



1 INTERNATIONAL HEALTH SCIENCE AND LIFE CONGRESS

1st ULUSLARARASI SAĞLIK BİLİMLERİ ve YAŞAM
KONGRESİ



ABSTRACT BOOK (Invited Speakers)



1st INTERNATIONAL HEALTH SCIENCE and LIFE CONGRESS (IHSLC 2018)

02-05 MAY 2018 / BURDUR-TURKEY

ABSTRACT BOOK

(Invited Speakers)

Edited by
Asst. Prof. Dr. Mmin POLAT

2018
BURDUR

1st INTERNATIONAL HEALTH SCIENCE and LIFE CONGRESS (IHSLC 2018)

02-05 MAY 2018 / BURDUR-TURKEY

This book is subject to copyright. All rights are reserved, whether the whole or part of the material is concerned. Nothing from this publication may be translated, reproduced, stored in a computerized system or published in any form or in any manner, including, but not limited to electronic, mechanical, reprographic or photographic, without prior written permission from the publisher.

The individual contributions in this publication and any liabilities arising from them remain the responsibility of the authors. The publisher is not responsible for possible damages, which could be a result of content derived from this publication.

Published, May 2018

www.ihscl.org

www.ihscl.mehmetakif.edu.tr

ihscl2018@gmail.com

ihscl@mehmetakif.edu.tr

IHSLC
2018

1st. INTERNATIONAL HEALTH SCIENCE and LIFE CONGRESS (IHSLC 2018)

02-05 MAY 2018 / BURDUR-TURKEY

ORGANIZATION COMMITTEE

HONORARY PRESIDENT

PROF. DR. ADEM KORKMAZ - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY RECTOR

CONGRESS PRESIDENT

ASST. PROF. DR. MÜMİN POLAT - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

MEMBERS OF THE ORGANISATION COMMITTEE

ASST. PROF. DR. ÇİĞDEM AYDIN ACAR- MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

ASST. PROF. DR. CANAN DEMİR BARUTCU- MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

ASST. PROF. DR. SONER DÖNMEZ- MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

ASST. PROF. DR. MUSTAFA KILINÇ- MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

ASST. PROF. DR. ŞÜKRİYE YEŞİLOT- MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

RESEARCH ASST. DENİZ DEMET- MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

RESEARCH ASST. AYŞE YACAN KÖK- MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

MASTER STUDENT GÜLCİHAN AYBİKE DİLEK- MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

MASTER STUDENT ÜMMÜHAN ÇİFTÇİ- MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

MASTER STUDENT ALİ SERT- MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

SCIENTIFIC SECRETARY

ASST. PROF. DR. CANAN DEMİR BARUTCU - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

ASST. PROF. DR.ŞÜKRİYE YEŞİLOT - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

LECTURER HATICE CEYLAN - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

RESEARCH ASST. DENİZ DEMET - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

ADVISORY BOARD

PROF. DR. MEHMET KARACA - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
PROF. DR. HÜSEYİN DALĞAR - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
PROF. DR. ÖZCAN ÖZGEL - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
PROF. DR. HAKAN ÖNER - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
PROF. DR. SABAHAT GÖZÜM - AKDENİZ UNIVERSITY
PROF. DR. MUSTAFA DOĞA TEMİZSOYLU - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
PROF. DR. KÜRŞAT ÖZDAŞLI - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
PROF. DR. GAMZE EKİNCİ - HACETTEPE UNIVERSITY
PROF. DR. MEHMET ZEKİ YILDIRIM - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
PROF. DR. HİLMİ KARATOSUN - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
PROF. DR. MURAT KAYALAR - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
PROF. DR. AYNUR BAŞALP - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
PROF. DR. FÜSUN EROĞLU - SÜLEYMAN DEMİREL UNIVERSITY
PROF. DR. HASAN YASAN - SÜLEYMAN DEMİREL UNIVERSITY
PROF. DR. NİLÜFER CALAPOĞLU - SÜLEYMAN DEMİREL UNIVERSITY
PROF. DR. MUSTAFA CALAPOĞLU - SÜLEYMAN DEMİREL UNIVERSITY
PROF. DR. İSMAİL ÖZMEN - SÜLEYMAN DEMİREL UNIVERSITY
PROF. DR. HİCRAN BEKTAŞ - AKDENİZ UNIVERSITY
PROF. DR. AYŞEGÜL İŞLER DALGIÇ - AKDENİZ UNIVERSITY
PROF. DR. EMİNE EFE - AKDENİZ UNIVERSITY
PROF. DR. ZEYNEP ÖZER - AKDENİZ UNIVERSITY
PROF. DR. NALAN TÜZMEN - DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY
PROF. DR. GÜLSEREN KOCAMAN - DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY
PROF. DR. HÜLYA OKUMUŞ - DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY
PROF. DR. ABDULLAH RUHİ SOYLU - HACETTEPE UNIVERSITY
PROF. DR. GÜNHAN ERDEM - GİRNE AMERİKAN UNIVERSITY
PROF. DR. AYNUR GÜL KARAHAN ÇAKMAKÇI - SÜLEYMAN DEMİREL UNIVERSITY
PROF. DR. MELEK GÜLSÜN ÖZENTÜRK - EGE UNIVERSITY
PROF. DR. İLHAN TOMANBAY - İSTİNYE UNIVERSITY

SCIENTIFIC BOARD *

ASSOC. PROF. DR. EMRAH ATAY - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASSOC. PROF. DR. FERDİ BAŞKURT - SÜLEYMAN DEMİREL UNIVERSITY
ASSOC. PROF. DR. ZELİHA BAŞKURT - SÜLEYMAN DEMİREL UNIVERSITY
ASSOC. PROF. DR. EBRU ÇUBUK DEMİRALAY - SÜLEYMAN DEMİREL UNIVERSITY
ASSOC. PROF. DR. AHMET HULUSİ DİNÇOĞLU - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASSOC. PROF. DR. EMEL TAŞCI DURAN - SÜLEYMAN DEMİREL UNIVERSITY
ASSOC. PROF. DR. TÜZÜN FIRAT - HACETTEPE UNIVERSITY
ASSOC. PROF. DR. AFŞİN AHMET KAYA - GÜMÜŞHANE UNIVERSITY
ASSOC. PROF. DR. ŞÜKRAN ÖZKAHRAMAN KOÇ - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASSOC. PROF. DR. MUSTAFA LAMBA - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASSOC. PROF. DR. HATİCE MERT - DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY
ASSOC. PROF. DR. SERDAL ÖĞÜT - ADNAN MENDERES UNIVERSITY
ASSOC. PROF. DR. SAİME ŞAHİNÖZ - GÜMÜŞHANE UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. ÇİĞDEM AYDIN ACAR - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. ÇİĞDEM KARABACAK ATAY - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. BİLGE BAL ÖZKAPTAN - SİNOP UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. BURCU BAKIR - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. CANAN DEMİR BARUTCU - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. MURAT BAYEZİD - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. İLKAY BOZ - AKDENİZ UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. HALE SEÇİLMİŞ CANBAY - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. MERVE ÇAMLİBEL - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. SAADET ÇÖMEZ - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. ÖMER GÜRKAN DİLEK - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. BELGİN DİLMEN - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. SONER DÖNMEZ - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. SEMA ÖZMERT ERGİN - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. AYŞE DERİCİOĞLU ERGUN - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. GÜL ERGÜN - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. SERAP GÖKÇE ESKİN - ADNAN MENDERES UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. ÇİĞDEM GÜN - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. AYSUN GÜZEL - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. SARP KAYA - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. UMMAHAN KAYGISIZ - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. ERHAN KEYVAN - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

ASST. PROF. DR. ŞEVKİNAZ KONAK - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. GÜLSÜM KORKUT - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. FATMA SELCAN KUŞ - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. MURAT ABDULGANİ KUŞ - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. SERCAN ÖZBEK - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. DİLEK SAĞIR - SİNOP UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. DERYA ŞAHİN - SİNOP UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. EMİNE HİLAL ŞENER - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. SİBEL ŞENTÜRK - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. SEVCAN ATAY TURAN - AKDENİZ UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. NEVİN USLU - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. ESİN ÇETİNKAYA USLUSOY - SÜLEYMAN DEMİREL UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. MERİÇ ÜNAL - SÜLEYMAN DEMİREL UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. HALİL YALÇIN - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. ŞÜKRİYE YEŞİLOT - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
ASST. PROF. DR. ÜYESİ MELEK ZUBAROĞLU YANARDAĞ – MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
DR. NAZİFE BAKIR - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
DR. ELÇİN ÜLKER EFTELİ - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
LECTURER NURVET BÜYÜKYÖRÜK - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
LECTURER HATİCE CEYLAN - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
LECTURER SENAN ERGİN - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
LECTURER İLKUNUR MARAŞLI - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
LECTURER HATİCE ÖZSOY - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
LECTURER AKIN SÜZER - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
LECTURER DEMET TEKİN - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
LECTURER NEHİR UÇAR - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY
LECTURER AYŞE YAMAN - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

*** The Scientific Committee is listed alphabetically by surname.**

INTERNATIONAL SCIENTIFIC BOARD

PROF. DR. MURAT BEDANOKOV - MAIKOP STATE TECHNOLOGICAL UNIVERSITY; RUSSIA
PROF. DR. GÜNHAN ERDEM - GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ, KKTC
PROF. DR. VLADİMİR PEŠIĆ - UNIVERSITY OF MONTENEGRO; MONTENEGRO
ASSOC. PROF. DR. SOKOL DURO - AGRICULTURAL UNIVERSITY, ALBANIA
ASSOC. PROF. DR. ROSEN DIMITROV - TRAKIA UNIVERSITY, BULGARIA
ASST. PROF. DR. MOHAMMAD REZA HEIDARI - SHAHED UNIVERSITY, IRAN
ASST. PROF. DR. HOSSEIN ASGAR POUR – ÇOMÜ, TURKEY
ASST. PROF. DR. MAREK SOBOLEVSKI - UNIVERSITY OF TECHNOLOGY, POLAND
ASST. PROF. DR. ALDONA MIGALA-WARCHOL - UNIVERSITY OF TECHNOLOGY, POLAND
ASST. PROF. DR. PENKA YONKOVA - TRAKIA UNIVERSITY, BULGARIA
ASST. PROF. DR. KAMELIA STAMATOVA-YOVCHEVA - TRAKIA UNIVERSITY, BULGARIA
DR. MIKAS BALKEVICIUS - NGO INSTITUE, LITHUANIA
lecturer REZA NOROUZZADEH - SHAHED UNIVERSITY, IRAN

AWARD BOARD

PROF. DR. MEHMET KARACA (PRESIDENT OF THE AWARD BOARD)
PROF. DR. NİLÜFER CALAPOĞLU
ASSOC. PROF. DR. FERDİ BAŞTÜRK
ASSOC. PROF. DR. EBRU ÇUBUK DEMİRALAY
ASST. PROF. DR. PENKA YONKOVA
ASST. PROF. DR. ŞÜKRİYE YEŞİLOT
DR. MIKAS BALKEVICIUS

LAW CONSULTANT OF CONGRESS

LAWYER YUSUF ÇİFTÇİ - BURDUR LAWYER ASSOCIATION

WEB DESIGN

LECTURER HÜSEYİN KARAOĞLU - MEHMET AKİF ERSOY UNIVERSITY

WELCOME TO IHSLC 2018

Dear Colleagues;

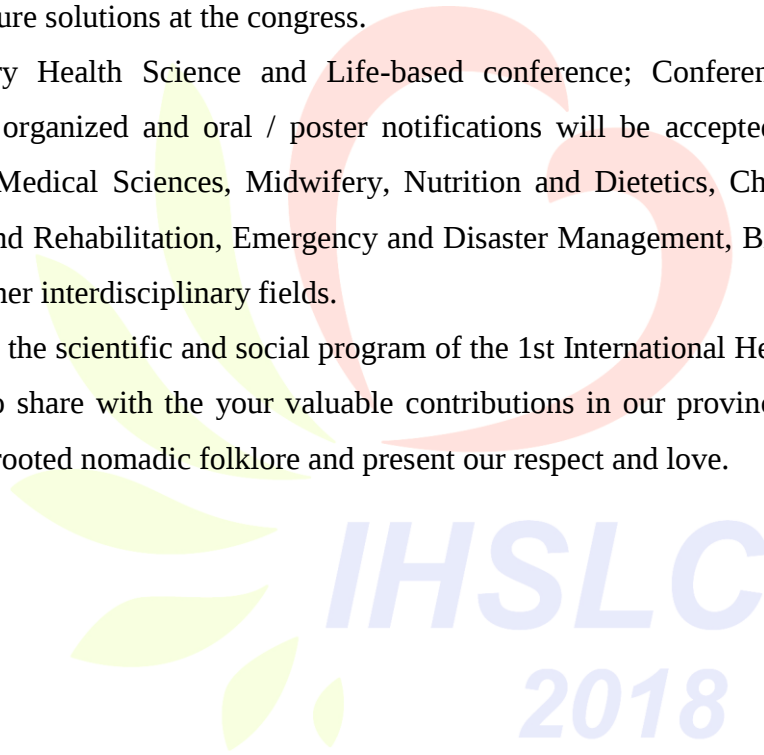
We are honored to announce that the 1st International Health Sciences and Life Congress will be held at Burdur Mehmet Akif Ersoy University Congress and Culture Center between May 2-5, 2018 and invite you to this scientific meeting.

The current situation and problems will be discussed by bringing together academicians, sectoral stakeholders and students working in the field of health sciences in Burdur, the charming city of the Mediterranean region, decorated with the historical and natural beauties of "Teke (Goat) region's capital". We aim to present you with the current information and proposals for future solutions at the congress.

Multi-disciplinary Health Science and Life-based conference; Conferences, panels, and courses will be organized and oral / poster notifications will be accepted in the fields of Nursing, Basic Medical Sciences, Midwifery, Nutrition and Dietetics, Child Development, Physiotherapy and Rehabilitation, Emergency and Disaster Management, Biological and Life Sciences, and other interdisciplinary fields.

We invite you to the scientific and social program of the 1st International Health Sciences and Life Congress to share with the your valuable contributions in our province where you can find motifs of a rooted nomadic folklore and present our respect and love.

Kind Regards...



Assist. Prof. Dr . Mmin POLAT
Congress President

İçindekiler

BİLİMSEL ARAŞTIRMA TEKNİKLERİ VE MAKALE YAZIM KURALLARI	1
AROMATERAPİ	2
FARKINDALIK VE DUYGU YÖNETİMİ	3
SAĞLIK BİLİMLERİNDE KARIYER GELİŞİMİ VE ULUSLARARASILAŞMA.....	4
DİYABETTE KANIT TEMELLİ BAKIM	5
KALP YETERSİZLİĞİNDE KANIT TEMELLİ BAKIM	10
BAKIM KAVRAMI ve KANITLARIN BAKIMDA KULLANIMI	11
2023 PERSPEKTİFİNDE TOPLUMSAL CİNSİYET.....	13
GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE HEMŞİRELİKTE UZMANLAŞMA	14
HEMŞİRELERDE MESLEKTAŞ DAYANIŞMASININ ÖNEMİ	16
HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE GELİŞTİRİLMESİ GEREKEN YÖNLER VE İYİ UYGULAMALAR	17
YÜKSEKÖĞRETİMDE KALİTE DEĞERLENDİRME VE HEMŞİRELİK EĞİTİMİNE KATKILARI	19
ÇOCUKLARDA TAMAMLAYICI SAĞLIK YAKLAŞIMLARI.....	22
YENİDOĞANIN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ GELİŞİMSEL BAKIMI.....	23
SAĞLIK YÖNETİMİNDE YENİ TARTIŞMALAR.....	25
SAĞLIK TURİZMİ.....	28
SAĞLIKLI ŞEHİRLER.....	33
KURUMLAR ARASI EŞGÜDÜM.....	34
ACİL YARDIM VE AFET YÖNETİMİNDE ÖZLÜK HAKLARI	35
PRENATAL TANIDA SON GELİŞMELER	37
GENOMIC MEDICINE IN CANCER.....	38
AKILCI İLAÇ KULLANIMI.....	39
FİZİYOTERAPİ VE REHABİLİTASYONDA ELEKTRİK STİMÜLASYONU UYGULAMALARI	41
TELEREHABİLİTASYON	42
KİNEZİYOLOJİK ELEKTROMYOGRAFI.....	44
İLAÇ YÖNLENDİRME	46
GRAFEN VE TÜREVLERİNİN MEDİKAL UYGULAMALARI.....	47
BİYOPOLİMERLER ve SAĞLIK ALANINDAKİ UYGULAMALARI	50
MOLEKÜLER BESLENME	51
BAĞIRSAKTA BESİNLERİN ALGILANMASI: BESİNLERLE ENTEROSİT HÜCRELERİ ARASINDAKİ MOLEKÜLER VE GENETİK İLİŞKİ	52
DİYABETİK RATLARDA ZEYTİN YAPRAĞI EKSTRESİNİN GLİSEMİK, KOLESTEROLEMİK VE ANTİOKSİDAN ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ	53
IMAGING TECHNIQUES IN MEDICINE.....	54
MODERN APPROACHES IN UNIVERSITY EDUCATION.....	55

BİLİMSEL ARAŞTIRMA TEKNİKLERİ VE MAKALE YAZIM KURALLARI

Çiğdem AYDIN ACAR¹, Soner DÖNMEZ²

¹*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Bucak Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü*

²*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Bucak Sağlık Yüksekokulu, Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü*

Bilimsel araştırma yapmanın temel gayesi yayındır. Bilim adamları yapmış oldukları çalışma ne kadar iyi olursa olsun, sonuçları yayınlanmadığı sürece bilim dünyasında kabul görmezler. Tamamlanmış bir proje veya araştırmanın sonuçlarının aynı konuda çalışan bilim insanları tarafından değerlendirilebilmesi veya aynı konuda çalışan bilim insanlarına kaynak oluşturabilmesi gereklidir. Dolayısıyla yapılan çalışmaların makale haline getirilip, bilimsel alanda paylaşılması gerekir. Bir araştırmacının yapmış olduğu çalışmayı makaleler aracılığı ile bilimsel alana sunması, aynı zamanda araştırmacının alanında bilimsel literatürde vakıf olduğunun bir göstergesidir.

Orijinal makalelere ek olarak derleme/tarama/inceleme makalesi olarak adlandırılan bilimsel makalelerde mevcuttur. Derleme türü makalelerin de temelinde iyi bir bilimsel dergide yayınlanabilmesi, iyi bir literatür taraması ve yazarın o alanda birçok orijinal çalışma yapmış olması ile mümkündür. Makale yazımında çalışma ne kadar iyi olursa olsun kötü yazım, çalışmanın yayımlanmasını engelleyebilir veya geciktirebilir. Bilimsel çalışma yapılması ve yazılması zor ve sabır gerektiren bir süreçtir.

Makale yazımının her aşamasında dikkat edilecek kritik noktalar yazının kabul şansını artırır. Bu bağlamda dünyada ve ülkemizde bilimsel makale yazma konusunda çok sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmada da bilimsel yayınlarda ortak olan kural ve ilkelerden bahsedilmiştir. Öğrenciler de dahil olmak üzere belli bir bilgi birikimi olan her araştırmacının yararlanacağı şekilde örnekler verilerek yapılan hatalar ortaya konmuş ve makale yazma kuralları özetlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bilimsel makale, araştırma, makale yazma

AROMATERAPİ

(KOMPRESLER VE YAĞLAR)

Sibel ŞENTÜRK¹

¹*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bucak Sağlık Yüksekokulu*

Aromaterapi, bitkilerden elde edilen uçucu yağların masaj, friksiyon, inhalasyon, kompres ve banyo yoluyla uygulandığı tamamlayıcı ve bütünlük tedavi yöntemlerinden biri olup fitoterapinin bir alt kolunu oluşturmaktadır. Uçucu yağlar oda sıcaklığında buharlaştıkları için ‘eterik yağ’ ya da ‘esans’ olarak da adlandırılmaktadırlar. Uygulamada kullanılan yağlar bitkilerin kök, çiçek, yaprak gibi bölümlerinden elde edilen saf uçucu (esansiyel) yağlardan oluşmaktadır. Sindirim yolu ve deri yolu ile uygulanan aromatik yağların lenf ve kan damarları ile kana karışarak iyileşme meydana getirdiği, inhalasyon yolu ile uygulamada ise limbik sistemi uyarak emosyonel olarak öfori, rahatlama, sedasyon ve uyarıcı etki oluşturduğu ifade edilmektedir. Kompres ise esansiyel yağların ya da fitoterapik ürünlerin deriden emilerek vücudun içine nüfuz etmesini sağlaması ve problemlili olan bölgeye uygulaması en kolay olan yöntemlerden birisidir. İhtiyaca göre sıcak ya da soğuk uygulanabilmektedir. Sıcak kompresler özellikle romatizmal hastalıklar (Osteoartrit, Fibromiyalji, Ankilozan spondilit, bel ağrısı), diş ağrıları, apseler, soğuk algınlığı, halsizlik ve yorgunluk durumlarında vücudu aktifleştirmede ve uykusuzluk durumlarında sıklıkla kullanılırken; soğuk kompresler ise baş ağrıları, burkulmalar ve şişmelerde kullanılmaktadır. Fitoterapik ürünlerle yapılan kompreslerde, civanperçemi kompres (karaciğer kompres) özellikle karaciğerin aktifleşmesini sağlayarak güçlenmesi için kullanılırken zencefil kompres (böbrek kompres) akciğer, böbrek, artrit ve cilt problemleri için kullanılmaktadır.

Tamamlayıcı ve bütünlük tedavi uygulamaları içerisinde yer alan aromaterapik yağlar ve kompresler, bireylerin iyilik hallerinin sürdürülmesi ve geliştirilmesinin yanı sıra hastalık semptomlarının yönetiminde de tıbbi tedavi ile birlikte ya da tıbbi tedaviye ek olarak kullanılmaktadır. Uygulamada dikkat edilecek en önemli hususlar; bireylerin uygulamaya alınma ve dışlanma kriterlerine göre seçilmesi, hekim kontrolünde başlanması, ilaç etkileşimlerinin olup olmadığının değerlendirilmesi, uygun ortam ve malzemenin seçilmesi, oluşacak etki ve yan etkilerin iyi bir şekilde gözlemlenmesi, yan etki gelişmesi durumunda erken müdahalelerde bulunulması ve işlemin sonlandırılmasıdır.

FARKINDALIK VE DUYGU YÖNETİMİ

Esra ENGİN¹

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği AD.

Toplumla uyum içinde yaşayabilmek için bireyler, kendi iç dünyalarında olup bitenlerin ve dış çevrenin kendilerini nasıl etkilediğinin farkında olmayı öğrenirler. İnsanlar ne istediklerinin, neler hissettiklerinin farkında değillerse, duygu, düşünce ve davranışları üzerinde bir denetimleri yoktur. Bu kişiler, seçimlerini özgürce yapamazlar. Bireyin yaşam döngüsünde çevresi ile etkileşimde olabilmesi için gereken en temel unsur farkındalığının olmasıdır. Farkındalık kapasitesi ise bireylere kendilerini ve çevrelerini düzenleyebilmek için gerekli olan geri bildirimi sağlayarak, yaşamlarına yön vermelerini kolaylaştırır.

İnsanların birey ve çevre etkileşimini etkili bir şekilde gerçekleştirebilmeleri, bize ne olduğuyla ve bizim davranışlarımızın çevredeki etkisiyle ilgili olmak üzere iki temel konuda geri bildirim alabilme üzerine dayanmaktadır. Bu kaynaklardan yoksun olma durumunda ise birey etkili bir birey çevre teması gerçekleştirememektedir. Bu kaynakların ortaya konması ile yapılan eylemlerle birlikte bireyin karşılaştığı problemlerle baş etme kapasitesinde de artış görülebilmektedir. Bireyin gelişmesi, büyümesi ve değişiminde bu beceri önemli bir role sahiptir.

Bireyin farkındalığını arttırabilmesi için öncelikle bilgi, düşünce ve kavramlarla ilgili bir kapsama sahip olması gereklidir. Çünkü düşünce ve inançlarımız, duygularımızı oluşturur ve yönlendirir. Duygularımız da davranışlarımızı belirler. Yaşantımızı ve ilişkilerimizi en fazla etkileyen alan duygularımız olmasına karşın, kültürel nedenlerle duyguların tanınması ve ifade edilmesinde güçlükler yaşanmaktadır. Farkındalık düzeyinin artmasında en önemli alanlardan biri duygusal farkındalıktır.

Kişi, kendi varoluşsal alanını, algılarını, fizyolojik tepkilerini, görünürdeki ve görünürün altındaki duygularını, düşüncelerini, isteklerini fark edebilir. Görünürdeki (yüzeydeki) duygularımızın ve düşüncelerimizin bir basamak altında, fark ettiğimiz zaman bizi şaşırtacak bir takım duygular ve düşünceler bulunabilir. Bunlarla tanışmakta yarar vardır. Çünkü tanışmadığımız duygularımız, isteklerimiz, düşüncelerimiz bizi yönetir; tanıştığımız zaman ise bu duygu, istek ve düşüncelerimizi biz yönetebiliriz.

Bu kursun amacı; katılımcıların duygu farkındalıklarına ilişkin bilgi sahibi olmaları duygu yönetim yöntemlerine ilişkin beceri kazanmalarıdır.

SAĞLIK BİLİMLERİNDE KARIYER GELİŞİMİ VE ULUSLARARASILAŞMA

Canan DEMİR BARUTÇU¹, Şükriye YEŞİLOT²

¹Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bucak Sağlık Yüksekokulu

Kariyer; kişinin yaşam süreci içinde, profesyonel olarak hayatını kazandığı alanda kendisini bir noktadan bir noktaya taşımasıdır. Eğitimli birey sayısında görülen artış, insanların okul yaşamlarından itibaren, kariyer hedeflerini belirleyecek bir plan dahilinde çalışma yaşamına girmelerini zorunlu kılmıştır. Üniversite yılları öğrencilerin kariyerleri ile ilgili keşif basamaklarını içermekte olup, kariyer seçenekleri bu dönemde değerlendirilmektedir. Kişisel memnuniyeti arttırmak, kariyer kararlarını iyileştirmek veya kişisel gelişimi arttırmak gibi hedefler günümüzde uluslararası kariyer rehberliğinin önemini giderek arttırmakta, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), Avrupa Birliği ve Dünya Bankası tarafından 37 ülkede kariyer rehberliği politikaları finanse edilmektedir. Üniversitelerde öğrencilerin kariyer arayışları genellikle kariyer merkezleri, stajlar, sektör temsilcileri ile tanışma, uygulamalı dersler ve iş yerinde de uygulamalı eğitimin sürdürüldüğü modeller (CO-OP) şeklinde gerçekleşmektedir. Üniversite kariyer merkezleri, kariyer konusunda yardım almak isteyen farklı nitelikteki öğrencilerin, ihtiyaç ve kültürel beklentilerine cevap verecek temel değerlere sahip olmalıdır. Kariyer planlaması yaparken özellikle sağlık sektörüne ilişkin kariyer fırsatlarının çeşitliliği bireyleri kendi kariyer becerilerini geliştirmek açısından zorunlu kılmaktadır. Kariyer tercihlerine karar vermedeki en etkin yöntem; çalışma koşulları, kariyer olanakları, yetkinliklerin araştırılması gibi konularda uzman görüşleri olan biriyle fikir alışverişinde bulunmaktır. Küreselleşme; dünya genelinde malların, hizmetlerin, finansal piyasaların, yatırımların, teknolojilerin, üretim faktörlerinin, bilginin, eğitimin, demografinin, kültürün, hukukun, siyaset ve çevresel faktörler gibi ortak değerlerin sürekli ve hızlı bir biçimde bölgesel veya ulusal sınırları aşarak uluslararasılaşma süreci olarak tanımlanabilmektedir. Küreselleşmenin eğitim sistemiyle bütünleşmesi olan eğitimde uluslararasılaşma (internalizasyon) yeni bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. Üniversite öğrencileri, içinde yer alabilecekleri Erasmus, Salto Youth, Avrupa Gönüllü Hizmeti (AGH) gibi gençlik projeleri ile uluslararasılaşma sürecine dahil olmaktadır.

DIYABETTE KANIT TEMELLİ BAKIM

Hicran BEKTAŞ¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Diyabet insülin sekresyonunda bozukluk ve/veya insülin direnci sonucu ortaya çıkan, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasının bozulması ile karakterize kronik bir hastalıktır. Diyabet tip 1 diyabet, tip 2 diyabet, gestasyonel diyabet ve diğer nedenlere bağlı diyabet olarak sınıflandırılmaktadır. Tip 1 diyabet çocuk ve genç erişkinlerde görülmekte olup, insülin üretimi yoktur ve dünyada 0-14 yaş arasında 542.000 çocuk tip 1 diyabet ile yaşamaktadır. Tip 2 diyabet en sık görülen tip olup, insülin direnci ile seyretmektedir ve her 11 yetişkinden birisinde görülmektedir. Gestasyonel diyabet görülme oranı %4.6-9.2 arasında değişmekte, her yedi gebelikten birisinde görülmektedir. Diyabet yönetimi diyabet eğitimi, tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz ve ilaç tedavisi (oral antidiyabetik tedavi ve insülin) ile yapılmaktadır.

Diyabet görülme oranları incelendiğinde; diyabet prevalansının dünyada 20-79 yaşlar arasında 2015 yılında 415 milyon (%8.8, 1/11 yetişkin) olduğu, 2040 yılında 642 milyon (%10.4, 1/10 yetişkin) olacağı; ülkemizde %13.7'ye yükseldiği; diyabete bağlı sağlık harcamalarının 2017 yılında 673 milyar dolar olduğu ve 2040 yılında 802 milyar dolar olacağı belirtilmektedir.

Diyabete bağlı kronik komplikasyonlar önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Diyabetli bireylerde diyabeti olmayan bireylere göre, mikrovasküler hastalık riskinin en az 10-20 kat, makrovasküler hastalık riskinin en az 2-4 kat, vasküler hastalıklara bağlı mortalite riskinin en az 2 kat fazla olduğu bildirilmektedir. Diyabetli bireylerde; diyabetik böbrek (*albuminüri*, *GFH azalma*) görülme riski %25, son dönem böbrek yetmezliği riski 10 kat fazla (%44) olup, ölümlerin %10 nedeni böbrek yetmezliğidir. Diyabetli bireylerde; diyabetik retinopati görülme riski 3 kat daha fazla (%16-35) olup, non-travmatik alt ekstremité amputasyonlarının 1/2 veya 1/3 nedeni diyabettir.

Diyabet epidemisinin önlenmesinde maliyet-etkin ve kanıt temelli çözümler bulunmaktadır. Diyabet komplikasyonlarının önlenmesinde / geciktirilmesinde hasta özyönetim stratejileri önemlidir. Diyabetli bireylerin bakım ve tedavilerine yönelik Amerikan Diyabet Derneği'nin (American Diabetes Association - ADA) 2018 yılına ait kanıt temelli standartları şunlardır (Tablo 1. Kanıt düzeylerinin sınıflandırılması ve tanımı):

Sağlık Bakım Uygulamalarının ve Toplum Sağlığının İyileştirilmesi

- Diyabet yönetiminde Kronik Bakım Modeli yaklaşımları kullanarak, bakım ekibi ile bilgilendirilmiş aktif hasta arasında üretken etkileşim kurulması (A)

- Sosyal alanda potansiyel gıda güvensizliği, konut durumu ve finansal engellerin değerlendirilmesi ve bu bilgilerin tedavi kararlarında kullanılması **(A)**
- Hastalara mevcut olduğunda sağlık koçları, yönlendiriciler veya toplum sağlığı çalışanları ile öz-yönetim desteği sağlanması **(A)**
- Tedavi kararlarının zamanında alınması, kanıta dayalı rehberler doğrultusunda bireysel tercihler, prognozlar ve komorbiditelere dayalı olarak hastalarla işbirliği yapılması **(B)**

Tip 2 Diyabet Taraması

- Fazla kilolu / obez ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) olan veya diyabet risk faktörlerinden 1 veya daha fazlası olan asemptomatik bireylerin taranması **(B)**
- Tüm hastalar için tarama testine 45 yaşında başlanması **(B)**
- Testler normalse en az 3 yıl sonra tekrarlanması **(C)**

Diyabet Özyönetim Eğitimi

- Etkili eğitimin hasta merkezli olması, grup veya bireyselleştirilmiş ortamlarda veya teknoloji kullanılarak verilebilmesi ve klinik kararlara rehberlik etmesi **(A)**

Beslenme

- Beslenme eğitiminin uzman diyetisyen tarafından verilmesi **(A)**
- Kalori alımını azaltma ve sağlık yaşam biçimi davranışları ile kilo kontrolü ($<5\%$) **(A)**
- Değişken insülin dozu kullanan hastalara karbonhidrat sayımının, yağ ve protein miktarı tahmininin öğretilmesi **(A)**
- İnsülin kullanmayan yaşlı / yalnız yaşayan / sağlık okur-yazarlığı olmayan tip 2 diyabetlilere porsiyon küçültme, kilo kontrolü, sağlıklı gıda seçimi eğitimi **(B)**
- Sodyum alımının $<2,300 \text{ gr}$ olması (HT veya ileri hastalık durumunda kısıtlama artabilir) **(B)**

Fiziksel aktivite

- Tip 2 diyabetli bireylerin haftada en az 3 gün toplam 150 dakika ya da daha fazla orta-şiddetli yoğunlukta aerobik aktiviteye katılması (2 günden fazla ara verilmemesi) **(B)**
- Günlük hareketsiz geçen sürenin azaltılması **(B)**
- Tip 2 diyabeti olan erişkinlerde kan glikozu yararları için her 30 dakikada bir hareket / yürüyüş yapılması **(C)**
- Diyabetli yaşlı yetişkinler için esneklik eğitimi ve denge eğitimi (2-3 kez / hafta, yoga ve tai chi) **(C)**

Psiko-sosyal durum

- Depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları ve bilişsel değişiklik semptomlarının uygun ve geçerli araçlar kullanılarak değerlendirilmesi; ilk ziyarette, periyodik aralıklarla, hastalık, tedavi veya yaşamda bir değişiklik olduğunda değerlendirilmesi; bakıcılar ve aile üyelerinin değerlendirmeye dahil edilmesi **(B)**
- Kognitif bozukluk ve depresyon için yaşlı erişkinlere (≥ 65 yaş) diyabet taraması yapılması **(B)**

HbA1c değeri

- HbA1c değeri $< 7\%$ **(A)**
- Şiddetli hipoglisemi, düşük yaşam beklentisi, ileri derecede mikrovasküler-makrovasküler komplikasyonlar durumunda HbA1c değeri $< 8\%$ **(B)**

Hipoglisemi

- Kan şekeri ≤ 70 mg/dL olursa 15-20 gr glukoz; 15 dakika sonra devam ederse uygulama tekrarı; kan şekeri normale dönerse yemek yenmesi **(E)**
- Kan şekeri ≤ 54 mg/dL olursa Glucagon **(E)**
- Bakım vericilerin, aile üyelerinin, okul personelinin ilacın nerede olduğunu, nereye nasıl ne zaman uygulanacağını bilmesi **(E)**

Hipertansiyon

- Tüm diyabetli ve hipertansif hastaların sistolik KB < 140 mmHg, diyastolik KB < 90 mmHg olacak şekilde tedavisi **(A)**
- Tüm hipertansif hastaların evde tansiyon takibi **(B)**
- KB $> 120/80$ mmHg olanlarda fazla kilo / obezite varsa kilo verme, sodyum ve potasyum alımını kısıtlama, fiziksel aktiviteyi artırma **(B)**

Antidiyabetik tedavi

- Kontrendikasyon yoksa, tolere ediliyorsa tip 2 diyabette Metformin **(A)**
- Uzun süreli Metformin kullananlarda B₁₂ vitamini eksikliği bulguları (anemi, periferik nöropati) takibi **(B)**

Antilipidemik tedavi

- Tüm yaşlardaki diyabetli ve kardiyovasküler hastalığı olan bireylere yaşam biçimi davranışlarına ek olarak statin tedavisi **(A)**
- Diyabetli hastalarda kardiyovasküler risk faktörlerinin tanımlanması ve tedavisi **(B)**

Kronik komplikasyonlar

Nefropati

- GFH 30 mL/dakika olursa renal replasman önerisi **(A)**
- Diyabetik nefropati için yıllık üriner albümin takibi **(B)**

- Diyalizi girmeyen diyabetik böbrek hastalarında günlük protein alımı ~0.8 g/kg; diyalize girenlerde daha yüksek oran **(B)**

Retinopati

- Diyabetik retinopati riskini azaltmak / önlemek için: uygun glisemik kontrol, uygun KB ve serum kolesterol değerleri **(A)**
- Diyabetik retinopati yok, glisemik kontrol iyiye 1-2 yılda bir göz muayenesi; diyabetik retinopati varsa yıllık oftalmolog takibi; diyabetik retinopati ilerleyici ise daha sık takip **(B)**

Nöropati

- Diyabetik nöropatiyi geciktirmek için uygun glukoz kontrolü **(B)**
- Ülser ve amputasyon için risk faktörlerini belirlemek, kapsamlı ayak değerlendirmesi için yıllık muayene **(B)**
- Tüm diyabetli hastalara genel koruyucu ayak öz bakım eğitimi **(B)**
- Ciddi nöropatisi, ayak deformitesi, amputasyon öyküsü olanlara özel tıbbi ayak ürünleri **(B)**

Aşılanma

- Yıllık influenza aşısı (≥ 6 ay üzeri herkese ve diyabetli bireye) **(C)**
- Hepatit B aşısı 3 doz (aşısız 19-59 yaş arası diyabetli bireylere) **(C)**
- Pnömonokok aşısı (2 yaş öncesi PCV13 / Prevenar, 2 yaş üzeri PPSV23 / Pnömo23) **(C)**

Gestasyonel diyabet

- Önceden bilinen diyabeti olmayan gebeleri 24-28. haftalarda tarama **(A)**
- Gestasyonel diyabeti olan prediyabetlilerde yoğun yaşam tarzı değişiklikleri veya metformin kullanılması **(A)**
- Risk faktörleri olan gebeleri ilk prenatal muayenede standart tanı testleri kullanarak tarama **(B)**
- Gestasyonel diyabeti olanları 3 yılda 1 prediyabet / diyabet açısından tarama **(B)**

Hastanede glisemik hedef

- İnsülin tedavisine sürekli hiperglisemi (≥ 180 mg/dL) durumunda başlanması; insülin tedavisi başlanınca hedef glukoz değerlerinin 140-180 mg/dL arasında olması **(A)**
- Diyabetli hastalar için yapılandırılmış taburculuk planı olması **(B)**

Sonuçlar ve Öneriler

- Tip 2 diyabet ve komplikasyon görülme oranı çok yüksektir ve oranlar hızla artmaktadır.

- Tip 2 diyabet epidemisi dünya sağığını ve ekonomisini tehdit eden global bir kriz olarak görölmektedir.
- Tip 2 diyabet normal vücut ağırlığı, fiziksel aktivite ve sağıklı diyetle önlenabilir.
- Tip 2 diyabet yönetiminde yaşam biçimi değışiklikleri, sosyal destek ve tedavi uyumu kardiyovasküler ve diğeri risklerin azaltılmasında çok önemlidir.
- Bakım kalitesinin arttırılabilmesi için kanıt temelli uygulamaların kullanılması gereklidir. Kanıt temelli uygulamaların öğrenilmesi ve kullanılmasında hemşire olarak önemli rollerimiz bulunmaktadır.

Tablo 1. Kanıt düzeylerinin sınıflandırılması ve tanımı

Kanıt Düzeyi	Tanımlama
A	Yeterince güçlü, iyi dizayn edilmiş randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) açık ve destekleyici kanıtları (çok merkezli çalışmalar ve meta analizler)
B	İyi dizayn edilmiş kohort çalışmalar, kohort çalışmaların meta analizi veya vaka kontrol çalışmalarının kanıtları
C	Kontrol grubu olmayan veya zayıf olan çalışmaların destekleyici kanıtları
E	Uzman görüş birliği veya klinik deneyimler



KALP YETERSİZLİĞİNDE KANIT TEMELLİ BAKIM

Canan DEMİR BARUTCU¹

¹*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

Kalp yetersizliği (KY) sık görülmesi, görülme sıklığının her geçen yıl artması ve çok yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olması nedeniyle önemli bir sağlık problemidir. Hipertansiyon, dislipidemi, diabetes mellitus gibi hastalıkların toplumda görülme sıklığının artması ve iskemik kalp hastalıklarının son dönem tedavi seçenekleri ile yaşam süresinin artması da kalp yetersizliği insidansını ve mortalitesini artırmaktadır. Türkiye’de yapılan kalp yetersizliği prevalansı ve belirleyicileri araştırmasının (HAPPY-Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey) sonucunda, ülkemizdeki KY prevalansı % 6.9 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, ülkemizde yaklaşık 2 milyon 424 erişkinde KY olduğu belirtilmektedir. Kalp yetersizliği 65 yaşın üzerindeki hastalarda hastaneye yatıştaki en sık nedendir ve yılda bir milyondan fazla hastaneye yatışa neden olmaktadır. Hastaların taburculuklarından sonraki ilk altı ay içinde tekrar hastaneye yatma oranları %25 ile %50 arasında değişmektedir.

Hemşireler hasta ve bakım veren sonuçlarını iyileştirmede çok önemli role sahiptirler. Bakımdaki amaç hasta sonuçlarını iyileştirmek, hastane yatışlarını, hastanede kalış süresini, maliyeti ve mortaliteyi azaltmaktır. Sağlık profesyonelleri hastalık sürecini etkin yönetmek, farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimleri uygulamak için güncel kılavuzların önerilerini dikkate almak durumundadır. Hemşirelik uygulamalarının kanıt temelli gerçekleştirilmesi; bakım kalitesi ve sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek açısından oldukça önemli ve gerekli olmaktadır. Hemşirelik bakımında kanıta dayalı yaklaşım; tuz kısıtlaması, semptom yönetimi, sıvı alımı, egzersiz, sigara-alkol kullanımı, bağışıklama, tedaviye uyum, izlem, hasta eğitimi ve multidisipliner yaklaşım başlıkları altında toplanabilir. Sonuç olarak; Kalp yetersizliğinde bakım yönetimi kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda gerçekleştirildiğinde hasta sonuçlarını iyileştirdiği, hastaneye yatış oranlarını ve maliyetleri azalttığı bilinmektedir. Bu sunumda; kalp yetersizliği ile ilgili olarak yayınlanan kılavuzlar incelenip, kalp yetersizliği yönetim programlarının temel prensipleri doğrultusunda kanıta dayalı bakım önerileri sunulmuştur.

BAKIM KAVRAMI ve KANITLARIN BAKIMDA KULLANIMI

İlkay BOZ¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelikte bakım anlayışı son 30 yılda büyük ölçüde değişmiştir. Literatürde bu değişim *türbülanslı bir yolculuğa* benzetilmektedir. Bakım ilişkisine odaklanma 2000'den sonra yayınlanmıştır. Roach bakımın insanın varoluş biçimi olduğunu ve insan olmanın bir özelliği olduğundan bir disipline özgü olarak görülemeyeceğini bununla birlikte hemşirelik için özgün olduğunu bildirmiştir. Hemşireliğin bilime ve topluma yükümlülüğü insanın bütünlüğünü korumaktır ve varoluşunun nedeni bakımdır. Hemşirelik etik ve felsefeyle ilgili “bakım bilimi”dir. Hemşirelik kuramcıları bakımın hemşirelik uygulamasının özü olduğunu bildirmektedir. Roach (2002) bakımın 6 C’si şu şekilde tanımlamaktadır: (1) compassion-şefkat, merhamet, (2) competence- yeterlilik, (3) confidence- güven, (4) conscience- vicdan, (5) commitment-bağlılık ve (6) comportment-davranış, tavır.

Bakım, hemşire-birey ilişkisinin/terapötik ilişkinin temelini oluşturur, hemşire-birey ilişkisinde özeldir. Bakımın orderı/rehberi zordur! Bakım ilişkinin doğası, çoğu hemşirelik girişiminin merkez noktasıdır. Her hemşirelik girişimi bakım için bir fırsattır. Hemşire bireye girişimde bulunur ancak bakım vermeyebilir çünkü bakım hemşirenin tamamladığı bir dizi işler listesi değildir.

Kanıt dayalı bakım gelensel hemşirelikten kapsamlı-iyileştirici hemşireliğe geçiş açısından anahtar bir yaklaşımdır. Kanıt dayalı bakım ile ilgili literatürün genel hemşirelik uygulamaları ile kıyaslandığında sınırlı olduğu görülmektedir. Bu alanda Kanada Ontario Hemşireler Birliğinin “İyileştirici İlişkilerin Kurulması”, “Bakım Geçişleri”, “Birey ve Aile Merkezli Bakım” başlıklarında bir kaç rehberleri bulunmaktadır.

Kanıt dayalı bakım yaklaşımında kişiler arası ilişkileri ortaya çıkartan bakım davranışlarına odaklanmak gerekmektedir. Çünkü bakım, bakım davranışları ile somutlaşmaktadır. Literatürde öncelikle İnsan Bakım Kuramında bakım davranışları tanımlanmış olsa da pek çok araştırmacının bakım davranışları tanımlarıyla karşılaşmıştır. Bakım davranışları temelde varlığını sunmak ve hazır bulunmak, dokunmak, açık ve ulaşılabilir olmak, otantik dinlemek, kabul etmek, göz teması kurmak, bireye adıyla seslenmek, rahatlığı sağlamak, gülümsemek ve birey ve aile merkezli olmak olarak sıralanmaktadır. Cocrane kütüphanesinde hemşirelikte bakım davranışlarına yönelik sistematik derlemelerden kanıtlara ulaşılmıştır. Ayrıca bakımda önemli bir etken olan iyileştirici bakım çevresine yönelik deneysel ve randomize kontrollü çalışmaları (RKÇ) içeren kanıt çalışmaları yapıldığı görülmektedir. Ancak bakım anına yönelik kanıtlara ihtiyaç vardır.

Kurama temelli hemşirelik bakımından kanıtlar incelendiğinde ise özellikle ülkemizde İnsan Bakım Kuramına temelli dokuz deneysel/RKÇ çalışma yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalarla bakımın iyileşme sürecine olan olumlu etkileri kanıtlarla ortaya çıkartılmıştır. Ancak hemşirelik bakımının

kanıtlanmasında eğitimde, araştırmada ve uygulamada daha pek çok yol kat edilmesi gerekmektedir. Sonuç olarak biz hemşireler varoluşumuzu sorguladığımız bir bakım bilinciyle mesleki değerlerimizi içselleştirmeye ve mesleğimize gerçekten değer vermeye başladığımızda bakıma ulaşır ve insanlığı iyileştirmeye başlayabiliriz.



2023 PERSPEKTİFİNDE TOPLUMSAL CİNSİYET

Emel TAŞCI DURAN¹

¹*Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü*

Toplumsal cinsiyet, biyolojik cinsiyetten farklı olarak, kadınla erkeğin sosyal ve kültürel açıdan tanımlanmasını, toplumların bu iki cinsi birbirinden ayırt etme biçimini, onlara verdiği toplumsal rolleri anlatmak için kullanılan bir kavramdır. Türk toplumunda var olan toplumsal cinsiyet ayrımını ve kadınlık olgusunu, toplumsal kültürel dokunun genel yapısıyla birlikte ele almak gerekir. Türk toplumunda kadını ayırtıran toplumsal cinsiyetin varlığı, toplumun yüzyıllarca biriktirdiği, oluşturduğu ve temsil ettiği kimlikle birlikte okunarak anlamlı kılınabilir. Sağlığı tehdit eden faktörlerin birçoğu sosyal, politik, ekonomik ve cinsiyet eşitsizlikleri ve sağlığın diğer belirleyicilerinden kaynaklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, önümüzdeki beş yıl boyunca (2019-2023) dünya sağlığını önemli ölçüde iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu, ancak, çalışmaların “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri”ne (SDG) dayandırılması gerektiğini vurgulamıştır. Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündeminde, sağlığımızın dünyamızın geleceği için hayati olduğunu belirtilmiştir. Tüm paydaşları “Sağlıklı yaşamının sağlanması ve her yaştan herkes için refahı teşvik etmeleri” için çağrıda bulunan Hedef 3’e ulaşma taahhüdü ile DSÖ, ülkelerin sağlıkla ilgili tüm SDG hedeflerine ulaşmalarını destekleyen dönüştürücü bir gündem oluşturacaktır. DSÖ, katılımın her seviyesinde, toplumsal cinsiyet eşitliği, eşitliği ve sağlığa dayalı, katılımı arttıran, esnekliği geliştiren ve toplulukları güçlendiren haklara dayalı yaklaşımların uygulanmasını öngörmektedir. DSÖ, cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve tüm kadın ve kızların güçlendirilmesi için fırsatların savunulması gerektiğini vurgulamaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınların ekonomik güçlenmesi ile ilgili olarak cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişim konusunda ve cinsel ve üreme sağlığı ve üreme haklarına evrensel erişim konusu üzerinde özel bir vurgu yapılmaktadır. Dünya Ekonomik Forumu’nun 2017 Türkiye raporuna göre cinsiyet eşitsizliği uçurumu giderek büyümektedir. Kadınların erkeklerle eşit haklara sahip olması için 100 yıl, erkeklerle eşit ücrete sahip olması içinse 217 yıl beklemesi gerekiyor. Rapora göre Türkiye, cinsiyet eşitsizliği uçurumunda 140 ülke arasında 2016 yılında 130’uncu sıradayken, 2017 yılında 131’inci sıraya gerilemiştir.

GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE HEMŞİRELİKTE UZMANLAŞMA

Şükran ÖZKAHRAMAN KOÇ¹

¹*Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

Hemşirelik mesleğinin çağdaş rollerini yerine getirebilmesi için mesleki özerkliğinin olması gereklidir. Çalışma alanlarında hemşireliğin hala mesleki özerkliğini tam olarak kazanmadığını ve mesleki özerklikte önemli sorunlar yaşadığını bilmekteyiz. Mezun hemşirelerin hayat boyu öğrenmelerinin devamlılığı için sürekli eğitimi ve uzmanlaşma ile ilgili sertifika programları sistemli hale dönüştürülmelidir. Ancak ülkemizde hemşirelerin mesleki eğitim durumlarına baktığımızda halen; Sağlık meslek lisesi hemşirelik bölümü, Önlisans programları, Hemşirelik yüksekokulu, Sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü, Sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü, Hemşirelik fakültesi, Lisans tamamlama programları gibi çok farklı çeşitlilikte olduğunu görebilmekteyiz. Eğitim farklılıkları nedeniyle hemşireler arasında yeterli işbirliğinin sağlanamaması, etkili bir iletişim ve paylaşımın olmaması ile hemşireler arasında yıkıcı rekabete neden olmaktadır. Bu durumda hemşirelerin güçlenmesini önleyerek mesleğin gelişimini engellemektedir. Mesleğe başlayan öğrencilerimizi mesleği benimsemeleri ve uyum sağlayabilmeleri konusunda cesaretlendirmeliyiz. Bizler öğrencilere bu bilinci aşılmalı ve yol gösterici olmalıyız. Hemşirelik Kanunu 2007’de yenilendi ve hemşirelikte uzmanlaşma yasal olarak tanımlandı. Resmi gazetede 2010 yılında yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği ile uzman hemşireliğin tanımı; «Uzman hemşire: Mesleğiyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaşan ve diploması Bakanlıkça tescil edilen hemşire» şeklinde yapılmıştır. Bu tanımlama yapılmasına rağmen henüz kadro ve özlük hakları düzenlenmemiştir. Yüksek lisans programlarından mezun olup uzman hemşire olan hemşireler çoğunlukla hastanelerde servis sorumlu hemşiresi olarak görevlendirilmektedir. Böylece uzman hemşireler klinik uzmanlığın gereği olan direkt bakım faaliyetlerinden uzaklaşmaktadır. İleri düzey yeterlilik gerektiren hemşirelik bakımı yine lisans ve altı eğitim düzeylerindeki hemşirelere devredilmektedir. Bu nedenle Personel Dağılım Cetveli (PDC) uygulamalarında uzmanlık alanları belirtilmelidir. Böylelikle kişinin eğitimi ile uyumlu birimde çalışması, iş doyumunu ve verimini artıracığından branşlaşmaya yönelik geleceğe dönük planlamalar yapılmalıdır. Hemşirelikte uzmanlık eğitimi kapsamında lisans mezunu bir hemşirenin uzmanlık yapmak istediği alanda en az 2 yıl öğrenim göreceği Hemşirelikte Uzmanlık Sınavı (HUS) getirilmelidir. Üniversite hastanelerinde verilecek olan bu eğitimle hemşireler aynı zamanda eğitim ve klinik deneyim aldıkları kurumda çalışmış olacaklar ve

Ülkemizdeki niversite hastanelerindeki hemşire açığını ciddi ölçüde kapatmış olacağını düşünmekteyiz.



HEMŞİRELERDE MESLEKTAŞ DAYANIŞMASININ ÖNEMİ

Esin ÇETİNKAYA USLUSOY¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Hemşirelik mesleğinin temelinde bakım verme davranışı yer almaktadır. İnsanlara yardım etmek isteyen, genellikle alturistic ve empatik eğilimleri yüksek düzeyde olan bireyler bu mesleği seçerler. Hemşireliğin mesleki değerlerinden biri olan alturizm, hem hastalar hem de meslektaşlar için paylaşma, yardım etme, dayanışma, destekleme ve koruyup bakım verme gibi birçok sosyal davranışı kapsar.

Alturistik değerler ışığında bakım uygulamalarını gerçekleştiren hemşireler, karmaşık ve yaşamı tehdit edici sorunları olan hastaların ihtiyaçlarını karşılamak, onları sürekli izlemek, kaliteli bakım ve tedavi girişimleri uygulamak için bilgi, beceri ve uzmanlıklarını kullanırlar. Hemşireler, çoğu kurumda iş yükü fazla ve stresli olan sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hemşirelerde meslektaş dayanışması ayrı bir öneme sahiptir. Meslektaş dayanışması, meslektaşların birbirlerine olan duygusal desteğinin yanı sıra, mesleki anlamda bilgi, teknik ve beceri paylaşımını içermektedir. Ayrıca, meslektaş dayanışması hemşirelerde, meslek algısını, mesleki benliği, iş doyumunu, örgüte bağlılığı ve meslekten ayrılma niyetini etkileyen bir faktördür.

Kurumda çalışan bireylerin birbirlerine destek vermeleri ve dayanışma içinde olmaları; hizmeti alan bireylerin memnuniyetini artırmakta, kurumun ve çalışanların memnuniyet sonuçlarını ve işte kalma oranlarını olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca, verilen hizmetin etkin olmasını sağlamakta, kurumu yıkıcı ve istenmeyen davranışlardan koruyarak, çalışanların yetenek ve becerilerini geliştirmekte, etkin bir işbirliği sağlayarak kurumun verimliliğini arttırmaktadır.

HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE GELİŞTİRİLMESİ GEREKEN YÖNLER VE İYİ UYGULAMALAR

Gülseren KOCAMAN¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Yükseköğretim kurumlarının, tüm paydaşlarına hesap vermeleri, sınırlı kaynakları daha etkili kullanmaları, toplumun beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamaları beklenmektedir. Hemşirelik lisans programları için de bu beklentilere karşılık vermek öncelikli bir sorumluluk olmakla birlikte, eğitici sayılarında herhangi bir iyileşme yapılmadan arttırılan öğrenci sayıları nedeni ile teorik ve uygulamalı eğitimde nitelik sorunları yaşanmaktadır. Hemşirelik eğitiminde akreditasyon, eğitimde yaşanan sorunların çözümü ve yapılacak iyileştirilmeler için lisans programları yönetici ve eğitimcilerine yol gösterici bir rehber olarak değerlendirilmelidir. Bu konuşmada, hemşirelik akreditasyon süreçlerinde belirlenen güçlü ve iyileştirilecek alanlar özetlenecektir.

Hemşirelik lisans programlarında güçlü ve bazı iyileşme alanları şunlardır: Hemşirelik programlarının kampüs içinde yer alması; mesleksi beceri laboratuvarlarında yapılan iyileştirmeler; hemşirelik eğitim programlarının, ulusal ve uluslararası belge ve metinlerde tanımlanan ilkelere, öğrencilere kazandırılmak istenen bilgi ve becerilere uygun hazırlanması; eğitim programı içeriğinin HUÇEP ile uyumlu olması; öğrencilerin, mesleki seçmeli dersler dışında üniversite seçmeli derslerinden de yararlanmaları; öğrencilerin, bilimsel etkinliklere katılması ve bu katılımın kurumlar tarafından desteklenmesi; kütüphanelerde yeterli hemşirelik kaynaklarının bulunması; başarılı öğrencilere çift diploma alma, yan dal yapma fırsatının tanınması ve değişim programları ile eğitici ve öğrenci hareketliliğinin sağlanması.

Eğitimde iyileştirilmesi gereken yönler olarak; eğitimin teorik içeriğinin yapılandırılması, kullanılan öğretim yöntemleri; ölçme-değerlendirme ve program değerlendirme yöntemleri; eğitimcilerin eğitimi ve eğitim becerilerinin geliştirilmesi, eğitim programlarının oluşturulma ve güncellenmesi süreçlerine iç ve dış paydaşların ve özellikle öğrencilerin katılımları; mezun izleme programları ele alınacaktır. Öğrenci sayılarının artması nedeniyle en fazla güçlük yaşanan konulardan birisi de uygulamaların ve uygulama ortamlarının yetersizliğidir. Simulasyon laboratuvarları ile uygulama alanı eksikliklerinin kapatılmaya çalışılması, bu başlık altında üzerinde durulacak önemli konulardan birisidir.

Hemşirelik lisans eğitiminde yaşanan güçlü ve zayıf yanların bilinmesi hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında mükemmelliğe ulaşmak için bir başlangıç noktası olarak görülmelidir. Bu

nedenle, hemşirelik programlarında yapılacak ayrıntılı bir öz değerlendirmenin de eğitimin iyileştirilmesinde ilk adım olacağı unutulmamalıdır.



YÜKSEKÖĞRETİMDE KALİTE DEĞERLENDİRME VE HEMŞİRELİK EĞİTİMİNE KATKILARI

Kadriye BULDUKOĞLU¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği AD

Ülkemizde yüksek öğretimde akreditasyon ve toplam kalite yönetimi ile ilgili çalışmalar, 1997 yılında kalite güvencesi sistemi ile başlatılmış, 2002 yılında “Yüksek Öğretim Kurumlarında Akademik Değerlendirme ve Kalite Kontrol Yönetmeliği” yürürlüğe girmiş, 2005 yılında YÖDEK kurularak kalite güvencesi alanında mevzuat kapsamındaki ilk uygulamalar başlatılmıştır. Aynı Yönetmelik kapsamında yükseköğretim kurumlarında “Akademik Değerlendirme ve Kalite Geliştirme Kurulu” nun (ADEK) kurulması sağlanmış ve bütün yükseköğretim kurumları, her yıl hazırlamakla yükümlü oldukları ADEK raporlarını YÖK'e göndermeye başlamıştır. Ardından 2006 yılında “Yükseköğretim Yeterlilikler Komisyonu” kurulmuştur. Devamla, 2010-2015 yılları arasında yükseköğretim kurumları tarafından verilen yeterliklerin “Ulusal Kalite Güvence Sistemi ile Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi”ne dahil edilmesi ve çerçevenin “Avrupa Üst Yeterlilikler Çerçeveleri” ile uyumluluğun belgelendirilmesi çalışmaları yapılmıştır. Kalite güvencesi uygulamalarının 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununda yer alması ise, 2011 yılında yapılan düzenlemelerle gerçekleşmiştir (Yükseköğretim Kalite Kurulu, 2018).

Nihayet 23 temmuz 2015 tarihinde “Yükseköğretim Kalite Güvencesi Yönetmeliği”nin resmi gazetede yayımlanması ile birlikte idari ve mali özerkliğe sahip, kamu tüzel kişiliğini haiz ve özel bütçeli “Yükseköğretim Kalite Kurulu” kurulmuş ve YÖDEK ilga edilmiştir. Yönetmelik kapsamında ayrıca tüm yükseköğretim kurumların kalite komisyonlarının oluşturulması da zorunlu hale getirilmiştir. Program akreditasyonuna yönelik çalışmalar kalite güvence sürecinin bir parçasıdır. Ülkemizde her yükseköğretim kurumu “Yükseköğretim Kalite Güvencesi Yönetmeliği” beş yıl içinde en az bir kez, Yükseköğretim Kalite Kurulu tarafından yürütülen periyodik kurumsal dış değerlendirme programına dahil olmakla yükümlüdür (Yükseköğretim Kalite Kurulu, 2018).

Kurumsal dış değerlendirme programı eğitim-öğretim programlarının değerlendirilmesi ve akreditasyondan farklı olarak, kurumun genel değerlendirmesi üzerine odaklanmaktadır (Yükseköğretim Kalite Kurulu, 2017). Kurumsal dış değerlendirmede; kurumun ne yapmaya çalıştığı, misyon ve hedeflerine nasıl ulaşmaya çalıştığı, misyon ve hedeflerine ulaştığına nasıl

emin olduğu ve geleceğe yönelik süreçlerini nasıl iyileştirmeye çalıştığı değerlendirilmektedir (Yükseköğretim kalite kurulu, 2016).

Ülkemizde, hemşirelikte lisans eğitime geçildiğı 1955 yılından itibaren eğitimin iyileştirilmesi çalışmaları kesintisiz devam etmektedir. Bu kapsamda; Üniversitelerarası Kurul Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi tarafından 01-02 Şubat 2002 tarihinde kurulan komisyonun hazırladığı “*Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP)*” önemli bir kilometre taşı olarak kabul edilmektedir. Hemşirelik lisans eğitimi programlarında 2003-2004 eğitim-öğretim dönemi itibarıyla uygulamaya konulan HUÇEP, ülkemizdeki tüm hemşirelik lisans eğitimi veren kurumların kendi eğitim programlarını HUÇEP’e göre tekrar gözden geçirmelerini sağlamış ve ulusal anlamda hemşirelik lisans eğitiminin belirli standartlara göre yapılmasını sağlaması bakımından ülkemiz hemşirelik eğitime çok büyük katkılar sağlamıştır. HUÇEP 2014 yılında Avrupa Birliği’nin hemşirelik eğitimi için belirlediğı kriterler ve Bologna Uyum Süreci doğrultusunda güncellenmiştir (Yüksek Öğretim Kurulu, 2014).

Hemşirelik eğitime ilişkin tarihsel önemdeki çalışmalardan biri de YÖK Başkanlığı’nın 09.11.2000 tarih ve 26170 sayılı yazı ile görevlendirdiğı komisyon tarafından yürütölmüş olan “*Türkiye’de Hemşirelik: Mesleki Eğitim ile İnsangücüne Yönelik Sorunlar ve Çözüm Önerileri*” başlıklı çalışmadır. Çalışma, 24 Mayıs 2001 yılında tamamlanarak YÖK Başkanlığı’na sunulmuştur. Çalışmada 72 sağlık yüksekokulu ve 11 hemşirelik yüksekokulundan elde edilen veriler “a)fiziksel alt yapı, b)yönetici profili, c)eğitici durumu, d)öğrenci, e)uygulama alanları ve f)güçlükler ve kurumun çözüm önerileri” başlıkları altında incelenmiştir. Bu veriler ışığında sağlı yüksekokulları Türkiye gerçekleri dikkate alınarak altı ölçüt temelinde sınıflandırılmıştır. Sonuçta hemşirelik eğitimi veren kurumların tamamının alt ve üst yapı bağlamında nicelik ve nitelik olarak önemli eksikliklerinin bulunduğu saptanmıştır. Raporda konumuzla doğrudan ilgili olan; “*YÖK’ün başlattığı akreditasyon çalışmalarına hemşirelik de dahil edilmeli ve hemşirelik eğitiminin özelliklerini göz önüne alan kriterler belirlenmelidir. Eğitimin kalitesini ve ürünlerini izleme programları ivedilikle oluşturulmalı ve bunların sürekliliğı sağlanmalıdır*” şeklinde bir öneri sunulmuştur (Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı, 2001).

Bu önerinin günümüze olan en somut yansıması 2013 yılında Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneğinin (HEPDAK) kurulması olmuştur. HEPDAK 25.12.2014 tarihinden itibaren hemşirelik programlarının akreditasyonu için ulusal bir kalite

güvence kuruluğu olarak tanınmış olup, ilk kurumsal değerdendirmeler 2015 yılında başlatılmıştır (HEPDAK, 2013).

Her yıl gittikçe artan sayıda kurumun akreditasyon başvurusu yapması hemşirelik eğitiminin geleceğı açısından umut verici olup, ülkemizde hemşirelik eğitiminde kalite arayışlarına ilginin artarak devam edeceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda sunumda, üstteki bilgiler ışığında, yükseköğretimde kalite değerdendirme uygulamalarının hemşirelik eğitime katkıları irdelenecek ve ulaşılan saptamalar doğrultusunda gerekli önerilerde bulunulacaktır.



ÇOCUKLARDA TAMAMLAYICI SAĞLIK YAKLAŞIMLARI

Emine EFE¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Antalya

Tamamlayıcı tedaviler tıbbi tedavi protokollerine ek olarak kullanılmasıdır. Alternatif tedaviyi, bilimsel tıp uygulamalarının yerine başka yöntemlerin kullanılması olarak tanımlamaktadır. Alternatif tedavi kanıtlanmamış tedaviler ve ürünleri kapsamaktadır. Sağlık profesyonelleri tarafından kabul edilen tedavi programları yerine sağlığı korumak, geliştirmek, tedavi olmak ve iyileşmek amacıyla tamamlayıcı tedavilere olan ilgisi ve kullanımı giderek artmaktadır. Tamamlayıcı tedavilere ilginin artmasıyla toplumun güvenilir bilgi ve uygulamalara yönlendirilmesi amacıyla yasal düzenlemeler yapılmasını gerektirmiştir. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları (TSY) iki ana grupta ele alınmaktadır. Zihin&Beden Uygulamaları; yoga, kayropraksi, osteopati, meditasyon, masaj, akupunktur, gevşeme teknikleri, tai chi, gi gong, terapotik dokunma, hipnoz ve hareket terapileri. Doğal Ürünler; bitkisel ürünler, vitaminler, mineraller, probiyotikler, diyet ürünleri. Bu gruplarda yer almayan diğer Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları; Geleneksel iyileştiriciler, Ayurveda, Homeopati, Naturopati, Geleneksel çin tıbbi uygulamalarıdır. Dünya’da ve Türkiye’de, bazen bilinçli, bazen de bilinçsizce Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları kullanımı hızla artmaktadır. Çocuklarda da TSY kullanımının artış gösterdiği ve kullanım oranının %9–73 arasında olduğu belirtilmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi sağlıklı çocuklarda % 20 – 40, kronik hastalığı olan çocuklarda % 50 oranında TSY kullanımı olduğunu rapor etmiştir. Türkiye’de pediatrik hastalarda tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını kullanım sıklığı %87’dir. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsüne bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi’nin 2012 yılında 4 ila 17 yaşları arasındaki 10.000’den fazla çocuk da dahil olmak üzere yaklaşık 45.000 kişiye uyguladığı Ulusal Sağlık Anketi sonucuna göre; çocuklar için en sık kullanılan yaklaşımlar doğal ürünlerdir (balık yağı, melatonin ve probiyotik) ve kayroprakti veya osteopatik manipülasyon). Pediatri hemşirelerinin TSY’lerin yararlı ve zararlı yönleri hakkında bilgi sahibi olmaları ve ailelere bilgi vermeleri son derece önem taşımaktadır. Toplumda, çocuklarda TSY kullanımında artış olmasına rağmen, bu uygulamaların yan etkileri konusundaki bilgileri yetersizdir. Güvenilir olmayan kaynaklardan alınan bilgilerle kullanılan bu yöntemler çoğu zaman insan sağlığına zarar verebilmektedir. Bu nedenle, pediatri hemşirelerinin holistik bakım anlayışıyla TSY uygulamalarının yararları, potansiyel riskleri hakkında bilgilerini artırmaları önem taşımaktadır.

YENİDOĞANIN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ GELİŞİMSEL BAKIMI

Ayşegül İŞLER DALGIÇ¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Ülkemizde doğan bebeklerin yaklaşık %10'u düşük doğum ağırlıklı olmakla beraber, dünyada her yıl yaklaşık 15 milyon preterm doğumun meydana geldiği bilinmektedir. Özellikle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde teknolojik gelişmelere bağlı olarak bakım kalitesi artmakta ve buna bağlı olarak preterm bebeklerin hayatta kalma oranı yükselmektedir. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde ventilatör desteğinin sağlanması, antenatal steroid kullanımı, surfaktan uygulaması gibi yöntemlerin kullanılması ile perinatal mortalite oldukça azalmıştır. Perinatal mortalitenin özellikle gelişmiş ülkelerde dramatik olarak azalması ile beraber çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin hayatta kalma oranları %50'den %85'e yükselmiştir. Ancak bu gelişmelerin yanı sıra erken doğum ve yoğun bakım ortamındaki bakım şartlarına bağlı olarak kalıcı nörogelişimsel problemler, öğrenme bozuklukları, davranış problemleri, motor becerilerde azalma gibi problemler ortaya çıkmaktadır. Erken doğumla birlikte bebek, beyin gelişimi için optimal bir ortam olan anne karnından ayrılarak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gürültülü, parlak ışıklı ve hareketli ortama yerleştirilmektedir. Yenidoğan yoğun bakım üniteleri intrauterin çevreden oldukça farklı olduğu için preterm bebeğin gelişim düzeyi ve ihtiyaçlarını tam olarak yansıtamaz, bebek karmaşa yaşar ve yeni yaşama uyumu daha da zorlaşır. Heidelise Als 1980'den beri yaptığı çalışmalarla preterm bebeklerin gelişimlerini desteklemek ve korumak amacıyla Sinaktif Teori'yi geliştirmiş ve bu teoriden yola çıkarak Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Programını oluşturmuştur. Bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım; preterm yenidoğanın dış ortama uyumunu kolaylaştırmak için çevresel faktörlerin kontrol altına alınıp düzenlenmesi, bakım gereksinimlerinin bebek merkezli ele alınıp bebeğin nörogelişimini destekler şekilde gözlenmesi ve uygulanması yaklaşımı olarak tanımlanmakta olan bir bakım felsefesidir.

Kanıt düzeyi yüksek çalışmalarda, bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım uygulamaları kapsamında; fiziki çevrenin düzenlenmesi, bebeğe pozisyon verme, toplu bakım uygulama, besleme amaçlı olmayan emmenin geliştirilmesi, masaj uygulaması, kendi kendine sakinleştirmeyi öğretme/kolaylaştırma, kanguru bakımı ve aile merkezli bakımın sağlanması gibi konular ele alınmaktadır. Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım uygulamalarının preterm bebeğin hastanede kalış süresini azalttığı, anne bebek bağlanması üzerine olumlu etkiler sağladığı, yoğun bakım ortamında uygulanan invaziv işlemlerde ağrıyı ve stres yanıtını azalttığı, nörogelişimsel sorunları önlemeye yardımcı olduğu, büyüme gelişme üzerine olumlu

etkilerinin olduğu, kas iskelet sisteminin desteklenmesi ve gelişebilecek sekellerin önlenmesinde etkili olduğu yapılan randomize kontrollü çalışmalar ve metaanaliz çalışmalarında belirtilmektedir. Yenidoğanın bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım uygulamalarının yaygınlaşmasıyla, uygulamaların etkinlikleri ve bakımın kalitesinin artacağı, multidisipliner anlamda hedeflenen sağlık göstergelerine ulaşılacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Prematüre, Yenidoğan Yoğun Bakım, Gelişimsel Bakım, Hemşire



SAĞLIK YÖNETİMİNDE YENİ TARTIŞMALAR

Ramazan ERDEM¹

¹*Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi*

Diğer alanlarla kıyaslandığında, tıbbi bilgi ve onunla birlikte sağlık sektörünün karmaşık ve dinamik özelliği öne çıkmaktadır. Konunun sağlık olması ve sağlıklı olma durumunun da hemen her şeye tercih edilebilecek nitelikte olması sebebiyle, sektörün bu devinimsel yapısı her zaman gündemdedir ve herkesin ilgisini çekmektedir. Nihayetinde sağlıklı olmak bir ölüm kalım meselesidir ve bireysel olarak da herkesin gündeminde.

Bu alanda yapılan yeni tartışmalar son beş yılda hızlanan “endüstri 4.0” tartışmaları perspektifinde ele alınabilir. Bu çerçevede “health 4.0”, “medicine 4.0” gibi kavramsallaştırmalarla bilim ve teknolojiadaki gelişmelerin sağlık sektörüne yansımaları ele alınmaktadır. Bu çerçevede insanımsı yardımcı robotlar, robotik cerrahi, mikroçipler, giyilebilir sağlık teknolojileri, mobil sağlık, dijital hastaneler, büyük veri havuzu, biyonik organlar, nanoteknoloji, 3D biyobaskı gibi daha önce pek bilinmeyen yeni gündemler ortaya çıkmıştır. Şu anda tıp alanında yapılan araştırmaların gen haritaları, DNA dizilimleri, kök hücre tedavileri gibi alanlara yönelerek genetik olarak hastalık riskleri ve eğilimlerini ortaya koymayı hedefledikleri görülmektedir. Bu da bizi herkese özel bir sağlık ve hastalık konseptine doğru götürmektedir ki, buna da “kişiselleştirilmiş tıp” adı verilmektedir.

Tıptaki bu gelişmelerle birlikte yeni hastalık trendleri de ortaya çıkmaktadır. Dünyada ölüm nedenlerinin başında hipertansif ve kardiyovasküler hastalıklar gelmekte, obezite, diyabet, depresif hastalıklar, alzheimer gibi yeni hastalıklar yükselmektedir. Gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanması, hareketsiz yaşam tarzı, biyoterörizm gibi konular sağlık politika ve planlamacılarının yeni gündem maddeleridir.

Sağlıklı olma, hastalıklara çözüm bulma gibi çabaların hem bireysel anlamda hem de kamu sorumluluğu anlamında bir de maliyeti bulunmaktadır. GSYİH içinde sağlığa ayrılan payın, kişi başına düşen sağlık harcamalarının ve kişilerin sağlıklı olmak adına ceplerinden yaptıkları harcamaların artmasından anlayabiliyoruz ki, tüm dünyada sağlık harcamaları artış eğilimindedir. Peki bu artış bizi nereye götürecektir? Tabii ki gelecekte maliyetleri düşürme adına bir takım stratejilerin ortaya konacağını söyleyebiliriz. Mesela sağlık konusu daha çok bireysel sorumluluk düzlemine indirilerek, kişilerin kendi ihmallerinden kaynaklanan hastalıkların tedavisinde maliyetler devlete ya da sigorta kuruluşlarına değil de kişinin kendisine yüklenebilecektir. Sigorta kuruluşları hastalık riski yüksek olan bireylerden (sigara

kullananlar, hareketsiz yaşayanlar, obezler gibi) daha çok prim talebinde bulunabileceklerdir. İnsanların önceki dönemlere göre daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları (bu kullanım sayısı da artma eğilimindedir), yaşlı nüfusun artması gibi konular ülkelerin geleceğe yönelik sağlık politikalarında belirleyici faktörlerdendir.

Türkiye'nin sağlıkla ilgili dinamiklerinde ise kronik hastalıkların (kardiyovasküler hastalıklar, kanser gibi) gündemde olmaya devam edeceğini, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezite, depresif hastalıklar gibi sorunların çoğaldığını söyleyebiliriz. Yakın gelecekte yaşlı nüfus sorunuyla da uğraşmaya başlayacağız. Sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili de "sağlık 4.0" gibi konuların ülkemizde gündemde olduğunu, sağlık hizmetlerinde dijitalleşmenin bir trend haline geldiğini, kalite ve akretitasyon çalışmalarının hızlandığını, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın sağlık sistemi içerisine katılmaya çalışıldığını görmekteyiz. Yine Türkiye'de önemli bir gündem maddesi sağlık turizmi konusudur. Klasik anlamda sağlık turizminin farklı yönleri ortaya çıkabilecektir. Mesela sağlık hizmeti süreçlerinin İslâm dininin esasları dikkate alınarak Müslümanların kolay kullanabileceği şekle getirilmesiyle "helal sağlık turizmi", insanların çeşitli sebeplerle hayatlarını sonlandırmak ve bu süreci de sağlık imkânları çerçevesinde yürütmek için bir yerden başka bir yere gitmesiyle ortaya çıkacak "ölüm turizmi", insanların gerekli tıbbi bilgi ve beceri öğrenmek amacıyla seyahat ettiği durumlar için kullanılabilecek "sağlık eğitimi turizmi" gibi konular tartışmaya açılabilir.

Konuya eleştirel perspektiften baktığımızda, insanlar gittikçe tıba bağımlı hale gelmektedirler. "Medikalizasyon" olarak ifade edeceğimiz bu durum bir taraftan bakıldığında ürkütücü boyutlardadır. Doğum hastanede olmaktadır, yaşarken sürekli hastaneyle içli dışlıyızdır ve ölümler de hastanede ölmektedir. Bu işin bir de ilaç boyutu vardır. "Farmasötikalizasyon" olarak isimlendirebileceğimiz bu durumda da hayatımız ilaca bağımlı hale gelmektedir. İlaç kullanımı, yeme ve içme gibi, günlük gıda kullanımı ile eşdeğer hale gelmiştir. Dünyanın ekonomik olarak en büyük hacimli güçlerinden birisi olan ilaç sektörü ve bu sektörün ilaç pazarlama taktikleri, bu çerçevede hükümetlere, tıp endüstrisine, sağlık personeline yönelik baskılamaları, üzerinde detaylı durulması gereken konulardandır. Ivan Illich gibi yazarların dikkat çektiği gibi, modern tıp bir taraftan hastalıklara çözüm ararken, bir taraftan da hastalık üretmektedir. Yine sağlık sektöründe yaşanan mekanikleşme, hekim-hasta iletişimi problemleri, sağlık personeline uygulanan şiddet çözülmesi gereken konular olarak önümüzde durmaktadır.

Görüldüğü gibi, sağlık sektörü hayat ile ölüm arasında hemen her şeyi kuşatmış vaziyettedir. İşin özünde her ne kadar tıp sektörü ve sağlık çalışanları varmış gibi görünse de

mühendislerden hukukçulara, eğitimcilerden psikologlara, sağlık yönetimcilerinden sosyologlara bir çok disiplinin ortak ilgi alanı içerisinde. “Sorun varsa çözümü de vardır” bakış açısıyla her alan kendi perspektifinden meseleye el atmalı ve insanlığın faydası için stratejiler üretebilmeklidir.



SAĞLIK TURİZMİ

Murat KAYALAR¹

¹Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü

Dünya ekonomisi ve sağlık sektöründe gittikçe artan bir trendle turizm, sağlık ve ekonomi yazınında sağlık turizmi tartışılmaya devam etmektedir.

Sağlık turizmi; bireylerin; sağlığı geliştirici, tedavi edici, koruyucu veya rehabilite edici hizmetleri almak amacıyla yaşadıkları ülke sınırları dışındaki bir ülkeye (24 saatten fazla süren) seyahatleridir.

İnsanlar çeşitli nedenlerle ikamet ettikleri ülke sınırları dışına sağlık amacıyla seyahat etmektedirler. Örneğin; yüksek maliyetler, sağlık sistemindeki aksamalar, alternatif tıp uygulamaları, daha kaliteli hizmet gibi.

Genel olarak baktığımızda sağlık turizmi'nin üç önemli boyutu olduğu görülür. Bunlar: Sağlık boyutu, ekonomik boyut ve yasal boyut.

Sağlık boyutu perspektifinden bakıldığında sağlık turizminin 3 ana çeşidi vardır: Yaşlı ve engellilerin rehabilitasyonuna yönelik yaşlı ve engelli turizmi, Alternatif tıp uygulamaları anlamında Termal turizm ve SPA turizmi ve Medikal turizm.

Ekonomik anlamda ise özellikle turizmin 12 aya yayılması ve turizmde farklı destinasyonlar, alternatif turizm faaliyetleri arayışları ile ülkeler turizm gelirlerini artırmayı hedeflemektedirler. Dünya sağlık turizmi gelirleri 100 milyar doları aşmış ve Türkiye'de bu pastadan 2017-2018'de yaklaşık 9-10 milyar dolar pay hedeflemektedir.

Yasal-Hukuki anlamda ise bu hizmetlerin bir standarda kavuşturulması amacıyla 13 Temmuz 2017 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren «Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı hakkında Yönetmelik» ile Türkiye'deki Sağlık Turizmi faaliyetleri düzenlenmiştir.

Bu yönetmeliğin getirdiği en önemli düzenleme “Yetki Belgesi” alma zorunluluğudur. Yönetmeliğe göre yetki belgesi almak isteyen sağlık tesislerinin; Sağlıkta kalite standartları değerlendirmesinden en az 85 puan almak, uluslararası sağlık birimi oluşturmak, iletişim, bilgilendirme, ödeme gibi işlemler için gerekli internet altyapısı oluşturmak ve taahhütler gibi 7 ana başlıkta toplanan kriterleri yerine getirmeleri gerekmektedir.

Bu düzenlemeden sonra Türkiye'de faaliyet gösteren 5 kamu, 32 özel, 2 vakıf ve 3 kamu hastanesi yetki belgesi almıştır.

Yetki belgesi için çokta ağır olmayan bu kriterleri sağlayarak yetki belgesi sahibi sağlık tesislerinin özellikle turizm bandında bir uluslararası sağlık turizmi kuşağı oluşması gerekliliği hem ülkemizin turizm gelirleri açısından hem de alternatif turizmin bir enstürmanı olması ve turizmin 12 aya yayılması açısından önemlidir.



TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI ve SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISINDAKİ DÖNÜŞÜM

Mustafa LAMBA¹

¹*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İİBF Kamu Yönetimi Bölümü*

Sağlık, toplumların geleceğini ve işgücünün yeniden üretilmesini doğrudan ilgilendirdiği için sağlıklı bireylere sahip olmak isteyen devletler bu alanlarda önemli yatırımlar yapmaktadırlar. Yapılan yatırımların amacına ulaşabilmesi için kaynakların ve doğru ve yerinde kullanılması, nitelikli insan gücüne sahip olunması, sürdürülebilir finansman yapısının kurulması gibi çeşitli ön koşulları bulunmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinden beklenen çıktıların elde edilmesinin temelinde iyi bir örgütlenme anlayışı yer almaktadır. Çünkü iyi örgütlenmiş bir kurumda, yöneticiler örgütsel amaçlar hakkında tereddüte düşmezler, amaçlar ve kaynaklar arasındaki bağ açıkça belirtilmiştir, çalışanlar görevlerinin kendilerine yüklediği yetki ve sorumlulukları bilerek bu doğrultuda çaba gösterirler.

Sağlık Bakanlığı da dönemin gereklilikleri ve hükümetlerin politikaları doğrultusunda gerek merkez teşkilatında gerekse taşra teşkilatında zaman zaman değişikliğe gitmiştir. Bu çalışmanın amacı da, Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısındaki dönüşümü incelemektir. Çalışmada, literatür taraması ve resmi belgeler üzerinden betimleyici analiz yöntemi kullanılmıştır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde uygulanan temel politikalar incelendiğinde;

1. dönem: 1960’lı yıllara kadar mevzuat çalışmalarının ve teşkilat yapılarının kurulduğu “örgütlenme ve kurumsallaşma” dönemidir (Akdur, 1999: 12). Ülkede farklı kurumlar tarafından yürütülen hizmetlerin organize edilmesi ile koruyucu hekimlik hizmetleri merkezi yönetime, tedavi edici hekimlik hizmetleri ise yerel yönetimlere bırakılmıştır. Bunun yanında bulaşıcı hastalıklarla mücadele programları geliştirilmiştir. Örgütlenme anlayışı bakımından değerlendirildiğinde, merkezde hastalıklara ve sosyal yardımlara ilişkin yönelik ayrı birimler oluşturulurken, taşrada da her bir hizmet türü için birimler bazında yapılanmaya gidilmiştir. Dolayısıyla teşkilatlanma yapısı, geniş bölgede tek amaçlı dikey örgütlenme modeline göre belirlenmiştir. (TC. Sağlık Bakanlığı, 2008: 15; TC. Sağlık Bakanlığı, 2003: 8-9).

2. dönem: sağlıkta sosyalizasyon politikaları doğrultusunda hizmetlerin entegre edilerek, yaygınlaştırıldığı 1960-1980 yılları arasındaki dönemdir (Sülkü, 2011: 4). Sağlık Bakanlığı il ve ilçelerde devlet hastaneleri kurmaya başlamış, işçiler için Sosyal Sigortalar Kurumu oluşturulmuş ve sigortalı hastalar için hastaneler açılmıştır. Bu dönemin farkı,

geçmişteki “geniş bölgede tek yönlü hizmet” anlayışının terk edilerek, “dar bölgede çok yönlü hizmet” anlayışına geçilmesidir (TC. Sağlık Bakanlığı, 2008: 18).

3. dönem: 1980 sonrası kapsamakta olup, sosyalleştirme politikaları ile birlikte serbest piyasa ekonomisine geçişin sağlık politikalarına yansımalarının da görüldüğü dönemdir. 1992 yılında Birinci Ulusal Sağlık Kongresi sonrasında hazırlanan “Ulusal Sağlık Politikası” belgesinde sağlık sisteminin sorunları sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1993: 47-48). Buna göre; sağlık hizmetlerinin çok başlı, merkeziyetçi, koordinasyon eksikliğinden kaynaklanan yetki karmaşasının olduğu, Sağlık Bakanlığı’nın politika oluşturma biriminden ziyade, enerjisini rutin işlere harcayan bir Bakanlık haline geldiği, profesyonel sağlık yöneticileri istihdam edilemediği için merkez ve taşra teşkilat yapısının modern yönetim anlayışından uzak olduğu ifade edilmiştir (TC. Sağlık Bakanlığı, 1993: 47-48). Bu kapsamda önerilen çözümler ise örgüt ve yönetim yapısında yerinden yönetimin benimsenmesi, Bakanlığın politika üreten ve denetleyen bir yapıya dönüştürülmesi; profesyonel yönetime geçilmesi ve dikey örgüt modelinden entegre hizmet modeline geçilmesi istenmiştir (TC. Sağlık Bakanlığı, 1993: 47-48).

4. dönem: 2003 yılında itibaren Ulusal Sağlık Politikası Belgesinde’ki tespitler de göz önüne alınarak başlatılan geniş kapsamlı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) dönemidir. SDP ile hizmetlerin etkin, verimli ve hakkaniyete uygun olarak örgütlenmesi ve finansmanının sağlanması amacıyla insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı (sağlık hizmetini sunan, finansmanını sağlayan, planlayan ve denetleyen güçlerin birbirinden ayrılması) ve hizmette rekabet hedeflenmiştir. Bakanlığın temel görevi, politika geliştirme, standart belirleme, denetleme ve kaynakları etkin bir şekilde yönlendirmektir. Bu kapsamda örgüt yapısının daha yatay ve entegre sağlık hizmetini uygun şekilde yeniden yapılandırılacağı ifade edilmiştir (TC. Sağlık Bakanlığı, 2003: 24-37). SDP sürecinde Savunma Bakanlığı ve üniversitelere ait hastaneleri haricindeki kamu sağlık kuruluşları, Sağlık Bakanlığı’na devredilerek tüm sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması sağlanmıştır. 2017 yılında 669 sayılı KHK ile Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı hastaneler de Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş, hatta üniversite hastaneleri için benzer bir uygulamanın olup olmayacağına yönelik tartışmalar gündeme gelmiştir.

1936-1983 arası dönemde (3017 Sayılı Kanun) Bakanlığın dikey, hiyerarşik ve oldukça basit bir teşkilat yapısına sahip olduğu; 1983-2011 arası dönemde (181 sayılı KHK) ise sağlık hizmeti sunan birimlerin, genel müdürlük ve daire başkanlıkları şeklinde (ana hizmet birimleri) uzmanlaşma temelli olmayan parçalı bir yapıya dönüştürüldüğü; 2011-2017 arası

dönemde (663 sayılı KHK) Bakanlığın politika belirleme, düzenleme ve denetleme rolünün ön planda tutulduğu, merkezde il düzeyinde Bakanlığa bağlı hastanelerin kamu hastaneleri birlikleri çatısı altında birleştirildiği ve birliklerin de bağlı kuruluş statüsündeki Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlandığı, kamu hastaneleri birliklerinde profesyonel yönetime geçildiği, sağlık hizmeti sunan kuruluşların yönetiminin basamak esasına göre sınıflandırıldığı ve sağlık hizmetlerinin daha fonksiyonel birimlere ayrıldığı bir teşkilat yapısı oluşturulmuştur.

Bakanlık merkez teşkilat yapısı, “Bağlı Kuruluşlar”, “Sağlık Politikaları Kurulu” ve “Hizmet Birimleri” olarak, hizmet sunma, politika belirleme, denetleme, kontrol, izleme ve planlama bakımından fonksiyonel birimlere bölünmüştür. Eskiden, il düzeyinde Bakanlık hizmetlerinin tek sorumlusu olan sağlık müdürlükleri, KHK sonrası ildeki sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu ile acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu hale getirilmiştir. Yeni yapıda bağlı kuruluşlar ve bunlara bağlı taşra teşkilatları oluşturulmuştur. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra teşkilatı olarak İl Halk Sağlığı Müdürlükleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun taşra teşkilatı olarak Kamu Hastane Birlikleri kurulmuştur. Böylece Bakanlığın taşra teşkilat yapısı üçe bölünmüştür. Ancak aralarındaki hiyerarşik kademelenmeye net olarak belirlenmemiştir. Her ne kadar İl Sağlık Müdürlüklerine, denetim, koordinasyonu sağlama ve iletişim görevleri verilmiş olsa da Kamu Hastane Birliklerinin doğrudan kendi üst kurumları ile yazışma yapabilir olmaları taşrada çok başlılığa sebep olmuştur. Nihayet 2017 yılında yayımlanan 694 sayılı KHK ile bağlı kuruluşlar statüsünde olan, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu genel müdürlük seviyesine çekilerek taşra teşkilatları kaldırılmıştır. İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde ihtiyaca göre halk sağlığı, kamu hastaneleri, ilaç ve tıbbi cihaz, sağlık ve acil sağlık hizmetleri ile personel ve destek hizmetlerini yürütmek üzere başkanlıklar kurulabileceklerdir. Dolayısıyla taşra düzeyinde çok başlılık ve koordinasyon sorunları aşılrken, hizmetlerin fonksiyonel bölümlendirmesinden de vazgeçilmemiş olmaktadır. Bu yeni dönem 2003 sonrası sağlık hizmetlerinde Yeni Kamu İşletmeciliğinin hem örgütlenme anlayışının hem de özel sektör yönetim anlayışını esas alan ilkelerinin benimsendiği bir dönem olarak değerlendirilebilir. Çünkü son yıllarda sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, rekabetin geliştirilmesi ve sağlık turizmi bakımından bu alandaki yatırımların kamu-özel ortaklığı yöntemiyle gerçekleştirilmesi sürecinde önemli mesafeler alınmıştır.

SAĞLIKLI ŞEHİRLER

Ümmühan KAYGISIZ¹

¹*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İİBF, Kamu Yönetimi Bölümü*

Sağlıklı şehir, çevresini geliştirerek katma değer sağlayan aynı zamanda kaynaklarını genişleten şehirdir. Bu bağlamda sağlıklı şehir, doğal ve tarihi çevreyi koruyan, kimliği olan, yaşam kalitesi yüksek alanlara sahip, planlı ve sağlıklı bir kent geliştirme yöntemidir. Herhangi bir şehir var olan sağlık durumuna bakılmaksızın sağlıklı şehir olabilir; gerekli olan başarmak için bir yapı ve işleyişe sahip olmak ve bu konuda kesin karar almaktır.

DSÖ öncülüğünde kentlerde sağlığı geliştirme çalışmalarını gerçekleştirmek için birçok alanda olduğu gibi “Sağlıklı Kentler” alanında da üretilen Sağlıklı Kentler Projesi, kentte yaşayan ve çalışan insanların her türlü fiziki, psikolojik ve çevresel refahlarını geliştirmeyi amaçlamaktadır. Sağlıklı Şehirler Projesi, daha az maddi imkân ve olanağa sahip bölgelerde genel ve çevre sağlığı hizmetleri, trafik düzenlemelerinin yapılması, sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi için çabalamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlıklı şehir kriterleri; temiz, güvenli, yüksek kalitede fiziksel çevre, dengeli ve sürdürülebilir bir ekosistem, güçlü ve dayanışma içinde başarılı bir toplum, şehirde yaşayanların hepsinin temel ihtiyaçlarının karşılanması, çeşitli iletişim, etkileşim ve bağlantıları kullanarak, mevcut tüm kaynaklara ulaşma, yenilikçi şehir ekonomisi, kültürel, tarihi ve biyolojik geçmişine ve mirasına sahip çıkan vatandaşlar, herkes tarafından ulaşılabilen ve yeterli düzeyde halk sağlığı ve bakım hizmeti ve yüksek sağlık hizmetinden oluşmaktadır.

Bu kriterleri taşıyan ve sağlıklı olarak adlandırılan şehirlerin sağlayacağı önemli avantajlar vardır. Öyle ki sağlıklı şehirler, şehir sakinleri açısından sağladığı faydaların yanı sıra ülke ekonomisi bağlamında sürdürülebilirlik açısından önemli katkılar sağlamaktadır. Öncelikle kaliteli yaşam ortamları, sağlık ve refah bilinci, halk sağlığı alanında mevcut durumun tespiti, değerlendirilmesi, önceliklerin belirlenmesi, kontrolü ve geliştirilmesini sağlayacaktır. Ayrıca, Yerel Gündem 21 ve Sağlık 21 hedeflerine ulaşmayı sağlayacak, sürdürülebilir kalkınmaya yerel düzeyde ivme katacaktır. Uluslararası tanıtımı sağlayacak, turizm hareketini artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Şehir, kent sağlığı, kalkınma, yaşam.

KURUMLAR ARASI EŞGÜDÜM

Murat KUŞ¹

¹*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü*

Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olaylar olarak tarif edilen afetler ile mücadelede mutlaka kurum arası eşgüdüm sağlanmalıdır.

Ülkemizde yaşanabilecek her tür ve ölçekte, afet ve acil durumlara müdahalede görev alacak, bakanlık, kurum ve kuruluşlar, özel kuruluşlar, STK'lar ve gerçek kişileri kapsayan geniş bir paydaş grubu ile eşgüdüm oluşturulmaz ise afetler ile mücadele orta vadede başarısızlık çıktıları verecektir.

Sağlık Bilimleri Fakültelerinde veya Sağlık Yüksekokullarında eğitim-öğretim faaliyetlerini sürdüren Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümlerinin öğrenci eğitimindeki misyonları; hastane öncesi acil tıp bilgisi ile hayat kurtarabilecek, kesintiye uğrayan hayatı ve faaliyetleri en kısa sürede normale döndürebilecek, müdahale çalışmalarını hızlı ve planlı bir şekilde gerçekleştirebilecek, halk sağlığını koruyup sürdürebilecek, mülkiyet, çevre ve kültürel mirası koruyabilecek, ekonomik ve sosyal kayıpları azaltabilecek, ikincil afetleri önleyebilecek ya da etkilerini azaltabilecek, kaynakların etkin kullanımını sağlamakta görev alabilecek profesyoneller yetiştirmektir. Bu kapsamlı amaçlar incelendiğinde tüm ana ve destek çözüm ortaklarının rol ve sorumluluklarını öğrenerek işbirliği yapabilecek seviyede mezunları ülkemize kazandırmak adeta bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm bunların yanı sıra Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümlerinde yönetici ve öğretim elemanı olarak görev alan akademik personelin de etkili planlama becerisi, esnek ve ölçeklenebilir yönetim kurabilme, koordinasyon, işbirliği ve dayanışma özelliklerine sahip olma, bilgi yönetimi ve iletişim konularına hakimiyet, ilgili mevzuatlar hakkında teorik bilgi birikimi gibi özelliklere sahip olması gerekmektedir.

Sonuç olarak Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümlerinin orta ve uzun vadeli planlarının stratejik, taktik ve operasyonel yaklaşımların ise hazır olabilmesi için, kurum ve kuruluşların orta ve uzun vadeli amaçlarını, temel ilke ve politikalarını, önceliklerini, performans ölçütlerini, hedeflerinin çok iyi tanınması ve eşgüdümün sürekli hale getirilmesi kaçınılmazdır.

Anahtar Kelimeler: Afet, Türkiye, Üniversite, Eşgüdüm

ACİL YARDIM VE AFET YÖNETİMİNDE ÖZLÜK HAKLARI

Hüseyin KOÇAK^{1,2,3}

¹*Acil Yardım ve Afet Yöneticileri Derneği Başkanı, Çanakkale, Türkiye,*

²*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü*

³*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afet Tıbbi Doktora Programı Öğrenci*

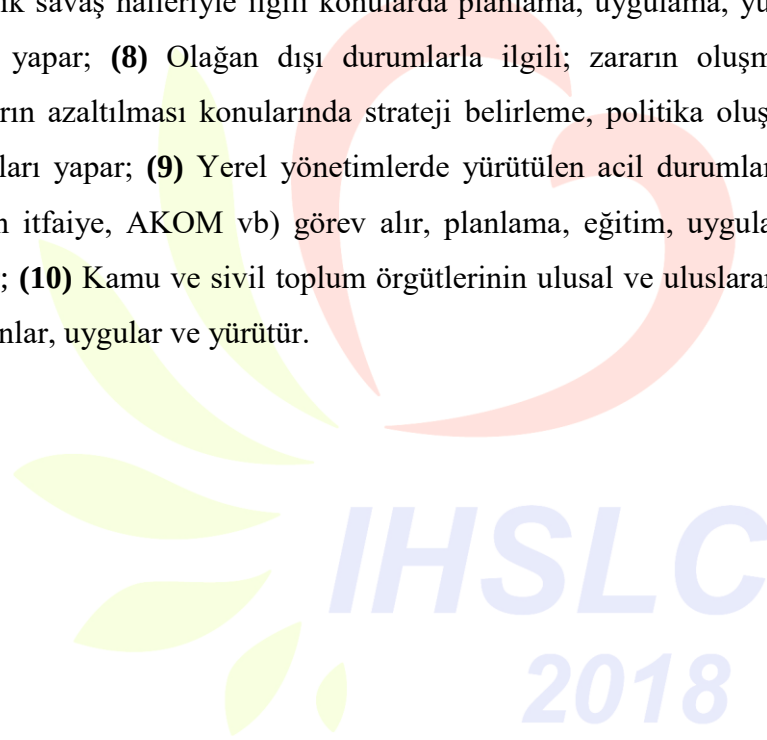
AYAY lisans programlarının resmi sayfalarında “Acil Yardım ve Afet Yönetimi bölümünün amacı, dört yıllık lisans öğrenimi kapsamında; acil ve afetlerde yürütülen hizmetler konusunda çalışan ilgili sağlık kuruluşu, itfaiye teşkilatı, insani yardım kurumları bünyesinde “uzman” ve “yönetici” pozisyonlarında görev alabilecek personel yetiştirmektir. Lisans programından mezun olanlara Acil Yardım ve Afet Uzmanı/Yöneticisi unvanı verilir” şeklinde yer almaktadır. Türkiye’de 2009 yılında ilk mezunlarını verdiği günden bugüne yeni bir meslek grubu olarak yerini almaya çalışmaktadır.

AYAYDER olarak mesleğin temel tanımlarının, iş ve görevlerinin, ilkelerinin belirlenmesi hususunda çeşitli çalışmalar yürütülmektedir. Derneğin girişimleri neticesinde YÖK tarafından 2015 yılında Acil Yardım ve Afet Yöneticisi unvanı kullanmaları kararı verilmiştir. YÖK tarafından Üniversiteler arası Kurul Başkanlığının Görüşleri ’de dikkate alınarak 25.10.2017 tarih ve 75850160-303.01.01-E.72783 sayılı kararı ile AYAY sağlık hizmetleri sınıfında yer almakta ve Sağlık Bilimleri Lisansiyeri unvanını kullanmaktadır. Bu doğrultuda üniversitelerin eğitim öğretim programları, program yeterlilikleri dikkate alınarak 2015 yılında AYAYDER tarafından AYAY İş ve Görev tanımlarının yapılması çalışması başlamıştır. Belirlenen iş ve görev tanımları AYAY mezunu akademisyenlerle paylaşılarak görüş, düşünce ve katkıları alınarak geliştirilmiştir. Hazırlanan taslak çalışma kongre ve sempozyumlarda sunulmuş ve gelen eleştiri ve katkılarla geliştirilmiştir.

Bu bilgileri doğrultusunda AYAYDER tarafından meslek tanımı ve görevleri belirlenmiştir.

Acil Yardım ve Afet Uzmanı/Yöneticisi, afet ve acil durumların yönetilmesine ilişkin temel bilgi ve becerileri almış, hazırlık ve zarar azaltma faaliyetlerini organize eden, baskı altında mevcut kaynakları doğru kullanabilen, müdahale aşamasında hastane öncesi alanda arama, kurtarma, tıbbi müdahale ve tıbbi tahliye işlemlerini organize eden ve yöneten, görev aldığı kurumların acil yardım ve afet yönetimi ve eğitimi ile ilgili iş ve eylemlerini sevk ve idare eden profesyonel meslek mensubudur. Lisans eğitimini tamamlayan öğrenciler acil yardım ve afet yönetim sistemine ilişkin bütüncül, kapsamlı, analitik ve bilimsel bir bakış açısında sahip olmaktadır.

(1) Tüm kurum/kuruluşların her türlü afet/olağan dışı durum ve kriz hallerine dair önleme - müdahale ve yeniden yapılanma planları yapar, uygular ve denetler; **(2)** Acil ve afetlerle ilgili eğitimleri planlar, uygular ve denetler; **(3)** Sağlık hizmetlerinin afet ve acil durum planlarını yapar ve yürütür; **(4)** Zor şartlarda hayatın idamesiyle ilgili eğitimler planlar ve düzenler; **(5)** Lisans eğitimi boyunca kazanmış olduğu bilgi, beceri ve tutum çerçevesince, bilimsel ilke ve yöntemleri temel alarak birey ve toplumun afet ve acil durumlardan kaynaklanan sorunlarına, tehlikelere ve yaralanmalara yönelik koruyucu tedbirleri alır; **(6)** 112 Ortak Çağrı Merkezleri başta olmak üzere her türlü Komuta Kontrol ve Koordinasyon Merkezlerine gelen acil durum çağrılarının değerlendirilmesi, ilgili birimlere yönlendirilmesi ile afet ve acil durum koordinasyonunu sağlar ve yönetir; **(7)** Kamu kurum ve kuruluşlarında afet ve seferberlik savaş halleriyle ilgili konularda planlama, uygulama, yürütme, denetleme ve danışmanlık yapar; **(8)** Olağan dışı durumlarla ilgili; zararın oluşmasını önleme ve oluşacak zararların azaltılması konularında strateji belirleme, politika oluşturma ile maliyet etkililik çalışmaları yapar; **(9)** Yerel yönetimlerde yürütülen acil durumlarla ilgili her türlü birimde (örneğin itfaiye, AKOM vb) görev alır, planlama, eğitim, uygulama, araştırma ve denetleme yapar; **(10)** Kamu ve sivil toplum örgütlerinin ulusal ve uluslararası insani yardım faaliyetlerini planlar, uygular ve yürütür.



PRENATAL TANIDA SON GELİŞMELER

Sezin YAKUT UZUNER¹

¹*Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı*

Prenatal tanıda amaç fetustaki olası genetik veya genetik olmayan nedenlerin yol açtığı ve tedavisi olanaksız ciddi hastalık ve malformasyonların, gebeliğin mümkün olduğunca en erken döneminde en doğru ve en fazla bilgiye ulaşarak mümkün olan en hızlı yolla belirlenmesidir. Anöploidi prevalansı; yeni doğan, intrauterin ölüm ve sonlandırılmış gebeliklerde 1/228 (%0.4) olarak bildirilmektedir. Anöploidi belirlenmesinde altın standart yöntem, koryon villus, amniyon ve kord kanı örneklerinde fetal çekirdekli hücrelerin kültüre edilerek konvansiyonel sitogenetik yöntemlerle kromozom analizidir. Fakat her üç girişimsel yöntemin de dezavantajı, fetal kaybın yaklaşık %1 olmasıdır. Girişimsel olmayan prenatal testi (NIPT), maternal plazmadaki serbest fetal DNA'nın kullanılarak moleküler tekniklerle anöplodilerin belirlenmesidir. NIPT'nin; gebelik kaybı riskinin olmaması, test uygulanmasının erken gebelik döneminde olması (9. hafta ve sonrası), test sonuçlarının 8-10 gün içinde alınabilmesi, en sık görülen kromozomal anöploidilerini belirleyebilmesi, diğer tarama testlerinden daha yüksek saptama oranı ve daha düşük yanlış pozitif oranına sahip olması gibi avantajları bulunmaktadır. Fakat çoğunlukla 13, 18, 21, X ve Y dışında kalan anöploidileri saptayamaması, sadece bazı mikrolelesyonlar saptabilmesi, tek gen hastalıklarını belirleyememesi ve sonuç elde edilememesi gibi büyük dezavantajları da bulunmaktadır. Günümüzde halen bir tarama testi olarak kabul edilen NIPT'nin, ilerideki yıllarda tanı testi olarak kullanılma potansiyeli bulunmaktadır.



GENOMIC MEDICINE IN CANCER

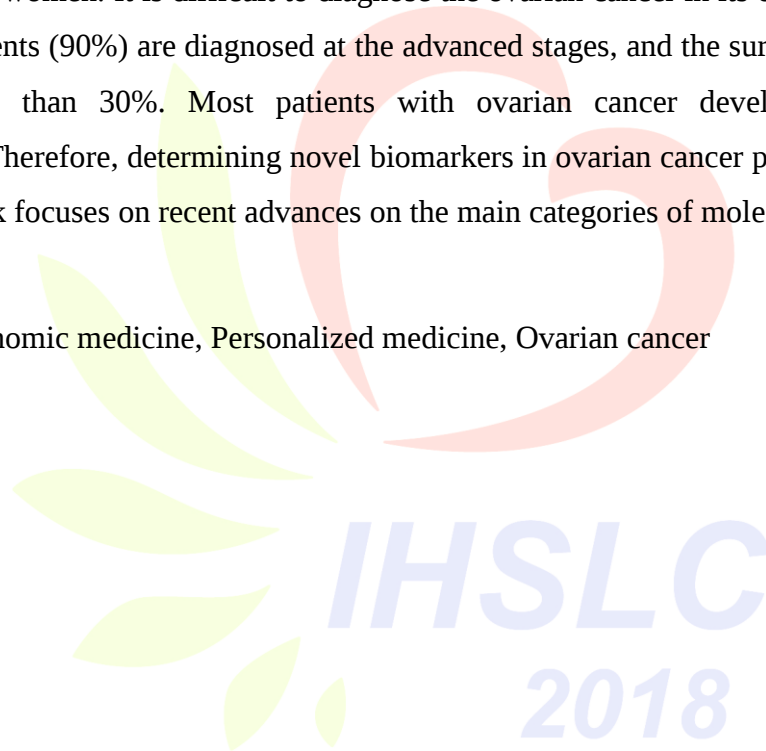
Gokhan Gorgisen ^{1,2}

¹*Van Yuzuncu Yil University, Faculty of Medicine, Department of Medical Biology, Van, Turkey*

²*Genovan Genetics and Biotechnology R&D*

Genomic medicine is defined as an emerging medical discipline is the use of information from genomes and derivatives to decide the clinical care. Genomic factors and protein expression profiles of variability of drug response are the main emphases in individualized medicine. This concept has a pivotal role in developing new strategies to treatment of solid tumors. In developed countries, cancer of the ovary is the leading cause of gynecological cancer deaths in women. It is difficult to diagnose the ovarian cancer in its early stages. Thus, most of the patients (90%) are diagnosed at the advanced stages, and the survival rate in these patients is less than 30%. Most patients with ovarian cancer develop resistance to chemotherapy. Therefore, determining novel biomarkers in ovarian cancer patients is urgently needed. This talk focuses on recent advances on the main categories of molecular targeting for ovarian cancer.

Key words: Genomic medicine, Personalized medicine, Ovarian cancer



AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Mehtap SAVRAN¹

¹*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD*

Son yıllarda görsel, işitsel, yazılı ve sosyal medya ortamlarında giderek daha sık karşımıza çıkan akılcı ilaç kullanımı (AİK), aslında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 1985 yılında tanımlanmış bir kavramdır (1). Bu tanımlamaya göre kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyette ve kolayca ulaşabilmeleri AİK'nın temelini oluşturur. Başka bir ifade ile AİK; ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasını sağlayan bir planlama, yürütme ve izleme sürecidir (2). Bu süreç ilacın uygun şekilde üretiminden başlar, hastalığın doğru tanı alması, uygun tedavi seçeneğinin belirlenmesi, reçetenin uygun şekilde yazılıp karşılanması ile devam eder ve ilacın uygun şekilde imhası ile son bulur (3, 4). Dolayısıyla AİK, ilaç reçete eden hekimlerin sorumluluğu gibi gözükse de, aslında bu sorumluluğun eczacıdan diğer sağlık çalışanlarına, hastadan ilacı üreten endüstriye kadar değişen paydaşları vardır (5). AİK ilkelerine uyulmayan durumlarda hastaların tedaviye uyumlarında azalma, ilaç etkileşimleri ve antibiyotiklere karşı direnç gelişimi, hastalıkların tekrarlaması ya da uzaması, advers olay görülme sıklığında ve tedavi maliyetlerinde artış meydana gelebilir (6).

Ülkemizde 1990'lı yıllarda başlayan ve WHO önerileri doğrultusunda yürütülen AİK faaliyetlerinde Sağlık Bakanlığı önemli bir rol üstlenmiştir. İlk kez 2010 yılında İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan "Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü" Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kuruluşunu takiben faaliyetlerine "Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi" ne bağlı "Akılcı İlaç Kullanımı" birimi olarak devam etmektedir. AİK konusunda davranış değişikliği oluşturmak, bilgi ve bilinç düzeyini artırmak amacı ile hazırlanan "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017", hekim, eczacı, yardımcı sağlık personeli, halk ve ilaç sektörüne yönelik stratejik hedef ve faaliyetlerin yer aldığı bir programdır. Bu program merkezi yapılanma yanında 81 ilde oluşturulan AİK İl Koordinatörlükleri ile birlikte yürütülmüştür (7).

Türkiye'deki AİK faaliyetlerinde öncelikli konuların başında antibiyotiklerin akılcı kullanımı gelmektedir. Çünkü hem bireysel hem de toplumsal düzeyde yaygın antibiyotik kullanımı nedeniyle meydana gelen antimikrobiyal direnç artışı, küreselleşen dünyada herkes için önemli bir halk sağlığı sorunudur (8). Bu bağlamda yapılan çalışmalar doğrultusunda, Türkiye

genelinde Aile Hekimlerinin reçetelerinde antibiyotik bulunma yüzdeleri 2011 yılında %34.94 iken 2016 yılında %29.53'e gerilemiştir (9).

İlaç güvenliliğinin sağlanması ve sahte ilaçlarla mücadele de ülkemizdeki AİK faaliyetlerinin amaçları arasında yer alır. Sağlık Bakanlığı tarafından Ocak 2010 tarihinden itibaren hayata geçirilen İlaç Takip Sistemi (İTS), ürünlerin tedarik ve dağıtım süreçlerinde bulunduğu konumları takip ederek sayılan bu amaçlara ulaşmada önemli rol oynar (10).



FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYONDA ELEKTRİK STİMÜLASYONU UYGULAMALARI

Tüzün FIRAT¹

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Elektrik stimülasyonu (ES), fizyoterapi ve rehabilitasyonda sıklıkla kullanılan etkili yöntemlerden birisidir. ES, modifiye edilmiş elektrik akımı ile nöral ve kassal yapıların uyarılması ve kas kontraksiyonu oluşturulması yöntemidir. Uygulama hedefleri, duysal girdi sağlamak, kası re-edüke etmek, ortotik destek sağlamak, kas tonusunu regüle etmek ve ağrı inhibisyonu olarak özetlenebilir. ES, nöromusküler elektrik stimülasyonu (NMES), ve kortikal stimülasyon olarak ayrılır. NMES, nöromusküler fonksiyonu restore etmek için kullanılırken uygulama parametreleri, uygulama teknikleri ve zamanlama; kalıcı fonksiyonel sonuç için önemlidir. Ancak bunlardan önce bilinmesi gereken, patoloji durumlarında kortikal deafferantasyonun gerçekleştiği ve NMES'in etkin bir afferent uyarı oluşturabildiğidir. Bu sayede kas performansını artırıcı bir etkiden önce duyu girdisi oluşturarak kortikal uyarım sağlayacağı bilinmelidir. Etkin fonksiyonel sonuç için bilinmesi gereken en temel parametreler frekans ve durasyondur. Kas lifi tipine uygun olarak stimülasyon uygulamak için frekans seçimi esastır. Hızlı kasılan lif içeriği yüksek kaslar için 50 Hz üzeri atım frekansı; yavaş kasılan lif içeriği yüksek kaslar için ise 50 Hz altındaki frekanslar tercih edilmelidir. Uygun frekans seçimi olmadığında kas lifi transformasyonları, istenen hedef doğrultusunda gerçekleşmez. Kas lifi tipleri ise, kasın enine kesit alanı ve lif uzunluğu bilgileriyle tahmin edilebilir. Bu nedenle iskelet kasının mimari özellikleri de bilinmelidir. Uygulama sürelerinin kasta yeterli yapısal değişiklik yapması için 10-12 hafta süre uygulama gereklidir. Ancak, herhangi bir patolojide NMES'in kullanım amacı, sadece kas performansını iyileştirmek olmamalıdır. Arttırılan kas performansının fonksiyon içinde sürekli kullanılır hale getirilmesi temel hedeftir. Bunun için NMES programları, motor öğrenme prensipleri içerisinde planlanmalı, uygulanmalı ve etkilerinin uzun dönem korunması sağlanmalıdır. Bu nedenle fonksiyonel elektrik stimülasyonu (FES) uygulamaları, motor nöron lezyonları ve travma durumlarında en erken dönemde tedavi programları içine dahil edilmelidir. Çok fazla değişken parametre içeren NMES uygulamalarının net fizyolojik etki ve uzun dönem sonuçlarını içeren kaliteli çalışmalara çok ihtiyaç vardır. Bu çalışmalar özellikle motor öğrenme prensipleri doğrultusunda planlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Nöromusküler elektrik stimülasyonu, fizyoterapi, kas lifi tipi, motor öğrenme

TELEREHABİLİTASYON

Zeliha BAŞKURT¹

¹*Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Teknolojideki gelişmelere paralel olarak sağlık sistemlerindeki ilerlemeler tele-tıp gibi yeni kavram ve uygulamaların ortaya çıkmasını sağlamıştır. Telerehabilitasyon (TR) telemedicine/teletıp uygulamalarının bir subkomponentidir.

Telerehabilitasyon, iletişim teknolojileri kullanılarak hastaların rehabilitasyon hizmetine uzaktan erişmesinin sağlanması demektir. TR, farklı yerlerdeki birçok kişinin birbirini duymasını ve görmesini sağlayan iki yönlü videokonferans sisteminden oluşur. Videokonferans teknolojisi kullanılarak hastaların ev ya da ofis rahatlığında süpervize terapi seanslarını alabildiği, internet üzerinden fizyoterapi hizmetinin sağlanmasına olanak tanıyan bir hizmettir. Özellikle hastaneye gelmesinde zorluk olan hastaların tedavisindeki sürekliliği sağlayan bir yöntemdir TR; zaman, mesafe ve maliyet engellerini azaltarak ve teknolojik araçları kullanarak mesafe olarak birbirine uzak olan hasta ve rehabilitasyon hizmeti veren sağlık personelinin buluşturan gelişmekte olan bir terapötik yaklaşımdır. Hastanın taburculuğundan sonra evinde ya da bakım merkezinde sürekli takibini sağladığından komplikasyonların önlenerek hastanın fonksiyonlarının gelişmesini, uzun dönem yetersizliğin ve maliyetlerin azaltılmasını sağlar. Özellikle kırsal kesimde yaşayan hasta ya da özürllülere fizyoterapi hizmetinin ulaştırılmasını kolaylaştırır. Bu yaklaşımla büyük hastane ya da kliniklerin teknik imkanları ve fizyoterapistlerin deneyimleri gerekli bölgelere transfer edilebilir.

TR, esas olarak rehabilitasyon hizmetlerinin farklı bir modelde sunumudur; bireyler için danışma, önleme, tanı, değerlendirme, müdahale ve tedavi gibi geniş bir hizmet yelpazesi sunmaktadır. Günümüzde TR birçok hastalığın değerlendirilmesi ve tedavisinde kullanılmaktadır. Nörolojik rehabilitasyon, pediatrik rehabilitasyon, ortopedik rehabilitasyon, oromotor disfonksiyon ve rehabilitasyonu, kardiyopulmoner rehabilitasyon, romatolojik rehabilitasyon, obstetrik-jinekolojik rehabilitasyon ve geriatrik rehabilitasyon gibi birçok alanda kullanılabilen TR, ilgili hasta gruplarında başarılı sonuçların alınmasına katkı sağlamaktadır.

Sonuç olarak dünyada ve ülkemizde artış gösteren hastalık yükünün azaltılması, hasta sonuçlarının iyileştirilmesi, tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının etkinliğinin artırılması ve artan sağlık gücü gereksiniminin etkin şekilde kullanılması için TR uygulamalarının

geliştirilmesi ve benimsenmesi gerekmektedir. TR uygulamalarına ilişkin çalışmaların daha çok yurt dışında yapıldığı, ülkemizde ise bu alanda çalışmaların ve uygulamaların kısıtlı olduğu bir gerçektir. Bu nedenle özellikle TR uygulamalarının içeren araştırmaların yapılması, sağlık sistemi içerisinde TR uygulamalarının integrasyonu gelecek için bir zorunluluk olarak görülmektedir.



KİNEZİYOLOJİK ELEKTROMYOGRAFİ

Abdullah Ruhi SOYLU¹

¹*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyofizik A.D.*

1.Giriş

Kineziyolojik elektromyografi (K-EMG) spor/ergonomi/tıp/rehabilitasyon gibi alanlarda aktif olarak kullanılan kas kayıt ve analiz yöntemidir. K-EMG'nin verdiği bilgiler, izometrik kasılmalar için göreceli kuvvetle ilgili: a) kas aktivasyonu, b) kas yüzde aktivasyonu (maksimum potansiyele göre), c) koaktivasyon (kasların yüzde aktivasyon oranları) ve d) göreceli yorgunluk indeksleri olup izometriklik gerekmeyen kasılmalar için: e) kasların zamansal aktivasyon farkları ve f) EMG pattern benzerlikleridir.

2.Amaç

K-EMG literatürünün güncel bilgileri özetlenecektir.

3.Yöntem

Kayıt ve Filtreleme

Uygun yüzeysel kaslar seçilip hazırlandıktan sonra elektrodlar kasa yerleştirilir (seniam.org, isek.org). Kayıtlar sırasında elektrotlar ve kablolar baskı uygulanmamalıdır. Yüzde aktivasyon hesaplanacaksa kasın maksimum izometrik kasılma kayıtlarından sonra aktivite (ölçülen hareket) kaydı alınır. Kas kuvveti ve pattern benzerlikleriyle ilgili ölçümler için EMG sinyallerine önce hareket artefaktı azaltma filtresi, sonra da EMG'yi göreceli kuvvete çeviren rms filtre (veya eşdeğeri) uygulanır. Yorgunluk analizi hesabında sadece hareket artefakt filtresi kullanılıp, güç spektrumun ikiye bölün median frekans (MF) hesabı (veya benzerleri) yapılır (MF kas yoruldukça azalır).

Filtreleme sonrası işlemler

Yüzde aktivasyonda aktivite maksimum kasılmaya bölünerek, aktivite sırasında, kasın maksimum değerine göre yüzde kaç aktive olduğu bulunur. Koaktivasyonda kasların yüzde aktiviteleri birbirine bölünür. Aktivasyon farkında EMG'lerin aktivasyon başlangıçları/bitişleri arasındaki zaman farkları hesaplanır. Pattern benzerlikler için EMG'lerin benzerliğine bakılır.

4.Bulgular

Tedavi/egzersiz öncesi ve sonrası; hasta/sporcu ve kontrol grubu; bir tedavinin/egzersizin değerine göre olmak üzere EMG kıyaslamaları gerçekleştirilir. Ayrıca çeşitli egzersiz, tedavi ile ilgili indekslerin denek parametreleri ile korelasyonunu hesaplamak da önemli olabilir. Kullanım örnekleri olarak, hasta grup bir kasını % 30 aktivasyonla kullanırken etkin tedavi

olduktan sonra bu oran normal değeri olan % 5'e düşebilir. Yine bir hasta grubunda diz fleksörlerinin ekstansörlerine göre koaktivasyonu 2 ve sağlıklı grupta 1 iken etkin tedavi sonucu bire yaklaşabilir. Benzer şekilde bir tedavinin/egzersizin diğer tedaviye göre başarısı aktivasyon/koaktivasyon/vs. gibi sayısal kriterlerle yapılabilir.

5.Tartışma ve Sonuç

Günümüzde çok yaygın kullanımı olan K-EMG'nin kayıt alması çok kolay görünüp hatasız kayıt/analiz/yorum önemli derecede teknik, uygulama ve literatür bilgisi gerektirmektedir.

6.Anahtar Sözcükler

Kineziyoloji, Elektromyografi, egzersiz, fizyoterapi



İLAÇ YÖNLENDİRME

Halil AŞÇI¹

¹*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD*

İlaç tedavisi gereken durumlarda istenen hızda etkinliği sağlamak, gereken etken madde dozunu azaltmak, etken maddenin sadece hedef organa dağılımını sağlamak ve böylelikle oluşabilecek yan etkileri büyük oranda azaltarak ilaç uygulamasını daha güvenilir duruma getirmek amacıyla yapılan ilaç yönlendirmede; doğrudan uygulama, pasif ve aktif hedeflendirme ile fiziksel hedeflendirme (endojen ve eksojen) gibi yöntemler uygulanmaktadır. Spesifik olmayan bir ilacın hedefe karşı afinitesini artırmanın en doğal yolu; bu ilacın, spesifik bir tanıma ve hedef bölgeye bağlanma yeteneğine sahip bazı hedefleme parçacıklarının (monoklonal antikorlar, lektinler, lipoproteinler, hormonlar ve folat) nano taşıyıcılarla yönlendirilmesidir.

Hedefleme amaçlı taşıma sisteminde kullanılan polimer toksik olmamalı, biyouyumlu olmalı ve görevini yaptıktan sonra biyolojik olarak yıkılmalıdır.

Aktif hedeflendirmede; mikrokapsüller, nanoparçacıklar, lipozomlar ve miseller gibi çözünür olmayan ve biyouyumlu çözünebilir polimerler taşıyıcılar kullanılır.

Hedeflendirilmiş ilaç taşıyıcı sistemler sayesinde ilacın yarılanma ömrünün uzaması ile hasta uyuncu arttırılabilir, sağlık harcamaları azaltılabilir, ilacın etki etme süresi kısaltılabilir, ulaşılması zor dokulara ulaşımı nanotaşıyıcılar ile sağlanabilir, çözünemeyen ilaçların çözünebilirliği arttırılabilir, ilacın vücut tarafından yabancı gibi algılanmasının önüne geçebilir. Bu olumlu etkilerinin yanında elde edilme ve depolama zorluğu, istenmeyen dokulara da geçme sorunu, hücre zarını geçip çekirdeğe etki ederek genetik mutasyona neden olma ihtimali gibi olumsuz yönleri de olabilir. Bu etken madde salım ve hedefleme sistemleri arasında lipozomlar, nanopartiküller, miseller, dendrimerler, polimer konjugatları, monoklonal antikorlar gibi taşıyıcı sistemler bulunmaktadır.

Ayrıca implante edilebilen ilaç taşıyıcı sistemler olan kontrollü salım sistemleri de bulunmaktadır. Bunlar; hız programlı, aktivasyon kontrollü, geri besleme kontrollü ve spesifik dokuya hedefleme yapan ilaç taşıyıcı sistemlerdir.

Günümüzde kanserli yada miyokard infarktüsündeki gibi infarktlı patolojik alanlara ve radyolojik incelemelere yönelik ilaç taşıyıcı sistemleri çalışmaları oldukça hızlı bir şekilde devam etmekte ve rutinde kullanılan ilaçların yan etkileri azaltılmaya çalışılmaktadır.

GRAFEN VE TÜREVLERİNİN MEDİKAL UYGULAMALARI

(Medical Applications of Graphene and Its Derivatives)

Banu ESENCAN TÜRKASLAN¹

¹Süleyman Demirel University, Faculty of Engineering, Department of Chemical Engineering

ÖZET

Karbon temelli nanomalzemeler sahip oldukları eşsiz kimyasal, elektriksel ve mekanik özellikler nedeniyle son yıllarda medikal alanlarda tercih edilmeye başlanmıştır. Özellikle grafen ve türevleri; yüzeylerinin kolaylıkla fonksiyonlandırılarak çok değişik özellikler kazandırılabilmesi, yüksek mekanik dayanıklılık ve maksimum yüzey/hacim oranı gibi öne çıkan özellikleri ile diğer pahalı ve eldesi güç malzemelere göre çok iyi bir alternatif olarak görülmektedir.

Grafen ve türevlerinin klinik alanlarda başarılı olabilmesi için bu materyalin üretiminde boyut kontrolü, toplanma durumu (tek kat az sayıda katman) ve oksidasyon derecesinin standardizasyonunun sağlanması çok önemlidir. Bu çalışmada, medikal alanda grafen ve türevlerinin kullanıldığı en son gelişmeler incelenmiştir. Ayrıca bu alanda grafen materyallerinin kullanılmasının etkileri ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Grafen, Grafen oksit, Medikal uygulamalar, Nanomalzemeler.

ABSTRACT

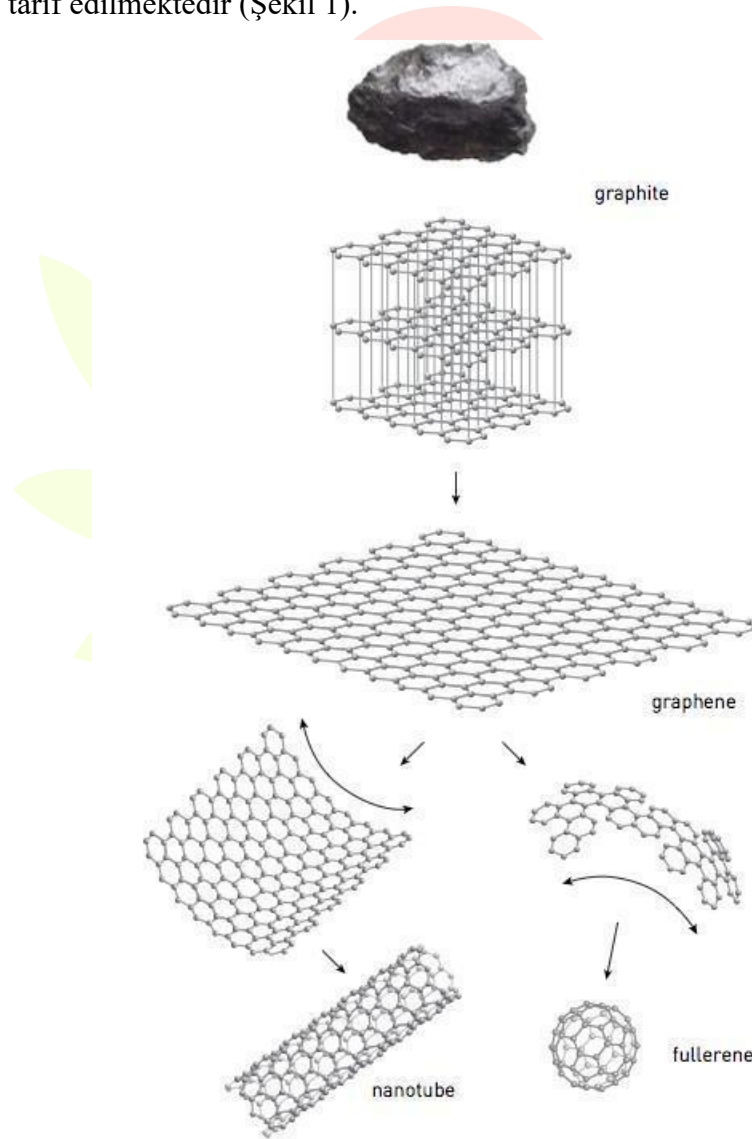
In recent years carbon-based nanomaterials have begun to be preferred in medical fields due to their unique chemical, electrical and mechanical properties. Especially graphene and its derivatives; It can be seen as a very good alternative to other expensive and hard-to-handle materials with its outstanding features such as easy functioning of the surfaces to provide various properties, high mechanical strength and maximum surface / volume ratio.

In order to be successful in the clinical field of graphene and its derivatives, it is very important to control the size of this material in the production, to collect (one layer fewer layers) and to standardize the degree of oxidation. This study examined the latest developments in the use of the medical field graphene and its derivatives. Also the effects of the use of graphene materials in this area are discussed.

Keywords: Graphene, Graphene oxide, Medical applications, Nanomaterials.

GİRİŞ

Geleceğin teknolojilerinin, malzemenin özelliklerinin nano boyutlarında kontrol edilmesi, nano yapıların bir bulmaca parçası gibi organize edilmesi, nano malzemenin tasarlanması ve işlenmesi ve aygıtlara dönüştürülmesi üzerine kurulacağı öngörülmektedir. Nano-ölçek seviyesinde malzemelerin özellikleri makroskopik ölçekten tamamen farklı olup nano-ölçeğe yaklaştıkça birçok özel ve yararlı yeni özellikler ortaya çıkmaktadır. Nanoölçekteki sistemlere en güncel örneklerden bir tanesi de grafen yapılarıdır. Tabakalı bir yapı olan grafitin tek bir tabakasına grafen denilmektedir. Karbon nanotüpler genellikle grafen tabakalarının katlanıp yuvarlanması ile tarif edilmektedir (Şekil 1).



Şekil 1. Karbon esaslı malzemelerin şematik görünümü

Grafen iki boyutlu (2B), bir atom kalınlığında, bal peteği şeklinde organize olmuş karbon kristalidir. Grafitin temel bileşeni olan grafen yüksek elektrik ve termal iletkenlik, olağanüstü mekanik mukavemet ve sertlik, iyi optik özellikler ve kimyasal kararlılık gibi dikkat çekici özelliklere sahiptir. Elektronik aletler, transistörler, piller, güneş panelleri ve biyolojik uygulamalar grafenin kullanım alanlarından bazılarıdır [1- 3].

Grafen oksit (GO), grafenin oksitleyiciler kullanılarak sentezlenen modifiye halidir. GO, oksijenli fonksiyonel grupları sayesinde polimer matriks, organik çözücüler ve su içerisinde kararlı şekilde dağıtılabilir [4].

Son zamanlarda ise grafen ve türevleri medikal uygulamalarda dikkatleri üzerine çekmiştir. Bu uygulamalardan bazıları; doku iskeleleri, ilaç ve gen taşıma sistemleri, biyo-görüntüleme ve biyo-sensör malzemeleri ve sinir ara yüzeyleri uygulamalarıdır [5-7]. Bunun yanı sıra, grafenin son birkaç yıl içinde yapılan çalışmalar sonucu ortaya çıkan diğer önemli bir özelliği olan hücre büyüme ve farklılaşmasını artırma yeteneği de büyük bir avantajdır [8-10].

Yüksek mekanik dayanımı, geniş yüzey alanı, yüksek hidrofilitiklik ve biyouyumluluk özellikleriyle grafen oksit kompozitler için ideal takviye edici dolgu olabilir [11]. Yapılan bir çalışmada grafen ve grafen oksit içeren doku iskelelerinin mezenkimal hücre ve osteoblast hücrelerin yapışmasına katkıda bulunarak doku yenilenmesini olumlu yönde etkilediği gözlenmiştir [12].

İlerleyen çalışmalarda polimerlerin GO ve grafen nano plakaları ile takviye edilmesi verimli sonuçlar vermiştir [13-15]. Grafen nano plakaların ve grafen oksidin sentezi sırasında, karbon nano tüplerde olduğu gibi metal katalizörleri kullanılmaz. Bu nedenle metal kalıntılardan kaynaklı sitotoksikite ve enflamasyon, grafen oksit ve grafen nano plakaları için söz konusu değildir.

BİYOPOLİMERLER ve SAĞLIK ALANINDAKİ UYGULAMALARI

Aytül SOFU¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Biyomühendislik Anabilim Dalı

Son yıllarda yaygın olarak kullanılan petrol kaynaklı sentetik esaslı polimerlerin yerine, doğa dostu biyobozunur ve biyouyumlu biyomalzemelerin kullanımı giderek artmaktadır. Biyopolimerler; kalınlaştırıcı, jel yapıcı, bağlayıcı, dağıtma ajanı, kayganlaştırıcı, yapıştırıcı vb., işlevsel özellikleri sayesinde değişik kullanım alanlarına sahiptirler. Biyopolimerlerin sağlık alanında tercih edilme nedenleri; biyobozunur olması, biyouyumluluk göstermesi, toksik olmaması, inflamasyon oluşturmeyen yapıda olması, mekanik özelliklerinin dokuya benzer özellik göstermesi ve oldukça gözenekli yapıda olmasıdır. Biyopolimerler; nanoteknolojide ve biyomimetik (doğayı taklit eden) malzemelerin sentezlenmesinde anahtar rolü oynamakta ve lipid tübüller (yağ borucukları) ve protein lateksler gibi biyopolimerik yapıların geliştirilmesi ile pazar piyasasını oldukça yükseltmektedir. Fermentasyon ve saflaştırma işlemlerinde yeni teknolojilerle elde edilen gelişmeler ve ucuz doğal hammaddelerin sağlanması sonucu, petrol bazlı sentetik polimerlerin yerine biyopolimerlerin kullanımı olanaklı duruma gelecektir.

Biyopolimerler; hayvansal ve bitkisel kaynaklı basit ayırma teknikleriyle elde edilen polimerler, mikroorganizmalarla elde edilen polimerler ve sentetik biyopolimerler olmak üzere kökenine ve üretimine göre üç sınıfa ayrılmaktadır. Biyopolimerler, biyomedikal alanda önemli bir yere sahiptirler. Bunlar ağırlıklı olarak tıbbi uygulamalar ve biyoteknoloji alanında kullanılmaktadırlar. Sargı-yara örtü materyali, sinir, kalp, kıkırdak vb., doku mühendisliği uygulamaları, mikrokapsüllerle ve nanopartiküllerle ilaç salınımı sistemleri gibi çoğunlukla canlı vücudunun çeşitli yerlerinde pek çok farklı kullanım alanı mevcuttur. Biyopolimerler sayesinde, vücuda uyum sağlayan, biyobozunur malzemelerin üretilmesi, istenilen özellikteki biyomalzemenin yapılmasında kolaylık sağlamakta ve sağlık alanında birçok gelişmeye yön vermektedir.

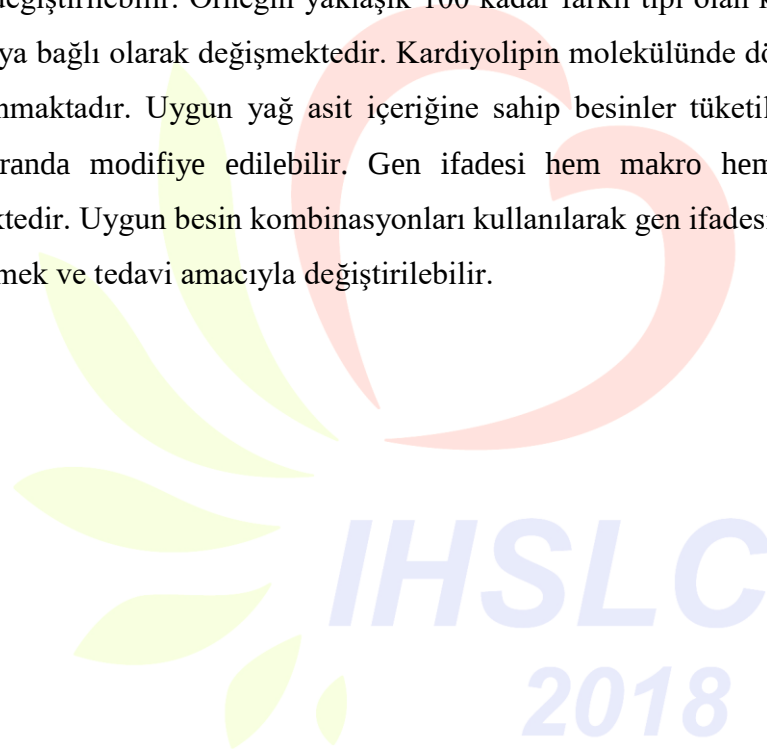
Bu çalışmada, sağlık alanında kullanılan biyopolimerler, biyouyumluluk ve mekanik özellikleri hakkında bilgiler verilmektedir.

MOLEKÜLER BESLENME

Abdullah OLGUN¹

¹*Istinye Üniversitesi Eczacılık Fakültesi*

Genetik yapımız ve mikrobiyotamız besinlere verdiğimiz bireysel cevabı etkilerken, besinler de mikrobiyota kompozisyonumuzu ve epigenetik mekanizmalar aracılığıyla genlerimizin ifadesini etkileyebilir. En basit besinde bile yaklaşık 25.000 farklı metabolit olduğu bilinmektedir. İnsan organizmasının ve besinlerimizin bu devasa karmaşıklığı beslenmenin moleküler seviyede araştırılmasının önündeki en büyük zorluklardan biridir. Bazı hastalıklar ve yaşlanmayla ilişkili olan moleküler profiller mevcuttur. Bu profiller beslenme yoluyla istenen şekilde değiştirilebilir. Örneğin yaklaşık 100 kadar farklı tipi olan kardiyolipinin açıl profili yaşlanmaya bağlı olarak değişmektedir. Kardiyolipin molekülünde dört adet açıl grubu (yağ asiti) bulunmaktadır. Uygun yağ asit içeriğine sahip besinler tüketilerek kardiyolipin profili belirli oranda modifiye edilebilir. Gen ifadesi hem makro hem mikrobeseinlerle değiştirilebilmektedir. Uygun besin kombinasyonları kullanılarak gen ifadesi sağlığı korumak, hastalıkları önlemek ve tedavi amacıyla değiştirilebilir.



BAĞIRSAKTA BESİNLERİN ALGILANMASI: BESİNLERLE ENTEROSİT HÜCRELERİ ARASINDAKİ MOLEKÜLER VE GENETİK İLİŞKİ

Şükrü GÜLEÇ¹

¹*Moleküler Beslenme ve İnsan Fizyolojisi Lab., İzmir Yüksek Teknoloji Enstitüsü Gıda Mühendisliği*

Besinler tüketildikten sonra ince bağırsak dokusundaki enterosit hücreleri tarafından emilerek vücut içerisine alınmaktadır. Enterosit hücreleri ince bağırsak dokusundaki hücrelerinin %90'nını oluşturmaktadır ve ortalama her 3-4 günde bir yenilenmektedirler. Gıdalardaki besinlerin insan sağlığı için önemleri düşünüldüğünde enterosit hücrelerinden verimli bir şekilde emilmeleri önemlidir. Bu fizyolojik gereksinimde enterosit hücrelerinin besinlerin miktarlarını algılamaları ile ilgili yeterince çalışmalar bulunmamaktadır. Yüksek miktarda glikoz tüketimi obezite ve tip 2 diyabet (T2D) gelişimi ile yakından ilişkilidir. Dünya sağlık örgütü verilerine göre 2012 yılında 3.7 milyon kişinin yüksek glikoz tüketimine bağlı olarak öldüğü ve bunun yaklaşık 1.5 milyonun diyabetten olduğu belirtilmiştir. Kanda fazla miktarda bulunan glikoz adipoz dokuda yağ asitlerine dönüştürülerek depolanmakta ve sağlık için ciddi bir risk oluşturmaktadır. Bu bilgiler diyetten alınan glikozun kontrolünün obezite ve T2D oluşumunun önlemesi adına önemini ortaya koymaktadır. Son yapılan çalışmalar vücuttaki glikoz döngüsünün kontrolü için ilaçlar geliştirmeyi hedeflemektedir. Örneğin, böbreklerde glikozun geri emilimini önlemek adına sodyuma bağımlı glikoz transport protein 1 (SGLT1) için inhibitörler geliştirilmesi ve dokularda glikojenden glikoz yıkımının yavaşlatılması hedeflenen stratejiler arasındadır. Glikoz metabolizması obezite ve T2D'te sıklıkla karaciğer, yağ ve beyin dokularında çalışılırken ince bağırsak dokusu için yeterli çalışma bulunmamaktadır. Glikoz tüketimi dünya üzerinde ve ülkemizde her yaş grubunda giderek artmaktadır. Glikozun gıdalarda tatlandırıcı olarak kullanılması ve bu gıdaların ucuz ve kolayca erişilebilir olması glikoz tüketiminin artmasındaki nedenler arasında verilebilir. Günlük fazla serbest glikoz ve karbonhidrat tüketimine bağlı olarak insan ince bağırsak enterosit hücreleri de fazla miktarda glikoz ile karşılaşmaktadır. Ancak bu hücrelerin diyetten gelen artan glikoz miktarına bağlı olarak verdikleri moleküler ve genetik cevapların neler olduğu ve glikoza bağımlı değişen genlerin fonksiyonel düzeyde görevleri araştırılması konularımız arasındadır. Yakın gelecekte ince bağırsak glikoz metabolizmasının obezite ve T2D'teki rolünün moleküler ve genetik düzeyde aydınlatılmasını hedeflemekteyiz. Böylece enterosit hücrelerinden glikoz emiliminin kontrol mekanizmaları ortaya konmuş olacaktır.

DİYABETİK RATLARDA ZEYTİN YAPRAĞI EKSTRESİNİN GLİSEMİK, KOLESTEROLEMİK VE ANTİOKSİDAN ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Murat GÜRBÜZ¹, Serdal ÖĞÜT²

¹Kırklareli Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Merkez/Kırklareli

²Adnan Menderes Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Merkez/Aydın

Literatür dizini diyabetik hastalarda serbest radikallerin ve lipid peroksidasyonunun önemli derecede arttığı, oksidatif stresin diyabetin etiolojisinde ve progresyonunda önemli rolü olduğunu bildirmektedir. Son yıllarda, birçok hastalığın temelinde payı olan oksidatif stresi kontrol etmek için, çeşitli bitkiler üzerinde antioksidan potansiyel çalışmaları yapılmaktadır. Bu çalışmada da diyabet modeli oluşturulan ratlarda *Olea europaea* var *oleaster*'in toplanmış taze yapraklarından elde edilen sıvı ekstraktının antidiyabetik ve antioksidan etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada 12-13 haftalık 28 adet Wistar cinsi rat kullanılmıştır. Ratlar her grupta 7 adet olacak şekilde kontrol grubu (C), diyabetik kontrol grubu (DC), 200 mg zeytin yaprağı ekstresi ile tedavi alan diyabetik grup (D+200) ve 400 mg/kg zeytin yaprağı ekstresi ile tedavi alan diyabetik grup (D+400) olarak 4 gruba ayrılmıştır. Çalışma sonrasında ratlar anestezi altında servikal dislokasyon ile sakrifiye edilmiştir. Kalpten alınan kan örnekleri santrifüj edilip elde edilen serumda glukoz, total kolesterol, trigliserid, üre, ürik asit, kreatinin, ALT ve AST düzeylerine bakılmıştır. Ayrıca tam kan örnekleri ile Hemoglobin A1c analizi yapılmıştır. Antioksidan kapasite ölçümü için ise native thiol, total thiol ve lipid hidroperoksit analizi yapılmıştır. Çalışma sonunda zeytin yaprağı ekstresinin diyabetik ratlarda ağırlık kaybını önlediği, glukoz ve hemoglobin A1c üzerine etkisinin olmadığı, düşük doz verilen ekstrenin total kolesterolü ve üreyi istatistiksel olarak anlamlı ölçüde azalttığı gözlenmiştir. Yine zeytin yaprağı ekstresinin ALT ve AST seviyelerini klinik açıdan anlamlı ölçüde azalttığı gözlenmiştir. Ayrıca yüksek doz ekstrenin serum thiol seviyesini klinik açıdan anlamlı ölçüde arttırdığı gözlenmiştir. Sonuçta, zeytin yaprağı ekstresinin hiperglisemiye önleyemediği ancak diyabete bağlı dislipidemi, oksidatif stres ve organ hasarına karşı koruyucu özellik gösterebileceği söylenebilir

IMAGING TECHNIQUES IN MEDICINE

Rosen Stefanov DIMITROV¹

¹*Trakia University, Faculty of Veterinary Medicine, Department of Veterinary Anatomy, Histology and Embryology, 6000 Stara Zagora, BULGARIA*

Medical imaging is the technical process of creating visual representations of the body's parts for morphological analysis and medical invasion, as well as visual representation of the physiological patterns of some organs. Medical imaging looks for the construction of soft and hard tissue structures. The main purpose of medical imaging is to provide morphological inquiry which is directed to reveal structure's features. Medical imaging also provides a morphological basis as Imaging anatomy to identify abnormalities.

The use of ultrasound as a means of visualizing morphological and physiological features of biological structures required a dramatic technologic innovation, specifically, some means of producing sounds and receiving echoes.

In Doppler imaging, the most important moving reflector of echo sound is the red blood cells, which enables us to determine the velocity of the blood flow within vessels.

Conventional radiography involves the use of X-rays beam which is produced and passed through a patient to a piece of film or a radiation detector, producing an image. Different tissues attenuate X-ray differently, depending on tissue density.

Computed tomography is an imaging approach that creates images inside the body. Each image presents the organs in a thin "slice" of the body. Computed tomography is used to produce comprehensive images of organs and structures.

Magnetic resonance imaging uses nonuniformities in the magnetic field which could be used for imaging purposes. It was suggested as a means of encoding the spatial location of the protons whose radiofrequency emissions were being received. This could be performed by force a spatially graded magnetic field over the specimen. Because this external magnetic field varies in strength across a specimen, the frequency of a proton's precession will also vary. These variations in the frequency of radio signals emissions will define the location from which they result.

MODERN APPROACHES IN UNIVERSITY EDUCATION

Kamelia STAMATOVA-YOVCHEVA¹

¹*Department of Veterinary Anatomy, Histology and Embryology, Faculty of Veterinary Medicine, Trakia University, 6000 Stara Zagora, Bulgaria*

Introduction: Imaging Anatomy has been included as a modern and innovative discipline in students' education. It is closely connected to the discipline Anatomy, and serves for better understanding and training in the field of basic and preclinical science. Imaging Anatomy includes as methods radiology, computed tomography, magnetic resonance imaging and ultrasound. The images show the normal anatomical findings of the studied structures.

Objectives: All of the principles, which concern animal welfare are considered, because the studied animals are not killed and dissected. The stress is eliminated, because the animals are anesthetized.

Methods: As methods radiology, computed tomography, magnetic resonance imaging and ultrasound are used. The results are obtained, following a specific algorithm, proper for each modality. Regarding Computed Tomography and MRI, the animals can be posed in two recumbencies-spinal and dorsal. The researcher and demonstrator can choose for MRI results the sequence – T1 or T2.

Discussion and Conclusion: The discussions about the implication of Imaging Anatomy in the anatomical education showed that this is an important modern approach for better education and training. The classical anatomical methods–euthanasia, dissection and preparation are minimized and all of the principle, which concern animal welfare are considered.

Imaging Anatomy is a modern and perspective approach for students' education in Veterinary Medical universities and faculties.

Keywords: Approach, Anatomy, Imaging, Veterinary medicine