh Sağlığı Danışmanlığı 6. Çocuk ve Ergen Sağlığı Danışmanlığı 7. Tütün ve Madde Bağımlılığı Danışmanlığı 8. Enfeksiyon Kontrol Hizmetleri 9. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Danışmanlığı 10. Tibbi Hizmetler 11. İdari Hizmetler olarak sıralanabilir.

SHM'lerin hedefinde yalnızca hasta bireyler değil, aynı zamanda sağlıklı olanlar da bulunmaktadır. SHM'lerde sunulan hizmetler vatandaşlara kapsayıcı olarak sunulmakta ve onları hem güçlendirmekte hem de yeni alışkanlıklar kazandırmaktadır. Vatandaşların gereksinim duyduğu alanlarda sunulan hizmetler ile sürekli eğitim ve danışmanlık sağlanmaktadır. Eğitimler yalnızca vatandaşlara sunulmamakta sağlık çalışanlarına yönelik sağlık eğitimleri de verilmektedir. Yapılan tüm uygulamalar hem sağlık okuryazarlık düzeyini artırmakta hem de sağlığı geliştirmektedir (Durmuş 2022).

Bu çalışmada 2017-2024 yılları arasında bir sağlıklı hayat merkezinde ruh sağlığı ve bağımlılık birimi ekiplerince yürütülen çalışmaların incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışma tanımlayıcı retrospektif tipte olup veriler 2017-2024 yılları arasında İstanbul Çekmeköy İlçe Sağlık Müdürlüğü Çekmeköy Sağlıklı Hayat Merkezi Ruh Sağlığı ve Bağımlılık Biriminin yürüttüğü hizmetlerden elde edilmiştir.



Bulgular

2024 yılındaki danışanların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde %90'ı erkeklerden oluşmakta olup en sık yaş grubu %33 ile 30-37 yaş arasındaki danışanlar olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. 2024 Yılı Danışanların Sosyodemografik Özellikleri

Cinsiyet	n	%
Erkek	327	90
Kadın	38	10
Toplam	365	100
Yaş	n	%
18-25	68	19
26-29	74	20
30-37	119	33
38 Yaş Üstü	87	24
18 Yaş Altı	10	3
Yaş Bilgisine Ulaşılamadı	6	2
Toplam	364	100

Sağlıklı Hayat Merkezinde sunulan hizmetler incelendiğinde pandemi ve deprem dönemi ile birlikte bir azalma görülmekte olup 2024 yılında danışan ve danışmanlık hizmetlerinde tekrar artış gözlenmektedir (Tablo 2). Danışanın ilk görüşme sonrası takibi ve danışanların tek olarak değil ailesiyle beraber değerlendirilip desteklenmesi bağımlılıkla mücadelede entegre yaklaşımın bir sonucu olarak ilk defa danışan sayısının yaklaşık 8,5 katı kadar hizmet sunumu saptanmıştır.



Tablo 2. Bağımlılık Danışma Birimi Tarafından Sunulan Danışmanlık Hizmetleri

Sunulan Danışmanlık Hizmetleri	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	GENEL TOPLAM
Bağımlılık Birimine İlk Defa Başvuran Danışan Sayısı	131	75	42	33	28	40	16	44	415
Danışanlara Sunulan Danışmanlık Hizmeti Sayısı	293	194	145	155	130	18	137	63	1084
Aileye Sunulan Danışmanlık Hizmeti Sayısı	236	321	255	101	90	137	137	200	1499
Aileye ve Kişiye Birlikte Sunulan Danışmanlık Hizmeti Sayısı	59	96	25	16	20	155	1	59	444
Bağımlılık Birimi Tarafından Sunulan Danışmanlık Hizmeti Toplam Sayıları	719	686	467	305	268	350	291	366	3505

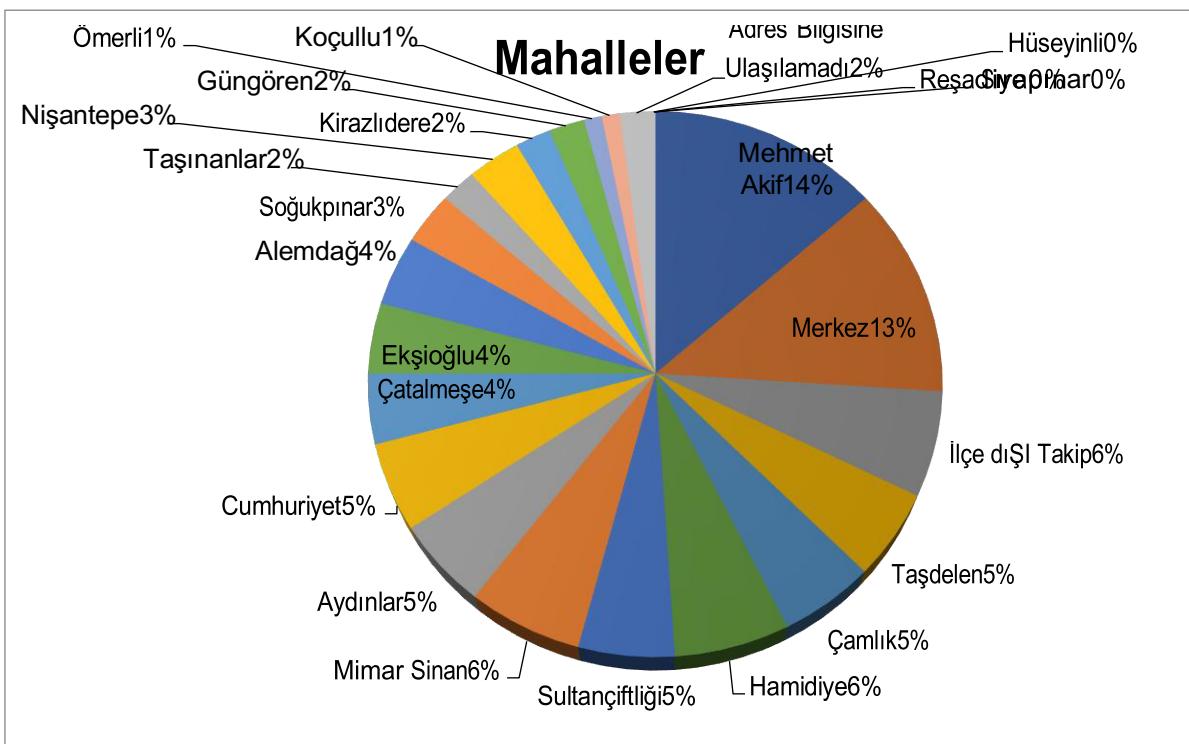
Danışanlar ile kurumda görüşmeler dışında telefonda görüşmeler ve ev ziyaretleri de gerçekleştirilerek kişilerin sosyoekonomik durumları ve ortaya çıkabilecek problemleri yakından takip etmek için toplam 41 ev ziyareti, 1728 telefon görüşmesi gerçekleştirılmıştır. Telefon görüşmelerinin 888'i kolluk kuvvetleri, sağlık kurumları ve sosyal hizmetler gibi kurumlarla entegre yaklaşım kapsamında yürütülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. Bağımlılık Danışma Birimi Motivasyonel Telefonda Görüşme İstatistikleri

Motivasyonel İstatistikleri	Telefon Görüşme	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	GENEL TOPLAM
Danışanla Gerçekleştirilen Motivasyonel Görüşme Sayısı	İstatistik tutulmamıştır	94	23	10	7	24	34	192	
Aileyle Gerçekleştirilen Motivasyonel Görüşme Sayısı	113	221	86	43	8	160	17	648	
Kurumlarla Gerçekleştirilen Görüşme Sayısı	307	235	161	28	26	70	61	888	
Görüşme Toplam Sayıları	420	550	270	81	41	254	112	1728	



2024 yılında Çekmeköy ilçesindeki danışanların mahallelere göre dağılımları incelendiğinde en çok Mehmet Akif ve Merkez Mahallesinden danışanların olduğu saptanmıştır (**Grafik 1**).



Tartışma

Çekmeköy ilçesinde 2017-2024 yılları arasında 415 yeni başvuran sayının 8 katından fazla toplam 3505 kez bağımlılıkla mücadele kapsamında rehberlik ve psikososyal danışmanlık hizmeti sağlanmıştır. Son 2024 yılı özelinde danışanların 10'da 9'u erkeklerdir. Cinsiyet açısından alanda Fiona ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmasında bağımlıların 3'te 2'si erkekti (Fiona ve ark. 2011). Yurt dışında yürütülen bir başka çalışmada benzer şekilde erkek cinsiyet daha ağırlıkta olup erkek cinsiyet madde bağımlılığını artıran bir risk faktörü olarak saptanmıştır (Swendson ve ark. 2009). Çalışmamız bu açıdan literatürdeki veriler ile uyumludur.

Sağlıklı Hayat Merkezinin ilçe merkezindeki lokasyonu ve nüfus yoğunluğu göz önüne alındığında en çok başvurular beklenen şekilde ilçenin merkez lokasyonunda yer alan Mehmet Akif ve Merkez Mahallesinden olmuştur. Perifer kırsal bölgelerden başvurular çok düşük düzeydedir. Bu alanda literatür incelendiğinde kişilerin sağlık tesislerini seçmedeki önemli nedenlerden biri erişebilir ve maliyet etkili bir hizmetin alınabilmesidir (Doghater et al. 2003; Şantaş ve ark. 2016). Bu konuda perifere sağlık hizmetinin sunulmasına yönelik imkanlar zorlanarak mobil hizmetler, taşınaklı hizmetler veya aile sağlığı merkezlerinde randevulu hizmetlerle ruh sağlığı hizmetlerinin götürülmesi düşünülebilir.

Çalışmamızda danışanalar yaş gruplarına göre incelendiğinde en çok 30-37 yaş arasında dağılım görülmektedir. Danışanların yarısından fazlası ise 26-37 yaş aralığındaki genç nüfustandır. Literatürde



alkol ve madde bağımlılığı risk faktörü için geniş bir yaş aralığı tanımlanmıştır. Farklı illerden 369 kişi ile kartopu örnekleme ile yapılan bir araştırmada yaş ortalamaları uçucu madde kullanıcıları için 18,9, esrar kullanıcıları için 32,4, eroin kullanıcıları için 32,3, hap使用者ları için 30,3 bulunmuş olup çalışmaya alınan en genç kullanıcının 14 yaşında olduğu (Ögel ve ark., 1999), 1983-1995 yılları arasındaki AMATEM verilerini inceleyerek yapılan bir araştırmada tüm maddeler göz önüne alındığında, 15-25 yaş aralığı genel olarak en çok belirtilen maddeye başlama yaş aralığı olduğu (Türkcan, 1998) belirtilmektedir. Türkiye'de genel nüfusta bugüne kadar yapılan en kapsamlı madde kullanım yaygınlığı araştırması, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı Gözleme Merkezi (TUBGM) tarafından 2011 yılında yapılmıştır. TUBGM 2011 raporuna göre Türkiye'de 15- 64 yaş grubu nüfusta herhangi bir yasa dışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir kere denenme oranı %2,7'dir (Özen Bekar, 2014). Coşkun ve Çakmak (2005) yapmış oldukları araştırmada alkol ve madde başlama yaşıının minimum 13 maksimin 29 olduğunu tespit etmişlerdir. Bağımlılığın İnsan hayatında en verimli ve en sağlıklı olduğu yaş aralığında daha sık görülmeli gelecek nesilleri her türlü bağımlılıktan korumak adına büyük öneme sahiptir.

Sonuç ve Öneriler

Cekmeköy ilçesinde 2017-2024 yılları arasında 415 yeni başvuran sayının 8 katından fazla toplam 3505 kez bağımlılıkla mücadele kapsamında rehberlik ve psikososyal danışmanlık hizmeti sağlanmıştır. Son 2024 yılı özeline danişanların 10'da 9'u erkeklerdir.

Sağlıklı Hayat Merkezinin ilçe merkezindeki lokasyonu ve nüfus yoğunluğu göz önüne alındığında en çok başvurular beklenen şekilde ilçenin merkez lokasyonunda yer alan Mehmet Akif ve Merkez Mahallesinden olmuştur. Perifere sağlık hizmetinin sunulmasına yönelik imkanlar zorlanarak mobil hizmetler, taşılmalı hizmetler veya aile sağlığı merkezlerinde randevulu hizmetlerle ruh sağlığı hizmetlerinin götürülmesi düşünülebilir.

Danişanların yarısından fazlası ise 26-37 yaş aralığındaki genç nüfustandır. Hayat boyu en verimli ve en sağlıklı olduğu yaş aralığında bağımlılık sorunlarının daha sık görülmeli gelecek nesilleri her türlü bağımlılıktan korumak adına büyük öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler

Bağımlılık, Sağlıklı Hayat Merkezleri, Birinci Basamak Ruh Sağlığı Hizmetleri

Kaynaklar

- 1) Sezer Korucu ve ark.2023. Sağlık Hizmetlerinde Sağlıklı Hayat Merkezleri Farkındalığı Üzerine Bir Araştırma: Isparta Örneği. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD). 10 (3).523-544.
- 2) Durmuş A. 2022. Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Değerlendirmeler-1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi: Sağlıklı Hayat Merkezleri Bölüm 3. Editörler: Şahna E, Akgül H, Selamoğlu Z.
- 3) Doghater A.H., Abdelrhman B. M., Saeed A. A. ve Magzoub M. E. (2003) Factors Influencing Patient Choice of Hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health 123(2): 105-109.
- 4) Şantaş, F., Kurşun, A., & Kar, A. (2016). Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(1), 17-33.



- 5) Fiona L. Shand A, Degenhardt L, Slade T, Elliot C, Nelson B. 2011. Sex differences amongst dependent heroin users: Histories, clinical characteristics and predictors of other substance dependence. *Addictive Behaviors*. 36: 27–36.
- 6) Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, et. al. Socio-demographic risk factors for alcohol and drug dependence: the 10-year follow-up of the national comorbidity survey. *Addiction*. 2009; 104(8): 1346–1355
- 7) Ögel, K., Tamar, D., Evren, C. ve Sır, A. (1999). Madde kullanımı ve suç. 3P Dergisi, Aralık Ek Sayı
- 8) Türkcan, A. (1998). Türkiye'de Madde Kullananların Profili: Hastane Verilerinin Güncelenmesi. *DüGünen Adam*, 11 (3), 56-64.
- 9) Özén Bekar, E. (2014). Bağımlılık yapıcı madde kullanımı olan hemÇireller ve hemÇirelik hizmetleri yönetiminin yaklaşımı: bir literatür incelemesi. *Sağlık ve HemÇirelik Yönetimi Dergisi*, 1 (1), 43-47.
- 10) Coşkun, B. ve Çakmak, D. (2005). Alkol ve madde bağımlılarının grup psikoterapisinde psikodramanın kullanılması. *Bağımlılık Dergisi*, 6 (3), 103-110.



SS-14

Kronik hastalıkların yönetiminde hemşire temelli modeller: Uluslararası örnekler ve uygulamalar

Gaye Temirhan¹⁹, Melike Ekici Erdem²⁰, Sena Okten²¹

ÖZET

Amaç: Bu derlemenin amacı, uluslararası düzeyde hemşire liderliğinde uygulanan kronik hastalık yönetimi modellerinin etkinliğini ve bu modellerin hasta bakımında sağladığı iyileşmeleri incelemek ve ülkemizde bu modellerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde nasıl uygulanabileceğini gözden geçirmektir.

Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte artan kronik hastalıklar ve bakımın giderek daha karmaşık hale gelmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bakım performansının güçlendirilmesini gerektirmektedir. Literatürde hemşirelerin, kronik hastalıklara sahip bireylerin ihtiyaçlarına yanıt verme konusunda, özellikle etkili yaşam tarzı müdahaleleri sağlama ve hasta odaklı bir yaklaşım benimsene açısından önemli bir rol oynayabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Uluslararası düzeyde kronik hastalıkların yönetiminde hemşire temelli modellerin kullanımının, birinci basamak sağlık hizmetlerinde olumlu sonuçlar ortaya koyduğu görülmüştür. Kronik Bakım Modeli (Chronic Care Model), hastalara öz bakım desteği sağlama, hemşirelere ise vaka yönetimi ve klinik süreçleri etkili bir şekilde gerçekleştirmelerine yardımcı olan organizasyonel bileşenleri içermektedir. Modelde, kronik hastalığı olan bireylerin değişen ihtiyaçlarına daha esnek, tutarlı ve kişiselleştirilmiş bir bakım sunulmasını desteklemekte ve olumlu sağlık sonuçları sağlamaktadır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde Yoğun Birinci Basamak Modeli (Intensive Primary Care) kullanılmış ve modelin uygulandığı tüm hastalarda fiziksel sağlık sonuçlarında iyileşme gözlenmiş, ayrıca hasta aktivasyonu, kronik hastalık için öz-yeterlik, uygulanan sağlık modeline ve hemşireye güven gibi sağlık sonuçlarında önemli iyileşmeler görülmüştür. Kanada'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılan İleri Erişim Modeli (The Advanced Access) Kanada genelinde ve dünya çapında sağlık hizmetlerine zamanında erişimi sağlama aracı olarak büyük ilgi görmüştür. Avustralya'da hemşire liderliğindeki Kronik Hastalık Yönetim Modeli hastaların kronik hastalıklarını yönetme yetenekleri üzerinde olumlu bir etki oluşturmuştur.

Sonuç: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılan hemşire temelli kronik hastalık yönetim modellerinin, hastaların öz-yönetim becerilerini güçlendirdiği, bakım sürecine daha etkin katılım sağladığı ve sağlık sonuçlarını iyileştirdiği görülmüştür. Bu modellerin ülkemizde birinci basamak sağlık hizmet sunumunda benimsenmesi, sağlık hizmetlerinde erişim engellerini azaltabilir ve sağlık eşitsizliklerini gidermeye yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık Yönetimi, Hemşire Temelli Modeller, Kronik Hastalıklar ve Sağlık Sonuçları



SS-15

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşire liderliğinin sağlık ve ekonomik katkıları: Fırsatlar ve engeller

Sena Okten²², Melike Ekici Erdem²³, Gaye Temirhan²⁴

ÖZET

Amaç: Bu derlemenin amacı, hemşirelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde üstlenebilecekleri genişletilmiş rollerinin ve liderlik modellerinin sağlık sonuçları, hasta memnuniyeti ve ekonomik verimlilik üzerindeki olumlu etkilerini gözden geçirmektir.

Hemşireler, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ekonomik ve kaliteli yürütülmesinde önemli bir rol oynarlar. Hemşirelerin birinci basamaktaki rolleri, hizmet sunumunda maliyet etkinliği ve verimlilikten, iyileştirilmiş hasta sonuçlarına kadar çok yönlü avantajlar sunar. Özellikle küresel olarak yaşanan dünyada yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunda profesyonel iş gücünün nicelik ve nitelik bakımından büyük bölümünü hemşireler oluşturmaktadır. İngiltere, Güney Kore, Kanada gibi gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar birinci basamakta hemşirelerin görev ve sorumlulukları arttırdığında hemşire liderli bakımın diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklar da dahil olmak üzere daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşıldığını göstermektedir. Aynı zamanda hemşire liderli birinci basamak bakımın, daha yüksek hasta memnuniyeti ve potansiyel olarak iyileştirilmiş yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu işaret edilmektedir. Bunun yanında birçok ülkede, birinci basamak hemşirelik uygulamalarını temsil etmek için ulusal dernekler kurulmuştur. İzlanda gibi bazı ülkelerin, ulusal dernekleri içinde birinci basamak hemşirelerine özgü profesyonel rollerin tanımlandığı bölgeler vardır. Birinci basamak hemşirelik hizmetlerine özgü bir Derneği olan ülkeler, birinci basamak hemşireliğini ayrı bir hemşirelik uzmanlığı olarak kabul etmiştir. Bu sayede birinci basamakta çalışan hemşirelerin rol tanımları yapılmış, araştırma, eğitim ve politika geliştirmede işbirliği yaparak seslerini duyurma fırsatı sağlanmıştır. Ülkemizde hemşirelerin birinci basamakta genişletilmiş roller üstlenmeleri için ödeme reformu ve uygulama kapsamının açıklığa kavuşturulması, standart hizmet içi eğitim sunulması, aile sağlığı hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarının neler olması gereği gibi konuların ele alınması gerekmektedir. Dünya örnekleri incelendiğinde hemşire liderliğindeki modeller uygulanabilir ve kabul edilebilirdir; uygun eğitim ve düzenleyici sistemlerle desteklendiğinde ülkenin sağlık ve ekonomik sonuçlarına iyileştirici etkisi oalabilir.

Sonuç: Hemşire liderliğindeki modeller birinci basamakta sağlık, ekonomik ve hizmet sunumu sonuçlarını iyileştirebilir ve hastalar ve sağlık hizmet sunucuları tarafından kabul edilebilir.

Anahtar Kelimeler: birinci basamak, sağlık ve ekonomi, hemşire liderliği



SS-16

Aşı Reddi : Küresel sağlığı tehdit eden kriz

Melike Ekici Erdem²⁵, Gaye Temirhan²⁶, Sena Okten²⁷

ÖZET

Amaç: Bu derlemenin amacı, küresel salgınların yeniden canlanması neden olan aşı reddinin dünyadaki güncel durumunu inceleyerek halk sağlığı hemşirelerinin aşı reddi azaltmaya yönelik rolünü gözden geçirmektir.

Küresel bağışıklığın sağlanmasında kritik rol oynayan aşılar, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde etkili araçlardan biridir. Her yıl 2 milyondan fazla insan, aşıların koruyucu etkisi sayesinde hayatını kaybetmekten kurtulmaktadır. Küresel aşılama oranlarının artırılması ise 1,5 milyondan fazla hayatın daha kurtarılmasını sağlayabilir. Ancak, aşı reddi nedeniyle aşı ile önlenebilir hastalıklarda morbidite ve mortalite riski artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2019 yılında aşıların mevcudiyetine rağmen aşı olma konusunda isteksizliği veya reddetmemeyi küresel sağlığa yönelik en büyük tehditlerden biri olarak ilan etmiştir. Son yıllarda aşı reddi nedeniyle dünya çapında aşılama programlarına bağlılıkta ciddi azalmalar bildirilmiştir. DSÖ'nün verilerine göre, kızamık vakaları 2019 yılında %30 oranında artış göstermiş ve daha önce hastalığı ortadan kaldırmaya yaklaşan ülkelerde yeniden salgınlar yaşanmıştır. ABD'de kızamık aşısının reddedilmesiyle 2019 yılında bildirilen vaka sayısı son 25 yılın en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Avrupa'da İtalya ve Romanya gibi ülkelerde binlerce yeni kızamık vakası bildirilmiştir. Türkiye'de ise aşı reddeden aile sayısı 2011'de 183 iken 2019'da 40 bine ulaşmıştır. COVID-19 pandemisi, aşı reddinin küresel bağlamda nasıl evrimleştiğini daha da gözler önüne sermiştir. Literatüre göre aşı reddinin artışındaki en önemli neden, toplumun aşıların etkinliği ve güvenliği konusundaki yanlış inançlarıdır. Deneysel araştırmalar, aşı tereddüdü yaşayan bireylerde hemşire ve hekim müdahalelerinin aşılanma oranlarını artırmada etkili bir araç olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, aşı programlarına ilişkin politika kararlarında şeffaflık sağlanması, halkın salgınları anlamasına yardımcı olunması ve endişelerinin dinlenmesi büyük önem taşımaktadır. Hemşireler, aşı reddiyle mücadelede kritik bir rol oynayarak aşı kabulünü artırmada etkili bir sağlık profesyoneli grubudur.

Sonuç: Aşı reddindeki artışlar yalnızca bireysel sağlık risklerini değil aynı zamanda toplum bağışıklığını da tehdit etmekte, salgın hastalıkların yeniden canlanmasına yol açmaktadır. Halk sağlığı profesyonelleri, özellikle birinci basamakta hizmet sunan hemşirelerin toplumun aşı bilincini oluşturarak aşı reddi azaltmada kritik rol üstlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: aşı reddi, halk sağlığı,hemşire



SS-17

Annelerin Çocukluk Dönemi Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler: Niteliksel Bir Araştırma

¹Nurcan Kolaç ²Seda Güneşli Özdemir ³Ayşe Sezer

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı

²Medical Park Bursa Hastanesi

³Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Özet

Amaç: Aşılar, hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde en etkili yöntemlerden biri olarak kabul edilir. Ancak, aşı karar süreci hem doğrudan, hem de dolaylı olarak birçok faktörün yer aldığı karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle aşı reddini etkileyen belirleyicilerin ortaya çıkarılması, gelecekte bağışıklama oranlarını artırmak için gereklidir.

Yöntem: Bu araştırma annelerin çocukluk dönemi aşı kabulünü etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla niteliksel bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Araştırma 2022- 2024 tarihleri arasında İstanbul ‘da farklı Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olan ve aşı reddi veren annelerle yürütüldü. Araştırmanın örneklemini kartopu yöntemi ile araştırmaya katılmaya gönüllü 17 anne oluşturdu. Üç anne ile yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla derinlemesine görüşme yapıldı. Görüşmede ses kayıt cihazı kullanıldı. Diğer 14 anne yüz yüze görüşmeyi kabul etmediği için yarı yapılandırılmış görüşme formları iletişim adreslerine gönderilerek, sorulara yazılı olarak yanıt vermeleri istendi. Veriler içerik analizi kullanılarak değerlendirildi. İçerik analizi; verilerin kodlanması, ilgili temaların bulunması, bulunan kod ve temaların organize edilmesi, bulguların tanımlanması ve yorumlanması olarak dört aşamada gerçekleştirildi. Veriler her üç araştırmacı tarafından analiz edildi. Araştırmaya başlamadan önce Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden etik kurul izni alındı. (24.04.2019/62). Araştırmacılar niteliksel araştırmalar konusunda eğitim almışlardır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 30.5 tir. Annelerin altısı üniversite, altısı lise, beşi ise ilköğretim mezunudur. Annelerin 11'i ev hanımıdır. Altı annenin bir, dört annenin iki, yedi annenin ise, üç çocuğu vardır. Araştırma da üç ana tema bulundu. Birinci tema ‘’Aşı Reddinin Belirleyicileri’’. Bu tema dört alt temadan oluşmuştur (Aşıya bağlı oluşan hastalıklar, Bağışıklık sistemi, Aşıların yan etkilerine ilişkin risk algısı ve güven, Sağlık inançları) Annelerin tamamına yakını aşıların yan etkilerine ait riskler tanımlamışlardır. Aşıların koruyucu özelliklerine yönelik endişeleri olduğunu ve aşıların gerekli olduğuna inanmadıklarını, çocukların henüz bağışıklık sistemi gelişmediği halde, gereksiz yere çok fazla aşıya maruz kaldığını, çocukların aşı oldukları halde hastalanmaya devam ettiklerini ve aşıların içerdiği maddelerin aşılara olan güven duygusunu ve risk algısını artırdığı bulunmuştur. İkinci tema ‘’Dini İnanışlar’’dır. Bu tema bir alt temadan oluşmuştur (Aşıya karşı kaderci yaklaşım) Annelerin bir kısmında hastalıklardan korunmada dinen önerilen karantina yöntemlerinin yeterli olabileceğini, “her çocuğun kendi kaderini yaşayabileceğini” ve buna müdahale edilemeyeceğini ifade etmişlerdir. Üçüncü tema ise ‘’Aşı Politikaları ve İletişimdir’’ Bu tema üç alt temadan oluşmuştur (Medyada aşı güvenliği ile ilgili tartışmalar, Nüfus azaltma politikaları ve Bilgi eksikliği) Bazı annelerin bilgi sahibi



olmak için, aşılarla ilgili çok fazla bilgiye farklı kaynaklardan, ulaştıkları, özellikle aşı politikalarına yönelik yaygın yanlış bilgi ve düşüncelere sahip oldukları görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler: Annelerin risk algılaması, bilimsel verilerden ziyada, daha çok aşıların yan etkilerine ve içeridiği maddelere odaklanmıştır. Annelerin aşılar konusunda ki, bilgi eksikliği, dünya ve dini görüşleri aşı kabulünü etkilemiştir. Aşıların topluma yararları göz önüne alınarak; annelerin bu yararlar konusunda eğitilmesi ve aşılara güvenlerini artırmaya yönelik daha fazla çaba gösterilmesi gerekmektedir. Sosyal medyada ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında ailelerin bilinç düzeylerini artırmaya yönelik kanıtlı bilgilere ulaşmasının sağlanması ve eğitim stratejilerin toplumun bilinç düzeyini geliştirmeye yönelik olması önerilir

Anahtar Kelimeler: Aşı kabulü, anne, etkileyen faktörler .



SS-18

Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerin Göçmenlere Yönelik Hizmetlerde Karşılaştıkları Zorluklar ve Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma

Seda Güney, Özlem Çiçek Doğan, Remziye Semerci

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, Türkiye'deki aile sağlığı hemşirelerinin göçmenlere sağlık hizmeti sunarken yaşadıkları deneyimler, zorluklar ve hemşirelik yaklaşımını incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Açıklayıcı nitel bir çalışmardır. Göçmelerin sıkılıkla kayıt olduğu İstanbul'da bulunan dört aile sağlığı merkezinde çalışan ve kartopu örneklem belirleme yöntemi ile seçilen 16 hemşire ile yarı yapılandırılmış görüşmeler Ağustos 2024-Eylül 2024 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Nitel araştırma raporlamasında COREQ kontrol listesi kullanılmıştır. Veriler, temel zorlukları ve stratejileri belirlemek amacıyla tematik analiz yöntemiyle incelenmiştir. Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurul'undan izni alınarak (no:2024.253.IRB3.104) bu çalışma yürütülmüştür.

Bulgular: Tematik analiz sonucunda beş ana tema ortaya çıkmıştır: dil ve iletişim sorunları, sağlık hizmetlerinde kültürel farklılıklar, sağlık hizmetlerine erişim ve sistemsel sorunlar, uyum ve sağlık davranışları, hemşirelerin başa çıkma yaklaşımları ve uyum süreci. Hemşireler, göçmenlerle ilk etkileşimlerinde dil bariyerlerini en büyük zorluklardan biri olarak tanımlamıştır. Bazı göçmenler Türkçe öğrense de, çoğu hâlâ çeviri hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Aile planlaması ve çocuk bakımı gibi konulardaki kültürel farklılıklar tıbbi yönergelerle çelişerek hemşirelerin bakım sunumunu ve eğitim vermelerini zorlaştırmıştır. Kimlik ve vatandaşlık sorunları gibi sistemsel engeller, hizmetlerin sürekliliğini kesintiye uğratmıştır. Hemşireler göçmenler arasında aşı uygulamalarına uyumun arttığını gözlemlemiştir. Hemşireler, dil ve kültürel engelleri aşmak için arapça bilen yakın çevredeki tanıdıklarını ve çeviri yapan dijital araçları kullanarak uyum sağlamaya çalışmıştır.

Sonuç: Bu çalışma, birinci basamak hemşirelik uygulamalarında kültürel yetkinlik ve dil desteği entegrasyonunun göçmenlere sunulan bakımını iyileştirmek için gerekli olduğunu vurgulamaktadır. Özellikle aile planlaması ve bebek ve çocuk bakım konularında bu oldukça önemlidir. Hemşirelerin göçmenlerle etkili iletişim kurması, sağlık taramaları, sağlık farkındalığı oluşturabilmeleri ve sağlık eğitimleri sunabilmeleri için hizmet alanlarının kendi aile üyeleri dışında profesyonel tercuman desteği verilmesi veya çeviri teknolojilerinin ücretsiz kullanıma sunulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Göçmenler, Hemşireler, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Nitel Araştırma



WORKSHOP ÖZETLERİ



28 Şubat 2025 Cuma

Birinci Basamakta Bebek Beslenmesinde Sık Rastlanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Moderatörler: Doç. Dr. Şule Aktaş¹, Dr. Öğr. Üyesi Döndü Kurnaz²

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Özet

Yaşamın ilk yılı, büyümeye ve gelişmenin en hızlı olduğu, beslenmenin yaşamsal önem taşıdığı bir dönemdir. Bu süreç, yalnızca fiziksel gelişim açısından değil, aynı zamanda bilişsel, bağışıklık ve metabolik sağlık üzerinde de kalıcı etkiler yaratmaktadır. Bu kritik dönemde bebeklerde yaygın olarak görülen beslenme sorunları hem kısa vadede büyümeye geriliği hem de uzun vadede sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (Dewey, 2013).

1. Emzirme Sorunları ve Yönetimi

Anne sütü; bebeğin ihtiyacına cevap verecek, büyümeye ve gelişmesi için gerekli (WHO, 2024), hemen hemen her dönem ve toplumda bebek beslenmesinde altın standart besin olarak kabul edilmektedir (Del Ciampo & Del Ciampo, 2018). Dünya Sağlık Örgütü, bebeklerin, altı ay sadece anne sütüyle beslenmesini, iki yaşına kadar ve hatta çocuk istediği sürece, daha uzun süre emzirmeye devam edilmesini tavsiye etmektedir (WHO, 2024). Ancak anne-bebek ikililerinin yaklaşık %80'sinde emzirme sorunları yaşanmaktadır ve bu sorunlar emzirme sürecini olumsuz şekilde etkilemektedir. Emzirme sorunları; anne, bebek veya sağlık profesyonelleriyle ilişkili etmenlerden kaynaklanabilir ve bu etmenler birbirinden bağımsız olarak ya da etkileşim halinde ortaya çıkabilir. Bu nedenle erken dönem emzirme sorunlarının tanımlanması gerekmektedir (Feenstra et al., 2018).

Emzirme sorunları; *Anne kaynaklı nedenler*: yetersiz özgüven ve fiziksel sağlık problemleri (Feenstra ve ark., 2018), *meme kaynaklı nedenler*: meme ucunda enfeksiyon, dermatit, vazospazm, çatlak, ağrı, düz veya içe çökük meme ucu, tıkalı süt kanalları, mastit, *bebek kaynaklı nedenler*: ağız anatomisindeki bozukluklar, meme reddi, süt ve soya proteinine bağlı kolit ile genel sağlık sorunları (Amir, 2014), *emzirme dönemi ve anne sütü kaynaklı nedenler*: yanlış inanışlar, etkili olmayan emzirme teknikleri, anne sütü yetersizliği ve emzirmenin erken kesilmesi (Kalarikkal ve Pfleghaar, 2023), *Sağlık personeli kaynaklı nedenler*: sağlık profesyonelleri arasında ortak bir dilin kullanılmaması ve destek planlamasında bireyselleştirilmiş yaklaşımların yeterince uygulanmaması (Feenstra ve ark., 2018) şeklinde özetlenebilir.

2. Tamamlayıcı Beslenme Sorunları ve Yönetimi

Özellikle düşük gelirli toplumlarda, yetersiz enerji ve protein alımı sonucu büyümeye geriliği, zayıflık görülebilmektedir. Beslenme yetersizlikleri yaşam boyu sürecek bilişsel ve fiziksel etkiler yaratabilmektedir (UNICEF, 2023). İlk yıl, enerji ve protein, demir, çinko, A vitamini, D vitamini, folik asit ve omega-3 yağ asitleri gibi besin öğelerine ihtiyacın yüksek olduğu bir dönemdir. Özellikle 6. aydan sonra tamamlayıcı besinlere geçişte gecikmeler, uygun olmayan besinlerin tercih edilmesi ve



uygun besin çeşitliliğinin sağlanamaması besin ögesi yetersizliklerine neden olmaktadır (American Academy of Pediatrics, 2019). Bebeklerde iştahsızlık, seçicilik, katı besinlere geçişe yönelik direnç gibi davranışsal sorunlar da yaygındır. Bu sorunlar genellikle ebeveynin yaklaşımı, zorlayıcı besleme, tamamlayıcı besinlere erken veya geç başlama ile besinlerin uygun kıvamlarda verilmemesi gibi faktörlerle ilişkilidir (Black & Hurley, 2017; Brown & Lee, 2011).

Tamamlayıcı beslenmeye yönelik sorunlarla başvuran aileler için bebeklerin değerlendirilmesinde, büyümeye eğrileri önemli bir araçtır. Ayrıca bebeklerin günlük enerji ve besin ögesi alımları objektif biçimde değerlendirilmelidir. Sağlık profesyonelleri ebeveynleri destekleyici bir tutum benimsemeli ve tamamlayıcı besinlere geçiş döneminde rehberlik sağlamalıdır.

Emzirme ve beslenme sorunlarıyla etkili bir şekilde başa çıkılmak için en etkili müdahalelerden biri eğitim programlarıdır. Kadına bakım veren doktor, ebe, hemşire, diyetisyen ve psikologlar gebelik ve doğum sonu dönemde kadının karşılaşabileceği emzirme ve beslenme sorunlarını tanıyalabilmesi ve yönetebilmesi için yeterli güncel bilgi ve deneyime sahip olması sağlanmalıdır (Gianni et al., 2019; Semenic et al., 2012; UNICEF, 2022; WHO, 2009).

KAYNAKÇA

American Academy of Pediatrics. (2019). In Kleinman, R. E. (Ed.), *Pediatric Nutrition* (8th ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

Amir, L.H. (2014). Managing common breastfeeding problems in the community. *BMJ*. 12,348:g2954. doi: 10.1136/bmj.g2954. PMID: 24821712.

Black, M. M., & Hurley, K. M. (2017). Early child development programmes: Further evidence for action. *The Lancet Global Health*, 5(5), e453–e454. doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30103-5

Brown, A., & Lee, M. (2011). Maternal control of child feeding during the weaning period: Differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. *Maternal & Child Health Journal*, 15(8), 1265–1271.

Del Ciampo, L.A., & Del Ciampo, I.R.L. (2018). Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 40(6),354–359. doi: 10.1055/s-0038-1657766.

Dewey, K. G. (2013). Nutrition, growth, and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 49–74. doi.org/10.1016/j.pcl.2012.09.002

Feenstra, M.,M., Jørgine Kirkeby, M., Thygesen, M., Danbjørg, D.,B., & Kronborg, H. (2018). Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sex Reprod Healthc*, 16,167–174. doi: 10.1016/j.srhc.2018.04.003.

Gianni, M.,L., Bettinelli, M.,E., Manfra, P., Sorrentino, G., Bezze, E., Plevani, L.,...& Mosca, F. (2019). Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients*, 11(10),2266. doi: 10.3390/nu11102266.



Kalarikkal, S.,M., & Pflehaar, J.,L. (2023). Breastfeeding. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534767/>. (Erişim tarihi: Mayıs 14, 2024).

Semenic, S., Childerhose, J. E., Lauzière, J., & Groleau, D. (2012). Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI): An integrative review. *Journal of Human Lactation*, 28(3), 317–334.

UNICEF. (2022). *Programming guidance: Infant and young child feeding*. United Nations Children's Fund. <https://www.unicef.org/documents/programming-guidance-infant-and-young-child-feeding>.

UNICEF. (2023). Global annual results report 2022: Nutrition. United Nations Children's Fund. <https://www.unicef.org/reports/global-annual-results-report-2022-nutrition>

World Health Organization. (2009). *Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597494>

World Health Organization (WHO). (2024). Breastfeeding. [internet]. https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2.



Birinci Basamakta Ruhsal Güçlenmenin Bir Yolu: Balint Grup Uygulaması

Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalan, Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili

Balint grup uygulaması, sağlık profesyonellerinin karşılaştıkları duygusal zorlukları, özellikle de hasta ile kurdukları ilişki bağlamında derinlemesine anlayabilmelerini amaçlayan, yapılandırılmış bir grup çalışmasıdır. İsmi bu yöntemi 1950'li yıllarda geliştiren Macar asıllı İngiliz psikanalist Michael Balint'ten almaktadır. 1896 yılında Budapeşte'de doğan Balint, 1918 yılında tıp eğitimi tamamladıktan sonra Berlin'de Psikanaliz Enstitüsü'nde çalışmış, 1939'da İngiltere'ye yerleşmiş ve vefat ettiği 1970 yılına dek İngiliz Psikoanaliz Birliği'nin başkanlığı görevini yürütmüştür. "The Doctor, His Patient and the Illness" adlı kitabıyla Balint Grubu'nun temel prensiplerini ortaya koyan Balint; hekimin güçlü bir terapötik etkisi olan bir figür olduğunu öne sürmüştür, onun kişiliği ve tutumunun, sunduğu tedaviden bağımsız olarak hastanın iyileşmesinde önemli bir rol oynadığını ama doktorların hasta davranışlarına ilişkin sabit inançları ve bekłentilerinin olabileceği bunun değişimlesinin de hasta ve hekimin karşılıklı oluşturacağı güven ilişkisine bağlı olarak zaman içinde mümkün olduğunu belirtmiştir.

Balint gruplar doktorların ya da aynı vakalar üzerinde bir arada çalışarak benzer sorumluluklar alan sağlık profesyonellerinin hasta hakkında yeni bir içgörü kazanmasına yardım ederek adeta bir "aydınlanma ami" yaşamalarını sağlayan, doktor-hasta ilişkisini daha iyi anlamaya yönelik bir grup çalışması modelidir. Bu model, doktorların hastalarıyla olan etkileşimlerini derinlemesine incelemelerini, deneyim paylaşmalarını ve tutum kazanmaları yoluyla; zor veya "problemlı" durumlarla başa çıkma becerilerini geliştirmelerini, mesleki tatminlerini artırarak bir dayanışma ortamı yaratmayı ve Tükenmişlik Sendromunu önlemeyi amaçlar. Örneğin aynı kurumda aynı klinike çalışan doktorlardan oluşan geleneksel bir Balint Grubu, 6-12 doktorun bir veya iki kolaylaştırıcı eşliğinde, 1-3 hafta aralıklarla düzenli olarak bir araya gelmesiyle yürütülür. Bu toplantılar genellikle 1-2 saat sürer ve bir yıl veya daha uzun bir süre devam edebilen kapalı gruplardır. Her oturumda bir katılımcı, zorlandığı bir durumu grupta paylaşır. Grup üyeleri, bu vaka üzerinden yorumlar yapar, duygularını paylaşır ve olayın hasta-hekim ilişkisi açısından analizini birlikte yapar. Amaç, çözüm üretmekten ziyade, duygusal farkındalık ve empatiyi artırmaktır.

Balint gruba aynı kişilerin devamlılığı ve yeni üye alınmaması esastır. Bir katılımcı çözemediği, çözdüğü ama içine sinmeyen yani tartışmak istediği durum/sorunu yazılı bir belge olmaksızın ve kendi istediği kadar kişisel veri içerecek diğerleri ile paylaşır. Bu sunumda bilimsel verilerden çok doktorun bu durum ile ilgili olarak yaşadığı duygulanımların paylaşılmasına ve bunların anlaşılmasına çalışılır. Tartışmalar; doktorların birbirlerinden öğrenmelerine, mesleki farkındıklarını artırmalarına, hasta bakımının iyileştirilmesine ve daha duyarlı bir yaklaşım geliştirmelerine yardımcı olur. Bu sürecin en önemli kısıtlılığı zaman alıcı olabilmesi, her doktor için aynı ölçüde faydalı olmaması, kolayca dağılabilir ve bunun aynı grup içinde güven sarsıcı bir his yaratması olabilir.

Balint grup uygulamaları, kişinin meslektaşlarıyla güvenli bir ortamda duygularını paylaşmasını sağlar böylece mesleki yalnızlık hissini azaltır ve mesleki dayanışmayı güçlendirir. Özellikle aile hekimliği, psikiyatri ve hemşirelik gibi hasta ile yoğun ilişki kurulan alanlarda oldukça



yararlı bir yöntemdir. Bu atölye çalışmasında yöntem kısa bir sunumla tanıtıldıktan sonra katılımcılar ile bir grup uygulaması yapılarak sürecin nasıl ilerlediğini kısaca deneyimlemeleri sağlanmıştır.

BİRİNCİ BASAMAKTA BİLGİ TEKNOLOJİLERİNİN KULLANIMI

Moderatörler: Dr.Öğr.Uyesi Y.Duygu Altıparmak¹ Hayrettin Ertürk²

1 Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

2 ATLASEC Technology Inc

Uzaktan Hasta İzleme Programı

Uzaktan Hasta İzleme (UHİ) hastaya ait vital parametrelerinin, hastanın kendine ait cihazlarla ölçülp, bir iletişim cihazı ve yazılım aracılığıyla doktor önüne getirilmesi olarak tanımlanabilir. Temel amaç, hastanın düzenli olarak ölçüm almasını sağlamak ve aynı zamanda kendini kötü hissettiğini belirttiği zamanlarda da kullanımını sağlamak ve hastayı izlemek sureti ile hastanın doktor ziyareti dışında geçirdiği zaman diliminde, ilgili parametrelerin veri trendini çıkarabilmek ve doğru takibi yapabilmektir. Aktif İzleme Pasif İzleme Hastanın ölçüm yaptığı izleme türüdür. Hastanın izlendiği ölçüm türüdür. Uzaktan Hasta İzleme sistemi birincil acil uyarı sistemi amacı taşımaz. İzlenen parametreler ile acil uyarı durumu gözlenebilir. Ancak program kapsamının sorumluluğunda değildir. Örneğin hastanın belirlenen limitlerinin çok üstünde sistolik basınç olması durumunda, sistem ambulans çağrıması amacıyla kullanılabilir, ancak uzaktan hasta izleme programı bunu kapsamaz.

Neden bir acil uyarı sistemi değildir? Uzaktan Hasta İzleme amaçlı geliştirilen elektronik iletişim cihazları ve kullanılan parametre ölçüm cihazları düşük maliyetli temel bulgu takibi için yapılmış cihazlardır. Kriz anında bir hastane monitorü seviyesinde yüksek doğrulukla ölçüm yapmak mümkün olmayacağı ve cihaz iletişim garanti edilemeyeceği için acil uyarı sistemi olarak kullanılması uygun bulunmaz ancak takibi yapan doktorun kendisine gelen alarmlar üzerine kontrol amaçlı hasta takibi yapması her zaman mümkündür. UHİ İzlemenin Faydaları Hastanın en büyük şikayeti, genellikle muayeneye geldiğinde bulgu göstermeyen, ancak evde sürekli yaşadığını söylediği hastalık semptomlarıdır. Hastanın şikayetlerini yaşadığını düşündüğü esnada alacağı ölçümler ile veri trendi oluşmaka ve teşhis ve takip süreci kolaylaşmaktadır. UHİ İzlemenin Zorlukları Hastanın izleme cihazı konusunda iyi eğitilmelidir. Aksi takdirde hatalı ölçümler elde etmek olasıdır. Ölçüm almanın sadece sendrom anında değil, günlük olarak yapılması gerektiğini hastaya anlatabilmek. Cihazların hasta haricinde 3.kişilerce kullanılmadığında emin olmaktadır.

UHİ İzlemenin Faydaları Pasif izleme genellikle ileri yaş bandında yalnız yaşayan bireylerin günlük yaşamsal döngüsünün takibi amacını taşır. Sadece hasta birey takibi amacı taşımaz. Hastanın günlük hareketliliği, yaşam rutini ölçülerek, hastaya geri bildirimlerde bulunma ve hasta yaşam kalitesini artırmaya yöneliktedir. Düşme algılama gibi uygulamalarla da hastanın yaşamsal faaliyetlerinde oluşan aksamanın tespiti ve hızlı aksiyon imkânı sağlar. Eve yerleştirilen sensörler ilgili birey tarafından hemen kabul edilememektedir. Kişisel olarak izlendiği algısı hastayı bir süre rahatsız edebilmektedir. Kullanılan sensörlerin hiçbir şekilde kişiye özel bilgi toplamamalıdır. Örneğin kamera kullanımı çok avantajlı olmakla birlikte tamamen bu kuralla aykırıdır ve pasif izleme için kullanılamaz. Birey sensörlerin konumunu değiştirebilir.

Remote Patient Monitoring (RPM)



Hasta izleme programı ABD içinde Medicare adı verilen bir program vasıtasyla doktorlara sunulmuştur Doktorlar çalışacakları ürün yazılım vb. hizmetleri kendileri seçmekte serbesttir. Hizmetin tanımları yapılmıştır (CPT codes : 99453, 99454, 99457, 99458) Program hastayı izleme ve aynı zamanda takip şeklinde bölümlerden oluşur. Doktor hasta ile ilgilendiği süreleri kaydetmekle sorumludur. Bunun için bir yazılım kullanılabilir. Tercihen izleme yazılımı ile entegre olmalıdır. İzleme verilerine bakarak doktor hasta kaydı tutar ve hastanın iletişim kanalları üzerinden hasta ile iletişime geçilir. Sistemin ürettiği alarmlara bağlı olarak hasta ile iletişime geçilebilir. Arama takip sürecini doktor-hemşire koordinasyonu ile yapılmaktadır. Doktor hasta ile ilgilendiği her 20 dakika için bir ödeme kodu oluşur. Örneğin 42 dakika ilgilenildiyse en az 60 dakikaya tamamlanırsa 3. ödeme dilimi oluşur. Uzaktan izlemede ise hastanın bir ay içinde en az 16 adet ölçüm/gün olması gereklidir. (Her 16 ayrı gün boyunca her gün en az bir ölçüm) 16 ölçüm şartı sağlanmadığı takdirde 15 ölçüm dahi olsa ödeme dilimi oluşmaz.

Hayrettin Ertürk ve Duygu Altiparmak tarafından gerçekleştirilen “Uzaktan Hasta İzleme Programı”larındaki konuşmanın ardından, farklı disiplinlerden sağlık çalışanı, akademisyen ve lisansüstü öğrencilerden oluşan 14 kişilik katılımcıların, birinci basmakta uzaktan hasta izlemi hakkında önerileri ve geliştirilen bu sistemin ülkemiz birinci basmak hizmetlerine uygunluğu tartışılmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu uzaktan hasta izleme yöntemlerinin özellikle yaşlı hastalar için çok faydalı olduğunu belirtmiş, bu fikirlerini saha deneyimleriyle de desteklemiştir. Teknolojinin sağlık hizmetleriyle ayrılmaz bir bütün haline geldiği günümüzde birinci basmak sağlık çalışanlarının hem de hastaların büyük yarar göreceği ortak fikrine varılmıştır.



Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Güçlendirilmesinde Strateji Geliştirme Çalıştayı Raporu

Prof.Dr.Pemra CÖBEK ÜNALAN¹, Dr.Öğr.Üyesi Ülkü SUR ÜNAL¹, Prof.Dr.Saime EROL², Hem. Ayten ERDOĞMUŞ³

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

² Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği AD

³Aile Sağlığı Çalışanları Ebe ve Hemşireler Federasyonu, Balıkesir 2No'lu ASM

Birinci Basamağın güçlendirilmesini konu alan BiBaK 2025'te yapılan tüm etkinlikler değerlendirildiğinde Birinci Basamağın güçlendirilmesi sonucunda elde edilecek kazanımlar konusunda tüm katılımcı taraflar hemfikirdi. Çünkü Birinci Basamak güçlendiğinde;

1. Toplumun genel sağlığı güçlenecek,
2. Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişliği azalacak, daha sağlıklı ve daha motive insan gücü hizmet sunumunun etkinliğini sağlayabilecek,
3. Sağlık hizmetlerine erişmedeki eşitsizlikler Birinci Basamağın güçlenmesi ile giderilecek ve,
4. Maliyetin azalması sağlanacaktır.

Çalıştay kolaylaştırıcılarının yaptığı bu gereklendirmenin ardından katılımcıların katkılarını uygun bir zaman planı içinde toplayabilmek için Birinci Basamağın güçlendirilmesi konusunda kanıtlara dayalı olarak yapılması önerilen çalışma başlıklarını listelendi ve bunların her biri ile ilgili olarak alanda çalışanların deneyim ve önerilerini paylaşmaları planlandı.

Birinci Basamağın güçlendirilmesi konusunda kanıtlara dayalı olarak yapılması önerilenler;

1. **Birinci basamak sağlık çalışanlarının güçlendirilmesi**
 - a. Sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi
 - b. Aşırı iş yükünün azaltılması
 - c. Alt yapı olanaklarının iyileştirilmesi
2. **Tüm sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarının belirlenmesi ve uygulamaya yönelik çeşitlilikteki eğitim yöntemleri ile ihtiyaçlarının giderilmesi,**
3. **Toplumun birinci basamak sağlık hizmetlerinden talepleri konusunda bilinçlendirilmesi ve böylece toplum katılımının arttırılması şeklindedir.**

Bu başlıkların her biri için Türkiye'nin olanakları içinde sizlerin deneyimleriniz ve geliştirilmesini önerdiğiniz noktalar nelerdir?

1. **Birinci basamak sağlık çalışanlarının güçlendirilmesi**



- İş yükü fazlalığına neden olan durumlardan biri olarak kronik hastalığı olan hastaların raporlu ilaçlarının hekim tarafından sürekli reçete edilmesi zorunluluğuna işaret edildi.

Kronik olarak kullanılan ilaçların hepsinin tekrar reçete edilmesi gereken tarihlerin farklı farklı tarihlerde olması bir sorun olarak ele alındı.

Neler yapılabilir?

AHBS ile SGK Medula'nın kolayca birbirine geçiyor olması ve aslında hastanın tek bir dosyasının olması ve tüm sağlık çalışanlarının aynı dosyayı görmesi bir çözüm olabilir.

Diğer yandan kronik hastalığı olan ilaç raporlu hastaların ilaçları her üç ayda bir reçete edilirken, hasta kontrol edilmiş olup polifarmasiye müdahale edilebilir.

Bunun yanında ilaç raporlarına dair yazılan ilaçlar, reçetede üç aylık olmak zorunda olmayabilir. Üç ayda bir reçete edilecek ilaçların tarihlerini denkleştirmek adına gerekli ilaç için dört aya uzatılıp diğer ilaçlarla ortak zamana getirilebilir; böylelikle aynı anda bitmeyen ilaçlar için ortak bir üç aylık periyot belirlenmiş olur.

“İlaçları aynı aya denk gelsin diye birini bir kutu, diğerini iki kutu yazıyorum.”

“Kronik hastalığı olan hastaları üç ayda bir görmek çok iyidir.”

- “Mesela kanser taramaları ile ilgili sistemler birbirini görmeli. Hasta hastanede yapılanları sistemde görmeli. Hastanede yapılan kanser tarama sonuçlarını görmeliyiz. Sağlık Bakanlığının zaten sahip olduğu bilgileri bakanlık bir daha aile sağlığı merkezindeki (ASM) hekimden istememeli.”

“Evraklar çok zaman tutuyor. Hastalara randevu veriyoruz, uğraşıyoruz ancak hastalar gelmiyor. Bana hiç gelmeyen çocuk için 14 sayfa evrak doldurdum”

Neler yapılabilir?

“Vatandaşa sorumluluk yüklemek gerek ama yüklemiyorlar. Öyleyse ASM'de çalışan birinin hastayı telefonla aramak görevi olsun, arasın. Gelmiyorsa ‘hasta gelmiyor’ yazalım, bitsin.”



“İkinci ve üçüncü basamakta aile hekimliği ile ilgili işlerin sisteme doğru ve zamanında girilmesi evrak işini azaltır, iş yükünü azaltır.”

“Birinci basamaktan ikinci basamağa konsültasyon ile gelen hasta ile ilgili ikinci basamaktaki hekim gerekli kayıtları tutmadan o hasta ile ilgili ödeme alamasın ve parası kesilsin. Böylece ikinci basamak hekimleri de kayıtları sisteme doğru ve zamanında girer. Aile hekimleri hastaları ile ilgili konsültasyon notlarını eksiksiz edinebilmiş olur.”

- “1.500.000 nüfuslu Pendik ilçesinde 200 Sağlıklı Hayat Merkezi açtıktı diyorlar; ben hastalarıma mamografi randevusu alamıyorum. Dört hemşireden biri doğum izninde ise İlçe Sağlık Müdürlüğü hemşire göndermiyor. Hemşireler aralarında iş dağılımı yapıyorlar. Bu hizmeti Sağlık Bakanlığı sunmalı, biz değil.”

“Hekimsiz çalışan aile sağlığı çalışanı (ASÇ) var; bizi hukuki olarak çok zorluyor.

ASÇ olarak acil tip teknisyenleri (ATT), ebeler çalışıyor. Kendi mesleki eğitimleri dışında hizmet veriyorlar. ASM’de her şey hekim üzerinden tanımlı.”

“Tuzla EASM’de Halk Sağlığı Merkezi (HASAM) adına bulunan diyetisyen ve psikolog mevcut. Ancak roller belli olmadığından ve izlenebilecek belirli bir konsültasyon yolu olmadığından ötürü iş birliği etkin bir şekilde yürütülmüyor.”

Neler yapılabilir?

“ASM’nin tüm bileşenleri ile birlikte çift taraflı olarak planlama yapmak gerekiyor. ASM çalışanlarının hepsinin görev ve sorumlulukları tanımlanmalı.”

“Birinci basamakta çalışmak amacıyla bu alana özelleşmiş hemşireler olmalı. Rolleri de net tanımlanmalı. Toplumun da sağlık okuryazarlığı artırılarak gerçekçi talepler oluşturulmalı ve bunlar rolleri net hemşireler tarafından karşılanmalı.”

“Önce kültür ve güven ortamı oluşması gerekiyor.”



2. Tüm sağlık çalışanlarının eğitim, görev ve sorumluluklarının belirlenmesi

- “Toplum Sağlığı Merkezinde (TSM) sürekli 1-2 ayda bir yapılan görevlendirmelerin sonlandırılması gereklidir.”

“Aile sağlığı çalışanı (ASC), aile sağlığı elemanı (ASE) değil; aile sağlığı ebesi ya da aile sağlığı hemşiresi olmalı. Biz öyle diyoruz.”

“DM merkezi ile koordineli olarak çalışıyorum. Fizyoterapist olarak fizik aktivite hizmeti sunuyoruz. Fizyoterapistlerin birinci basamak çalışanlarına bilgi aktarımı yapabilecekleri bir platform, bir yer yok. Aile hekimleri de fizyoterapistlerin ne yaptığını tam olarak bilmiyor.”

“Biz hemşireler topluca bir araya gelememiyoruz.”

“Aile sağlığı ebe ve hemşireleri ile aile hekimi anlaşmadığında sözleşmelerinin fesh edilememesi de bir sorun. Özük hakları ve mevzuatta düzenlemeler gerekiyor.”

Neler yapılabilir?

- ASM'ye has bir aile sağlığı ebe ve hemşire eğitimi gereklidir, sertifikaları olmalıdır.
- Aile sağlığı ebe ve hemşireleri, eğitimleri adına kongre ve seminerler gibi etkinliklere gitmelilerdir.
- Bu sertifika programını zorunlu kılmak adına Sağlık Bakanlığı'na çok kez yazılmıştır; kabul görmemiştir. Buradan çıkan kararın duyurulmasının gerekli olduğu belirtildi. İlk önce bir proje olarak başlanması, daha sonra projenin sonuçları gösterilerek Sağlık Bakanlığına sunulmasına karar verildi.
- Tüm eğitimleri kapsayan bir oryantasyon programı olabilir.
- Birçok Derneği de paydaşlığa davet edip bu aile sağlığı ebe ve hemşire sertifikasyonu Sağlık Bakanlığına sunulabilir.

“Aile sağlığı ebe ve hemşire sertifikasyon programı ile ilgili olarak sadece hemşire ve ebeler değil, doktorlar da direniş katılmalılar.”

- Hemşireler derneklerle, sivil toplum kuruluşlarına (STK) katılmaya çekinmektedirler. Tüm lisans eğitimlerinde STK'lar özendirilmeli, güçlendirici yönü müfredatta yer almalıdır.
- Aile sağlığı ebe ve hemşireleri ve aile hekimleri birlikte olursa ancak bakanlığa daha güçlü bir baskın yapılabilir.
- Tüm hemşireler Türk Hemşireler Derneği'ne üye olmalıdır. 250.000-300.000 hemşire var. Ancak hemşireler bir araya gelmemektedirler. Bu da etkiyi düşürmektedir.
- Aile hekimleri ASM'ye aile sağlığı ebe ve hemşire alımı yapmaktadırken alanında uzman ebe ve hemşire talep etmelidir.



3. Toplumun bilinçlendirilmesi ve toplum katılımının artırılması (Toplumu birinci basamağa güçlendirilmesine nasıl katabiliriz?)

- “TSM’den gerçekçi olmayan toplum bilinçlendirme eğitim listesi geliyor. TSM eğitimleri vermek konusunda yetersiz kalıyor. Daha üst düzeyde bir eğitimci kitlesine ihtiyaç var.”

“ASM’de dönen kamu spotları çok eski. Orada videoda biz görünsek daha etkili olur. Aynı doktor mahalledeki okula gittiğinde okuldaki öğrenci doktoru tanıyor ve eğitim daha etkili oluyor.”

Neler yapılabilir?

- Sosyal medyada yayınlanacak reklamlar ve kamu spotları hazırlanmalıdır. Örneğin; “ÜSYE enfeksiyonlarında acili meşgul etmeyelim.”
- Sağlık Bakanlığı’nın kararlı olması ve vatandaşın sorumlu tutulması gereklidir.
- TSM eğitimcilerin materyalleri revize edilmelidir.

Bir aile hekiminin kendi tecrübesine göre; sıfırdan kurduğu ASM’sinde muhtarla, imamla, okullarla görüşmüştür.

- Toplum liderleri ile birlikte olunmalıdır (muhtarlar, imamlar, okullar).
- Toplum gönüllüsü yaratılmalı, hastalar tekrar yanımızda tutulmalı, yanımıza alınmalıdır.
- Birinci basamağın sorunları toplumla birlikte tartışılmalıdır.

“Verdiğimiz hizmeti göstermeliyiz. Bir hemşirenin duruşu, bir doktorun duruşu önemlidir. Toplantılarımızda buna dikkat etmeliyiz.”

Genel bir öneri olarak:

Birinci basamak sağlık çalışanları platformu oluşturulabilir.