

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SARMAN



Alanında Uluslararası Araştırmalar IV

Sağlık Bilimleri



ARALIK
2023



Editör:

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SARMAN

Sağlık Bilimleri

Alanında
Uluslararası Araştırmalar IV

EĞİTİM
yayınevi

SAĞLIK BİLİMLERİ ALANINDA ULUSLARARASI ARAŞTIRMALAR IV

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Sarman

Genel Yayın Yönetmeni: Yusuf Ziya Aydoğan (yza@egitimyayinevi.com)

Genel Yayın Koordinatörü: Yusuf Yavuz (yusufyavuz@egitimyayinevi.com)

Sayfa Tasarımı: Kübra Konca Nam

Kapak Tasarımı: Eğitim Yayınevi Grafik Birimi

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı

Yayıncı Sertifika No: 47830

E-ISBN: 978-625-6613-82-9

1. Baskı, Aralık 2023

Kütüphane Kimlik Kartı

SAĞLIK BİLİMLERİ ALANINDA ULUSLARARASI ARAŞTIRMALAR IV

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Sarman

VI+102 s., 160x240 mm

Kaynakça var, dizin yok.

E-ISBN: 978-625-6613-82-9

Copyright © Bu kitabın Türkiye'deki her türlü yayın hakkı Eğitim Yayınevi'ne aittir. Bütün hakları saklıdır. Kitabın tamamı veya bir kısmı 5846 sayılı yasanın hükümlerine göre kitabı yayımlayan firmanın ve yazarlarının önceden izni olmadan elektronik/mekanik yolla, fotokopi yoluyla ya da herhangi bir kayıt sistemi ile çoğaltılamaz, yayımlanamaz.

EĞİTİM

yayınevi

Yayınevi Türkiye Ofis: İstanbul: Eğitim Yayınevi Tic. Ltd. Şti., Atakent mah.

Yasemen sok. No: 4/B, Ümraniye, İstanbul, Türkiye

Konya: Eğitim Yayınevi Tic. Ltd. Şti., Fevzi Çakmak Mah. 10721 Sok. B Blok,

No: 16/B, Safakent, Karatay, Konya, Türkiye

+90 332 351 92 85, +90 533 151 50 42, 0 332 502 50 42

bilgi@egitimyayinevi.com

Yayınevi Amerika Ofis: New York: Egitim Publishing Group, Inc.

P.O. Box 768/Armonk, New York, 10504-0768, United States of America

americaoffice@egitimyayinevi.com

Lojistik ve Sevkiyat Merkezi: Kitapmatik Lojistik ve Sevkiyat Merkezi, Fevzi Çakmak

Mah. 10721 Sok. B Blok, No: 16/B, Safakent, Karatay, Konya, Türkiye

sevkiyat@egitimyayinevi.com

Kitabevi Şubesi: Eğitim Kitabevi, Şükran mah. Rampalı 121, Meram, Konya, Türkiye

+90 332 499 90 00

bilgi@egitimkitabevi.com

İnternet Satış: www.kitapmatik.com.tr

+90 537 512 43 00

bilgi@kitapmatik.com.tr

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....V

KÜRESEL CERRAHİ..... 1

Arzu YİĞİT, Vahit YİĞİT

**ORTOGRAD RETREATMENT VE TEDAVİ
YÖNTEMLERİ 29**

İpek ERASLAN AKYÜZ, Salih DÜZGÜN

**KANSER HASTALARINDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF
TIBBIN KULLANIMI: SİSTEMATİK DERLEME..... 53**

Ayten TURAN KURTARAN, Şafak YILDIZ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA
(KOA) EVDE BAKIM..... 71**

Hanifi DÜLGER

**SAĞLIK YÖNETİMİ ÖĞRENCİLERİNİN ZENOFOBİ
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 83**

Ayten TURAN KURTARAN, Ahmet Yasin YEŞİLDAĞ,
Ahmet KURTARAN, Zeycan LİMAN

ÖNSÖZ

Değerli Okurlarımız,

Yeni yıla sayılı günler kala, 2023 yılının son elektronik kitap bölümünün yayımlanmasının ve yeni yılın heyecanını sizlerle paylaşmanın mutluluğunu yaşıyoruz. “**Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar IV**” isimli bu elektronik kitapta sağlıkla ilgili olan alanlarda hazırlanan ve ilgiyle okuyacağınızı düşündüğümüz çalışmalara yer verilmiştir. Kitabın hazırlanmasında emeği geçen tüm yazarlarımıza yapmış oldukları değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Yıl içerisinde yayınlanan kitaplara katkıda bulunan bütün yazarlarımızın, okurlarımızın, Eğitim Yayınevi yöneticileri ve çalışanlarının yeni yılını en içten dileklerimizle kutluyor, 2024’ün herkes için huzur ve mutluluk dolu bir yıl olmasını diliyorum.

Editör

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SARMAN

KÜRESEL CERRAHI

Arzu YİĞİT¹, Vahit YİĞİT²

1. GİRİŞ

Küresel sağlığın önemli bir bileşeni küresel cerrahidir (Quene vd., 2022: 1). Hiç kimse cerrahi bakım eksikliği nedeniyle ölmemelidir. Cerrahi bakıma erişimdeki eşitsizlik günümüzün en büyük küresel sağlık problemidir (SURGfund, 2023). Küresel sağlık, 21. yüzyılın belirleyici sorunlarından biridir. Benzeri görülmemiş düzeyde ilgi çekmekte ve sağlık ve hastalıkları biyomedikal bir süreçten sosyal, ekonomik, politik ve çevresel bir soruna itmektedir (Dare vd., 2014). Küresel sağlık sorunlarının ve politikalarının hızla gelişen ortamında, yüksek maliyet, karmaşıklık, bulaşıcı hastalık veya diğer sağlık durumlarıyla karşılaştırıldığında niceliksel olarak daha az cerrahi hastalık yükü de dâhil olmak üzere diğer endişeler nedeniyle cerrahi, tarihsel olarak bir kenara bırakılmıştır (Jhunjunwala ve Venkatapuram, 2023: 1). 2000'den önce çok az küresel sağlık araştırmacısı cerrahi bakımının etkili, verimli ve eşitlikçi bir müdahale olduğunu düşünüyordu. Cerrahi bakım, güçlü sağlık sistemlerinin ve evrensel sağlık sigortasının bir bileşeni olarak ancak 2006'nın başında ciddi bir şekilde dile getirilmeye başlanılmıştır (Chao vd., 2014; Mock vd., 2010; Rios-Diaz vd., 2016). Küresel cerrahi, dünya

1 Doç. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, ORCID: 0000-0002-5777-3405 arzuyigit@sdu.edu.tr

2 Prof. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, ORCID: 0000-0002-9805-8504 vahityigit@sdu.edu.tr

çapında adil cerrahi bakım sunmayı amaçlayan, hızla büyüyen bir alandır.

Küresel sağlığın geliştirilmesinde cerrahi bakımın rolü pek çok tartışmanın konusudur (Rose vd, 2014: 1). Lancet Küresel Cerrahi Komisyonu dünya çapında 5 milyardan fazla insanın cerrahi bakıma erişimi olmadan yaşadığını ve yetersiz cerrahi, anestezi ve doğum bakımının her yıl 18 milyon önlenebilir ölüme katkıda bulunan bir faktör olduğunu ifade etmiştir (Meara vd., 2015). Dünya çapında her yıl 234 milyon büyük cerrahi girişim gerçekleştirilmekte ve her 25 kişiden birine cerrahi bir işlem uygulanmaktadır (Bickler ve Spiegel, 2008: 1). Cerrahi bakım, zengin-fakir, kırsal-kentsel ayrımı yapılmadan her bölgede, her toplumda yapılmaktadır. Ancak özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerdeki pek çok kişi yeterli cerrahi bakıma erişemeden yaşamaktadır. Küresel olarak, gelişmekte olan ülkelerde cerrahi bakıma erişim ve ulaşılabilirlik halen kısıtlıdır (Taira vd., 2009).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde cerrahi genellikle lüks bir şey olarak tasvir edilmektedir. Küresel sağlık finansmanının yaklaşık %40'ı orantısız bir şekilde bulaşıcı hastalıklara ayrılırken, yalnızca %1,3'ü bulaşıcı olmayan hastalıklara tahsis edilmektedir (Alayande vd., 2022). Cerrahi bakım hizmetleri, sağlık bakım sistemlerinin temel bir bileşeni olup her yaştaki insan için gereklidir. Ancak cerrahi bakım hizmetlerini küresel sağlık girişimlerine entegre etmeye yönelik önceki çabalar, cerrahi bakım ihtiyacının kapsamını yansıtmamaktadır ve birçok sağlık sistemi gerekli müdahaleleri sağlayamamaktadır (Rose vd., 2015: 13).

Yakın zamana kadar cerrahi, küresel sağlığın “ihmal edilen üvey çocuğu” olarak ifade edilmekte (Farmer ve Kim, 2008: 532) ve diğer “ihmal edilen hastalıklar” arasında değerlendirilmekteydi (Ozgediz ve Riviello, 2008: 121). En son yapılan çalışmalara göre küresel hastalık yükünün %28-32'sinin ameliyatla tedavi edilebileceği tahmin edilmektedir (Shrime vd., 2015a: 8). Hanelerin yıkıcı sağlık harcamalarına karşı

korunması, küresel sağlık için önde gelen bir politika hedefi olarak ortaya çıkmıştır (Shrime vd., 2015b).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde bulaşıcı ve aşıyla önlenebilir hastalıkların yükünün giderilmesinde önemli ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen, cerrahi olarak tedavi edilebilen hastalıkların yükü giderek artmakta ve ihmal edilmektedir. Cerrahi olarak önlenebilir veya tedavi edilebilir hastalıklardan kaynaklanan morbidite ve mortalite, basit cerrahi müdahalelerle büyük ölçüde azaltılabilmektedir (Spiegel ve Gosselin, 2007). Cerrahi hizmetler genel olarak sağlık sistemlerini güçlendirerek erken ölüm ve engelliliği önleyerek o ülkenin hastalık yükünü düşürmede en önemli yapı taşlarından biridir.

Bu çalışmanın amacı küresel cerrahinin kavramsal çerçevesini, küresel cerrahinin boyutlarını ve literatür bulguları incelemek, küresel cerrahinin sorunlarını tartışmak ve bazı önerilerde bulunmaktır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Küresel Cerrahi

Son zamanlarda, “küresel cerrahi” terimi, “küresel sağlık” terimine benzer şekilde popüler bir kullanım alanı bulmuştur (Dare vd., 2014). Küresel cerrahi, genel olarak, uluslararası sağlık sistemlerinde daha iyi ve eşitlikçi cerrahi bakımın sağlanmasıyla ilgilenen, hızla genişleyen multidisipliner bir alanı ifade etmektedir (Malhotra vd., 2023). Çok sayıda klinik ve klinik olmayan uzmanlık arasında yer alan bu alan, cerrahi hastalıkların tedavisini ve bunun küresel olarak sağlık sistemleri genelinde adil bir şekilde sağlanmasını çevreleyen birçok yönü kapsamaktadır (Bath vd., 2019: 1). Geçtiğimiz yirmi beş yılda küresel cerrahi, iyi tanınan bir cerrahi disipline dönüşmüştür (Charles ve Mock, 2017).

Cerrahi, küresel sağlığın ‘ihmal edilen üvey çocuğu’ olarak tanımlanmaktadır. Özellikle Afrika’da cerrahi, küresel halk sağlığının ihmal edilen üvey çocuğu olarak düşünülebilir. Bu kıtada diğer kıtalara göre nüfus başına daha az doktor bulunmaktadır. Cerrahlar daha da nadirdir ve neredeyse tamamı

kırsal bir bölge olarak kalan kentsel yerleşim bölgelerinde çalışmaktadır (Farmer ve Kim, 2008:531). Anestezi ise ihmal edilen üvey çocuğun ‘görünmez arkadaşı’ olarak tanımlanmaktadır

Cerrahi bakım, sağlık hizmetlerinin ayrılmaz, vazgeçilmez bir parçasıdır. Cerrahi bakımı, tüm gelişmişlik düzeyindeki ülkelerde ulusal sağlık sisteminin ayrılmaz bir bileşeni olmalıdır. Cerrahi hizmetler, kanser, yaralanma, kardiyovasküler hastalık, enfeksiyon ve üreme, anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı gibi çok çeşitli alanlarda yerel ve küresel sağlık hedeflerine tam olarak ulaşılması için bir ön koşuldur. Evrensel sağlık sigortası ve 2015 sonrası sürdürülebilir kalkınma hedeflerinde belirtilen sağlık hedeflerine, cerrahi ve anestezi bakımının mevcut, erişilebilir, güvenli, zamanında ve uygun fiyatlı olması sağlanmadan ulaşmak mümkün olmayacaktır (Meara vd., 2015: 569–570).

Sahra Altı Afrika’da, yüksek gelirli ülkelerde rutin olarak tedavi edilebilen cerrahi sorunları olan hastaların çoğu hiçbir zaman bir sağlık tesisine ulaşamamakta veya yetersiz insan ve/veya fiziksel kaynaklara sahip bir tesiste tedavi edilmektedir. Bu koşullar erken ölüme veya ciddi bir ekonomik yük getiren fiziksel engelliliğe yol açmaktadır. Bu arada, son on yılda küresel halk sağlığı alanında çok sayıda “ihmal edilen tropikal hastalık” (NTD) girişiminin ortaya çıktığına görülmektedir. Sahra Altı Afrika’da klinisyenlerle çalışan cerrahlar NTD’lerdeki ivme sebebiyle “cerrahi koşulların da ihmal edilmiş olduğu düşünülmeli mi? Sorusunu gündeme getirmektedir (Ozgediz ve Riviello, 2008). Yıllardır cerrahlar dünya çapında cerrahi hizmetlere erişimi sınırlı olan nüfusa hizmet vermektedir (Dare vd., 2014).

Düşük ve orta gelirli ülkelerden elde edilen veriler az olmakla birlikte, mevcut kanıtlar, konjenital anomalilerin gerçek insani ve ekonomik maliyetinin büyük ölçüde hafife alındığını ve pediatrik cerrahinin, erken ölümleri ve yaşam boyu sakatlığı önemli ölçüde önleme potansiyeline sahip, uygun maliyetli bir müdahale olduğunu göstermektedir (Sitkin vd., 2015, p. 36).

Cerrahi müdahaleler giderek daha uygun maliyetli küresel öncelikler olarak kabul edilmekte ve bunların faydası sıklıkla kaliteye göre ayarlanmış (QALY) veya engelliliğe göre ayarlanmış (DALY) yaşam yılları kullanılarak ölçülmektedir. Yüksek gelirli ülkeleri kapsayan çalışmalarda QALY, düşük gelirli ülkeleri kapsayan çalışmalarda ise DALY ağırlıklı olarak kullanılmaktadır (Rios-Diaz vd., 2016).

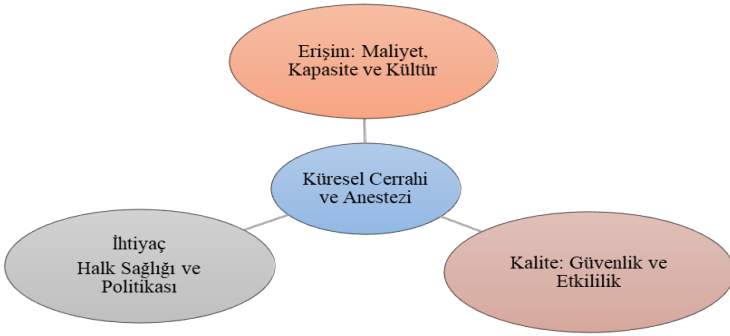
Global Cerrahi Vakfı (The Global Surgery Foundation -GSF) merkezi İsviçre’de olan hayat kurtaracak ve engelliliği azaltacak cerrahi bakım sistemleri oluşturmak amacıyla kurulmuş ve küresel cerrahi paydaşları için ortak bir platform olarak görev yapmaktadır. Temel misyonu; güvenli, kaliteli, zamanında ve uygun fiyatlı cerrahi, doğum ve anestezi bakımına evrensel ve adil erişimin olduğu bir dünya oluşturmaktır (SURGFund, 2023). Dünyada buna benzer birçok kuruluş bulunmaktadır.

2.2. Küresel Cerrahinin Boyutları

Cerrahi bakım, sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır ve yaşam beklentisinin artmasıyla ilişkilidir. Ancak birçok düşük gelirli ülke temel sağlık hizmeti düzeyine ulaşmada başarısız olmaktadır. Cerrahi hizmetlerin kapasitesinde ve sunumunda iyileşmeler, sağlık sisteminin güçlendirilmesinin önemli bir bileşeni olmalıdır (Weiser vd., 2015: 11). Cerrahi bakımın geliştirilmesi ve sunulması konusunda eğitilmiş bir iş gücü, küresel cerrahi hastalık yükünün azaltılmasında kritik öneme sahiptir. Küresel cerrahi, sınırlı kaynaklara sahip ortamlarda cerrahi kapasiteyi desteklemek ve artırmak için araştırma, eğitim, savunuculuk ve öğretimi teşvik eden işbirlikçi ortaklıklar yoluyla mevcut eşitsizlikleri gidermeyi amaçlamaktadır. Cerrahi bakım önündeki engeller ise kaynak, personel, ekipman ve finansman eksikliği, iletişim eksikliği ve coğrafi zorlukları içerir (Vaghaiwalla vd., 2023).

Modern cerrahi bakım, basit bir apsenin drenajından karmaşık konjenital kalp anomalilerinin onarımına kadar her şeyi kapsayan etkileyici bir cerrahi prosedüre sahiptir. Bir operasyonun etkinliği operasyonun türüne göre değişir;

operasyonu yürütmek için mevcut kaynaklar; cerrahın ameliyat becerileri; anestezi personelinin kapasitesi ve kaynakları ile beslenme durumu ve diğer eşlik eden hastalıklar gibi hasta faktörlerinden etkilenmektedir. Çok sayıda cerrahi prosedür ve ameliyat sonuçlarındaki değişkenlik, kapsamlı bir hesaplamayı imkansız olmasa da zorlaştırmaktadır (Bickler vd, 2015). Küresel cerrahi ve anestezinin temel ilkelerini ihtiyaç, erişim ve kalite konularıyla birlikte, dünya nüfusuna gelişmiş ve eşitlikçi cerrahi bakım sağlama girişimi olarak tanımlanabilmektedir (Bath vd., 2019: 2).



Şekil 1. Küresel Cerrahinin Boyutları

Kaynak: (Bath vd., 2019: 2)

2.2.1. İhtiyaç

Yaklaşık 2 milyar insan acil ve temel cerrahi bakıma erişimden yoksundur (Funk vd., 2010). Dünya nüfusunun en fakir üçte biri olan düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan kırsal nüfus ihtiyacın çoğuna sahip olmasına rağmen tüm cerrahi prosedürlerin yalnızca yüzde 3,5'ini almaktadır (Weiser vd., 2008). Çoğu ülkede, 45 yaşın altındaki kişiler için travmatik yaralanmalar önde gelen ölüm ve engellilik nedenidir. Her yıl yedi milyon insan yaralanma ve travma nedeniyle ölmekte, çok daha fazlası da engelli kalmaktadır (SURGfund, 2023).

Cerrahi hizmetlerin halk sağlığı sisteminin önemli ama çoğunlukla pahalı bir bileşeni olduğu uzun zamandır kabul edilmektedir. Cerrahi, kaynakları en zengin olandan en kısıtlı

olana kadar her ortamda gerçekleşir ve değişen hastalık biçimleriyle birlikte ihtiyaç da büyük ölçüde artmıştır (Weiser vd., 2008). Cerrahi koşullar ve tedavilerin halk sağlığı öncelikleri olarak yeterince tanınmaması ve kaynak sağlanamaması nedeniyle, dünya çapında karşılanmamış büyük bir cerrahi bakım ihtiyacı bulunmaktadır. Küresel cerrahi, uluslararası sağlık sistemleri genelinde adil ve gelişmiş cerrahi bakım sağlamayı amaçlayan, hızla gelişen multidisipliner bir alanı tanımlamaktadır (Bath vd.,2019: 1). Dünyanın en fakir ülkelerinde nüfus arttıkça cerrahi müdahalelere olan ihtiyaç da artacaktır.

2.2.2. Erişim

Cerrahi, sağlık bakım sistemlerinin temel bir bileşeni olup her yaşta gereklidir. Ancak cerrahi hizmetleri küresel sağlık girişimlerine entegre etmeye yönelik önceki çabalar, cerrahi ihtiyacın kapsamını yansıtmamaktadır ve birçok sağlık sistemi gerekli müdahaleleri sağlamamaktadır (Rose vd., 2015: 13). Cerrahi ihtiyaç tüm hastalık kategorilerini kapsasa da cerrahi gerekliliği hastalık modellerine, sosyal belirleyicilere ve tıbbi bakımın varlığı ile kullanımına bağlı olarak bir bölgeden diğerine değişmektedir. Bakıma zayıf erişim ve gecikmiş tıbbi müdahaleler, güçlü birinci basamak sağlık sistemlerine sahip ortamlarda genellikle ameliyat gerektirmeyen patolojik anormalliklerin, gözetimsiz bırakıldığında cerrahi müdahale gerektirecek şekilde ilerleyebileceği anlamına gelmektedir (Meara vd., 2015: 573).

Cerrahi ihtiyaç, hastalığın görülme sıklığına göre dünyanın bölgeleri arasında farklılık göstermekte ve birçok ülke nüfusunun temel ihtiyaçlarını karşılamamaktadır. Bu ihtiyacı bilmek, cerrahi kapasitenin sağlık sistemlerine nasıl dâhil edileceğini düşünen politika yapıcılar, fon sağlayıcılar ve sağlık bakanlıkları için yararlı olabilir (Rose vd., 2015: 13). Dünya çapında ameliyat hacmi büyüktür. Büyük cerrahi prosedürlerin yüksek ölüm ve komplikasyon oranları göz önüne alındığında, cerrahi güvenliği artık önemli bir küresel halk sağlığı sorunu

haline gelmiştir. Düşük gelirli ortamlarda cerrahiye erişimin orantısız kıtlığı, dünya çapında ele alınmamış büyük bir hastalık yükünün varlığına işaret etmektedir (Weiser vd., 2008). Cerrahi tedavi, küresel hastalık yükünün yaklaşık %30'unu temsil etmektedir (Meara vd., 2015). Dünya çapında her yıl tahminen 266 milyon operasyon gerçekleştiriliyor olsa da dünya nüfusunun en yoksul üçte birlik kesimi bunların yalnızca %3,5'ini almaktadır (Weiser vd., 2008). Yaralanmalar dünya çapında en büyük cerrahi hastalık yükünü oluştururken bunu obstetrik komplikasyonlar, maligniteler, konjenital anomaliler ve perinatal durumlar (yaklaşık 2 milyon) takip etmektedir. Yaralanmaların yanı sıra doğumla ilgili acil durumlar da önemli bir sağlık kaybına neden olmaktadır (Ozgediz ve Riviello, 2008: 121).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Binyıl Kalkınma Hedefi 5 (MDG5) aracılığıyla anne ölüm oranını azaltmaya yönelik küresel çabalara rağmen, anne ölüm oranı düşük gelirli ülkelerde kabul edilemeyecek kadar yüksektir. Sezaryen ile anne ölümü, kanama ve enfeksiyonun engellenmesi nedeniyle morbidite önlenabilmektedir. Çoğu düşük gelirli ülkelerde sezaryen oranları DSÖ tarafından önerilenden daha düşüktür. Zamanında sezaryene erişim olmadan anne ölüm oranını daha da azalması muhtemel değildir. Yapılan bir araştırmada düşük gelirli ülkelerde sezaryen oranlarını DSÖ'nün tavsiye ettiği seviyelere (%10-15) çıkardığında anne ölüm oranını ortalama %62,75, [%95 CI; %56,38-69,11] azaldığı tespit edilmiştir (Thomas vd., 2016).

Cerrahiye erişim, kalkınmanın her aşamasındaki ülkeler için işleyen bir sağlık sisteminin önemli bir bileşeni olarak giderek daha fazla kabul görmektedir (Farmer ve Kim, 2008). Küresel hastalık yükünün yaklaşık %30'u cerrahidir ve temel, hayat kurtarıcı cerrahi bakımın sağlanması hem yüksek gelirli ülkelerde hem de düşük ve orta gelirli ülkelerde oldukça uygun maliyetlidir (Chao vd., 2014; Shrimmer vd., 2015a).

Birçok düşük ve orta gelirli ülkede bölge hastanelerindeki tesis, ekipman ve uzman eksikliğinin, cerrahi bakıma erişimde büyük bir engel oluşturduğuna dair kanıtlar giderek artmaktadır. Bölge hastanelerine yatırımın yanı sıra mali ve coğrafi erişilebilirliği iyileştirmeye yönelik acil eylemin, erişim ve engel sorunlarının aşılmasında önemli bir etki yaratması muhtemeldir (Grimes vd, 2011). Cerrahi hizmetlere yetersiz erişim, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerdeki nüfusun marjinal kesimleri için, çeşitli sağlık koşullarından kaynaklanan kabul edilemez morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır (Spiegel vd., 2015: 2137).

Cerrahi koşullara bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılması için cerrahi bakıma erişim önemlidir. Bakıma erişim kavramı çok boyutlu olup coğrafi, zamansal, yapısal, sosyokültürel, finansal ve politik bileşenleri kapsamaktadır. Bir hastanın cerrahi ve anestezi bakımına erişebilmesi için öncelikle bir dağıtım sisteminin (eğitilmiş personel ve fiziksel kaynaklar dâhil) mevcut olması ve hastanın bu sisteme zamanında ulaşabilmesi gerekmektedir. Hastanın fayda görmesi için ise bakımın güvenli ve etkili olması gerekmektedir. Son olarak, cerrahi ve anestezi hizmetlerinin maliyetleri, alımın önünde bir engel oluşturmamalı veya hastalar ve aileleri için mali felakete sonuçlanmamalıdır (Meara vd., 2015; Weiser vd., 2015).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde cerrahi bakım sunumunun iyileştirilmesine yönelik daha fazla ilerlemenin, bu alanda aktif olan gruplar arasındaki işbirlikçi çabaları teşvik etmesi gerekmektedir. Cerrahi bakımın sağlanması konusunda erişimde engellerin olduğu, kaynakların sınırlı olduğu ortamlarda cerrahi kapasite oluşturma ve sürdürme konusunda çok sayıda zorluk vardır. Bununla birlikte, politika yapımcılar, yöneticiler ve sağlık hizmeti sağlayıcıları da dâhil olmak üzere çok aktörlü işbirlikleri ile cerrahi bakımın küresel olarak iyileştirilmesine yönelik ortak çabalar gerçekleştirilebilir (Ologunde vd., 2014).

Küresel cerrahi alanı, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık eşitliği merceği aracılığıyla çeşitli cerrahi

koşulları ele alarak sağlık sistemlerinin güçlendirilmesini vurgulamaktadır. Bu nedenle, küresel cerrahinin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ulaşılmasında çok önemli bir rolü var. Küresel cerrahi ile ilişkilendireceğimiz Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 2030 kapsamında altı hedef bulunmaktadır. Bu hedefler; küresel cerrahide özellikle yoksulluğun ortadan kaldırılmasına, iyi sağlık ve refahın sağlanmasına, cinsiyet eşitliğine, insana yakışır iş ve ekonomik büyümenin teşvik edilmesine ve eşitsizliklerin azaltılmasına katkıda bulunmaktadır (Roa vd, 2019a). Cerrahi bakımın kalitesinin ve erişiminin iyileştirilmesi hastalık yükünü düşürmektedir. Ayrıca yüksek kaliteli cerrahi bakıma zamanında erişim, yaşam kalitesini uzatarak ve mortalite ve morbidite üzerinde olumlu etkiler sağlayarak ekonomik büyüme ve kalkınmaya katkı sağlar. Bu iyileştirmeler, özellikle cerrahiye erişimi kısıtlı olan savunmasız nüfuslar arasında sağlıkta eşitsizlikleri azaltmaya katkıda bulunmaktadır (Guest vd., 2017). Cerrahi, doğum ve anestezinin kesişen doğası nedeniyle, bu hizmetlere yatırım yapmak cinsiyet eşitliği, ekonomik büyüme ve altyapı gelişiminin sağlanmasına yönelik ilerlemeyi artıracaktır (Roa vd., 2019b).

DSÖ tarafından 100 Temel Sağlık Göstergesinden Oluşan Küresel Referans Listesi yayınlanmıştır. Bu referans listesi, bir ülkenin sağlık durumu ve eğilimleri hakkında kısa bilgi sağlamak amacıyla küresel sağlık topluluğu tarafından önceliklendirilen standart bir temel sağlık göstergeleri setidir (WHO, 2018). 2015 yılında Lancet Küresel Cerrahi Komisyonu, ülkelerin cerrahi ve anestezi bakım sunumlarını ölçebilmelerini sağlamak için altı cerrahi ölçüm önermiştir. Bu göstergeler daha sonra Dünya Bankası tarafından Dünya Kalkınma Göstergelerine dâhil edilmek üzere kabul edilmiştir (Guest vd., 2017). Lancet Küresel Cerrahi Komisyonu, küresel cerrahi bakımın mevcut durumunu açıklayan ve evrensel sağlık sigortasına yönelik çalışma hedefiyle erişim ve eşitliğin iyileştirilmesine yönelik öneriler sunan bir rapor yayınlamıştır. Ayrıca cerrahi tedaviye erişimi, kaliteyi ve sağlık sistemleri

üzerindeki ekonomik etkileri değerlendirmek için Tablo 1’de yer alan altı gösterge ve hedef tanımlanmıştır (WHO, 2018; Meara vd., 2015: 570)

Tablo 1. Lancet Küresel Cerrahi Komisyonu 2030 Göstergeleri ve Hedefleri

S.No	Gösterge	Tanım	Hedef
1	Gerekli cerrahi müdahalelere zamanında erişim	Öncü prosedürleri (sezaryen, laparotomi ve açık kırık tedavisi) gerçekleştirebilecek bir tesise 2 saat içinde erişebilen nüfus yüzdesi	2030 yılına kadar ülke başına temel cerrahi ve anestezi hizmetlerinin minimum %80 oranında karşılanması
2	Uzman cerrahi iş gücü yoğunluğu	100.000 nüfus başına cerrahi, anestezi veya doğum alanında uzman doktor sayısı	2030 yılına kadar 100.000 nüfus başına en az 20 cerrahi, anestezi ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanının bulunduğu ülkelerin %100’ü
3	Cerrahi hacim	100.000 nüfus başına toplam cerrahi vaka sayısı	2020 yılına kadar ülkelerin %80’i ve 2030 yılına kadar ülkelerin %100’ü cerrahi hacmi takip edecek; 2030 yılına kadar 100.000 kişi başına en az 5.000 prosedür uygulanacak
4	Perioperatif mortalite	Herhangi bir cerrahi işlem sonrası ve hastaneden taburcu edilmeden önce meydana gelen ölümler (%)	2020 yılına kadar ülkelerin %80’i ve 2030 yılına kadar ülkelerin %100’ü perioperatif mortaliteyi takip edecek; 2020’de küresel verileri değerlendirin ve 2030 için ulusal hedefler belirleyin
5	Yoksullaştırıcı harcamalara karşı koruma	Toplam gelirin %10’unu veya yiyecek ve barınma sonrası kalan gelirin %40’ını aşan cerrahi bakımdan kaynaklanan doğrudan cepten yapılan masraflar hesaba katılır.	2030 yılına kadar cerrahi ve anestezi bakımı için cepten yapılan ödemelerden kaynaklanan yoksullaşmaya karşı %100 koruma
6	Yoksullaştırıcı harcamalarına karşı koruma	Cerrahi bakım ihtiyacından kaynaklanan doğrudan cepten yapılan harcamalar, günde 1,25 ABD Doları olan yoksulluk sınırının altına düşmesine neden oluyor.	2030 yılına kadar cerrahi ve anestezi bakımı için cepten yapılan ödemelerden kaynaklanan yıkıcı harcamalara karşı %100 koruma

Kaynak: (Guest vd., 2017; Meara vd., 2015; WHO, 2018)

Cerrahi ve anestezi bakımına yetersiz erişim ölümcüldür. Acil cerrahi bakım sağlayan iyi kaynaklara sahip bölge hastanelerine coğrafi erişim, yalnızca daha yakın değil, aynı zamanda güvenilir bir şekilde kullanılabilir ve yüksek kalitede olarak algılanırsa, bu tür sağlık hizmetlerinden toplumun kullanımını da artırabilir. İyi kaynaklara sahip en yakın hastaneye olan mesafe 100 km'den fazla olduğunda mortalite oranı da artabilmektedir (Dare vd., 2015: 652).

2.2.3. Maliyet

Güvenli ve uygun maliyetli cerrahiye erişimin zayıf olması nedeniyle kaybedilen ekonomik çıktı, cerrahi, doğum ve anestezi bakımına erişim hızlı bir şekilde iyileştirilmediği takdirde, düşük ve orta gelirli ülkelere 2030 yılına kadar tahmini 12,3 trilyon ABD dolarına mal olmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde cerrahi hizmetlere yatırım yapmak ekonomiktir, hayat kurtarır ve ekonomik büyümeyi destekler (SURGfund, 2023).

Küresel olarak cerrahi sağlık bakımı sağlamaya yönelik artan ihtiyaca rağmen, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde çok az sağlık sistemi bu tür bakımı yeterince sağlayabilmektedir. Dünyadaki insanların büyük çoğunluğu (tahmini 5 milyar kişi) ihtiyaç duyduklarında güvenli ve uygun fiyatlı cerrahi sağlık hizmetlerine erişemiyor. Bu, küresel halk sağlığı açısından önemli bir endişe kaynağıdır çünkü bu hizmetlere olan talep, dünya çapında meydana gelen epidemiyolojik ve demografik geçişlerle birlikte artmaktadır. Cerrahi sağlık hizmetlerinin zayıf olmasının temel nedeni, cerrahi sağlık hizmetleri için yeterli sağlık sistemi finansmanının bulunmamasıdır (Jumbam vd., 2023: 1).

Sağlık hizmetlerine erişim her zaman ücretsiz değildir ve kullanımı genellikle yoksullaşma riski taşır. Dünyanın pek çok yerinde sağlık hizmetleri için cepten yapılan ödemeler, sağlık finansmanının en yaygın biçimi olmaya devam etmektedir. Gıda dışı hane halkı harcamalarının %40'ından fazlası katastrofik sağlık harcaması olarak tanımlanmaktadır. Özellikle, cerrahi

bakımın katastrofik sağlık harcamalarına katkısı bulunmaktadır. Küresel olarak, hastaların cerrahi hizmetlere erişiminin bir sonucu olarak her yıl tahminen 32,8 milyon (%95 32,4–33,1 milyon) felaket harcaması vakası meydana gelmektedir. Yaklaşık 3,7 milyar kişi (3,2–4,2 milyar) cerrahi bakıma ihtiyaç duymaları durumunda mali felaket riskiyle karşı karşıyadır (Shrime vd., 2015b). Düşük ve orta gelirli ülkelerde yapılan araştırmalar, doğum bakımına yönelik harcamaların büyük bir bölümünün ilaç ve tıbbi malzeme, tesise ulaşım, yiyecek ve hastanede kalış için olduğunu göstermektedir. Bazı düşük ve orta gelirli ülkelerdeki hastalar, üçüncü düzey hastanelerin bakım kalitesinden yoksun olması ve malzemelerin yetersiz olması durumunda özel hizmet sağlayıcılara başvurmaktadır. Bu durum hasta maliyetlerini önemli ölçüde artırmaktadır (Kruk, 2013).

Burkina Faso’da acil obstetrik cerrahi ailelere büyük bir mali yük getirmektedir; Ciddi gebelik komplikasyonları yaşayan kadınların yüzde 30,5’i, hastane faturalarını ödemek için borç almak zorunda kalmaktadır (Storeng vd., 2008). Şiddetli obstetrik komplikasyonlar durumunda, Benin’de ortaya çıkan maliyetler yıllık hane halkı nakit harcamasının %34’üne ulaşmaktadır. Gana ve Benin’de hastane bazlı doğum bakımının ekonomik yükünün, kadınların sağlık hizmetlerini kullanmasını caydırması veya geciktirmesi muhtemeldir. Bir kadının doğum sırasında ciddi obstetrik komplikasyonlar gelişmesi durumunda, hastane bakımının nispeten yüksek maliyetleri hane bütçesi üzerinde potansiyel olarak yıkıcı bir etkiye sahip olabilmektedir (Borghini vd., 2003). Endonezya Hükümeti yakın zamanda yoksulların bakım hizmetlerine erişimini iyileştirmek için bir sağlık sigortası planını uygulamaya koymuştur. Hanelerin farklı obstetrik bakım türleri için yaptığı ödemeleri, ödemelerin ekonomik sonuçlarını ve yeni sigortanın bu harcamalar üzerindeki etkilerini araştırılmıştır. Sigortası olmayan hanelerin yüzde 68’i en yoksul yüzde 68’i, en zengin yüzde 8,8’i ise doğum bakımı için haneleri yıkıcı düzeyinde harcamalar yaptıkları tespit edilmiştir (Quayyum vd., 2010).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yönetim kurulu Dünya Sağlık Asamblesi'nde bir kararın kabul edilmesine yol açabilecek "Genel Sağlık Sigortasının Bir Bileşeni Olarak Acil ve Temel Cerrahi Bakım ve Anestezinin Güçlendirilmesi" başlıklı bir gündem maddesini kabul etmiştir (Spiegel vd., 2015: 2137). 2015 yılında Lancet Küresel Cerrahi Komisyonu evrensel sağlık sigortasının getirilmesi ve hastalık maliyetlerine karşı finansal riskten korunma güvencesi verilmesi ile 2030 yılına kadar hiç kimse cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle yoksulluğa düşmemesi hedefleri bulunmaktadır. Küresel hastalık yükünün yaklaşık yüzde 30'u cerrahidir ve her yıl ameliyat olan bireylerin yaklaşık dörtte biri, maliyeti nedeniyle mali zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır (Meara vd., 2015: 570).

Cerrahi bakımın erişilebilirliği, bulunabilirliği, karşılanabilirliği ve kabul edilebilirliği gibi engeller düşük ve alt gelirli ülkelerdeki gelişmeleri engelse de kanıtlar bu ortamlarda cerrahi bakımı iyileştirmeye yönelik müdahalelerin maliyet etkili müdahaleler olabileceğini göstermektedir (Ologunde vd., 2014). Cerrahi, herhangi bir sağlık sisteminin önemli bir parçasıdır. Gelir seviyesi düşük ve sosyal güvencesi olmayan hastaları benzersiz bir şekilde finansal sıkıntıya sokabilir. Cerrahi hizmetler zaman açısından kritiktir, yaşamı tehdit eder ve maliyeti oldukça (Shrime vd., 2015b) yüksektir. Ancak cerrahi uygulamalar maliyet etkili tedavilerdir. Örneğin görme ve işitme bozukluğu kontrolüne yönelik müdahaleler genellikle uygun maliyetlidir. Hem okul çağındaki çocukların (yılda bir) hem de yetişkinlerin (beş yılda bir) işitme kaybı açısından taranması, önlenen DALY başına 1000 \$ civarında bir maliyete neden olur. Bu müdahalelerin oldukça uygun maliyetli olduğu düşünülebilir (Baltussen ve Smith, 2012).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların küresel yükü arttıkça küresel cerrahi de ilgi görmeye başlamıştır. Cerrahinin pahalı bir müdahale olarak algılanması geçmişte küresel sağlıkta yaygın olarak kabul edilmesinin önünde bir engel olsa da mevcut veriler cerrahi bakım sunumuna yönelik yatırımın ekonomik açıdan değerli olduğunu göstermektedir. Cerrahi

her ne kadar birçok geleneksel halk sağlığı müdahalesinden daha uzmanlaşmış insan kaynağı ve altyapı gerektirse de bu zorluklarla karşılaşıldığında cerrahi benzer maliyet-etkinlik oranlarıyla sağlık açısından faydalar sağlayabilmektedir. Sağlık sisteminin güçlendirilmesine yönelik daha bütünsel bir yaklaşım bağlamında bakıldığında cerrahi, nüfusa dayalı sağlık hizmeti sunumunda çok önemli bir rol oynayabilir ve uzun vadeli engellilikleri maliyet etkin bir şekilde önleme yeteneği, bu alandaki değerini göstermektedir (Chao vd., 2014: 343). Genel olarak, cerrahi müdahaleler küresel sağlıkta en uygun maliyetli prosedürler arasındadır. Maliyet-etkinlik çalışmalarındaki titizlik, küresel cerrahiye kanıt oluşturmak için sağlam bir temel sağlayacaktır (Mock, 2017).

2.2.4. Kapasite

Küresel hastalık yükünün yaklaşık %30'u, ameliyatla tedavi edilebilir veya bir cerrahın doğrudan müdahalesini gerektiren durumlardan kaynaklanmaktadır. Her yıl, yalnızca cerrahi olarak önlenemez ölümlerin toplamı, HIV, Sıtma ve Tüberkülozdan kaynaklanan toplam ölümlerin toplamından yaklaşık 6 kat daha fazladır (SURGFund, 2023). Bu nedenle ülkeler sağlık hizmeti sunma kapasitelerini artırmalıdır.

Kaynak zengini ve fakir ülkeler arasındaki ameliyathane ve ekipman mevcudiyeti arasındaki eşitsizlik oldukça büyüktür ve bunun azaltılması halk sağlığı açısından çok önemli olacaktır. Dünya çapında ameliyathanelerin ve temel cerrahi ekipmanların mevcudiyeti açısından ölçülebilir bir eşitsizlik vardır. Ayrıca birçok ameliyathanede gerekli ekipmanlar mevcut değildir (Funk vd., 2010).

DSÖ'nün acil ve temel cerrahi bakımı değerlendirmeye yönelik durum analizi aracı, ülke çapındaki tesislerdeki kapasiteyi ölçmektedir. Sağlık kurumlarının kapasite boyutları; (i) altyapı, tesis türü, hizmet verilen nüfus ve maddi kaynaklar; (ii) insan kaynakları; (iii) acil durum ve diğer cerrahi müdahalelerin yönetimi; (iv) canlandırma için acil durum ekipmanı ve malzemeleri olarak sınıflandırılabilir (Idriss vd.,

2011). Küresel sağlık finansmanı girişimleri, tek bir hastalık sürecini hedefleyen dikey programlardan, temeldeki sağlık sisteminin güçlendirilmesini ve entegrasyonunu hedefleyen yatay programlara doğru bir geçişe tanık olmaktadır. Bu geçişin büyük bir kısmı bulaşıcı olmayan hastalıklara epidemiyolojik geçiş nedeniyle meydana gelmektedir (Petroze, 2014). Gambiya'daki sağlık tesisleri üzerinde yapılan bir araştırma, hayat kurtaran temel cerrahi müdahaleleri gerçekleştirmek için gereken fiziksel kaynaklar ve insan kaynaklarında büyük boşlukların bulunduğunu ortaya koymaktadır (Idriss vd., 2011). Düşük gelirli ülkelerde birçok sağlık kuruluşunda basit ve temel cerrahi prosedürleri sağlanırken, güvenli bakım sağlamak için mevcut kaynaklar ve materyaller sıklıkla yetersizdir (Knowlton vd., 2017). Gambiya'daki sağlık tesislerinin yalnızca %50'sinde şebeke suyunun mevcut olduğu tespit edilmiştir (Idriss vd., 2011). Cerrahi altyapı, malzeme ve ekipman eksikliği, cerrahi hizmetlerin sunumunu sınırlamaktadır (Knowlton vd., 2017).

2.2.5. İnsan Kaynakları

Mevcut ve gelecekteki cerrahi bakım işgücünün geliştirilmesi, dünya çapında güvenli cerrahi bakımın sağlanmasında önemli bir bileşendir (SURGFund, 2023). Cerrahi uzmanı işgücü dünyanın büyük bir bölümünde kritik derecede yetersizdir ve büyük ölçüde adaletsiz bir şekilde dağılmıştır. Artan küresel cerrahi hastalık yükünün üstesinden gelmek için, cerrahi uzman iş gücünün hem sayısını hem de dağılımını artırmaya acil bir ihtiyaç vardır (Holmer vd., 2015).

Yetersiz cerrahi iş gücü, dünya çapında milyarlarca insan için güvenli cerrahi bakımın önünde büyük bir engeldir. Küresel nüfusun %48'ini temsil eden düşük gelirli ve alt-orta gelirli ülkeler bu işgücünün %20'sine, yani tüm cerrahların %19'una, anesteziistlerin %15'ine ve kadın doğum uzmanlarının %29'una sahiptir. Yoğunluk açısından, düşük gelirli ülkelerde 100.000 nüfus başına 0.7 cerrah düşerken, düşük orta gelirli ülkelerde bu sayı 5.5, üst orta gelirli ülkelerde 22.6 ve yüksek gelirli ülkelerde 56.9'dur (Holmer vd., 2015).

100.000 nüfus başına 20'den az uzman cerrah, anestezi ve doğum uzmanının bulunduğu ülkelerde sağlık sonuçları daha kötüdür. 2030 yılına kadar cerrahi iş gücü yoğunluğunun yüz binde 20'ye ulaşması için cerrahi iş gücünün artırılması gerekmektedir. Her ne kadar ülkelerin büyük çoğunluğu cerrahi iş gücünde artışa ihtiyaç duysa da düşük-orta gelirli ülkelerde artış ihtiyacı çok daha büyüktür (Daniels vd., 2015).

Gelişmekte olan ülkelerdeki düşük ameliyat oranlarının nedeni olarak genellikle cerrahi prosedürler için fon eksikliği ve eğitilmiş sağlık çalışanlarının yetersizliği gösterilmektedir. Düşük gelirli ülkelerde bölge hastanelerinin temel ameliyatları yapabilme kapasitesinin güçlendirilmesine yönelik daha fazla mali ve insan kaynağı yatırımı yapılmaması, toplum sağlığında önemli kazanımlar elde edilmesinin önündeki engellerden biridir (Kruk vd., 2010). Ayrıca sağlık profesyonellerinin gelir düzeyi yüksek ülkelere "beyin göçü" yapması ülkelerin cerrah hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir (Kupfer vd., 2004). Bu durum hem cerrahi bakımın kalitesini düşürebilmekte hem de ciddi insani ve ekonomik kayıplara neden olabilmektedir. Sağlık profesyonellerinin ülkede kalmasını sağlayacak teşvik mekanizmaları oluşturulması ulusal sağlık çalışanlarının işte tutulmasında başarı sağlayacaktır.

2.2.6. Kalite

Sağlık sistemleri bireylerin ve toplumların sağlığını, bunlardan yararlanabilecek kişilere yüksek kaliteli müdahaleler sunarak iyileştirebilir. Kalite, doğru tanıyı koyma, en uygun müdahale stratejisini seçme ve müdahalenin klinik standartlara uygun olarak yapılmasını kapsamaktadır (Shengelia vd., 2005). Güvenli anestezi, ameliyata erişimin iyileştirilmesi, cerrahi müdahale yelpazesinde kabul edilebilir sonuçların elde edilmesi ve küresel hastalık yükünün hafifletilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Cerrahi alanda performans, cerrahi hizmetin güvenli, etkili, erişilebilir ve uygun maliyetli bakım sunma becerisini ve sonuçta bu cerrahi hizmetin nüfusun ihtiyaçlarını karşılayıp

karşılımadığını ifade etmektedir. Bir sağlık sistemi, öncelikle sağlık sonuçlarının sağlanmasına odaklanan ulusal hükümetten özel sektöre ve toplum temelli kuruluşlara kadar bireyleri, kuruluşları ve süreçleri kapsamaktadır (WHO 2007). Cerrahi hizmetler birinci basamak hizmetlere göre daha karmaşık bir altyapı ve nitelikli insan gücü ve daha sistem temelli bir yaklaşım gerektirmektedir (Ozgediz ve Riviello, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü, cerrahi işlem geçiren hastaların güvenliğini artırmanın bir yolu olarak 2008 yılında Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi'ni yayınlamıştır. Kontrol listesinin kullanılması, ameliyat ve anesteziye bağlı komplikasyon ve ölümlerde önemli bir azalma sağlamıştır (UNITAR, 2023). Ayrıca Ulusal Cerrahi, Obstetrik ve Anestezi Planları (NSOAP'ler), düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetleriyle ilgili Birleşmiş Milletler 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşmaları için bir yapı sağlamaktadır (Aguilera vd., 2020: 1). Küresel cerrahi, özellikle cerrahi hastalık yükünün yıllar geçtikçe arttığı düşük ve orta gelirli ülkelerde, standart ve eşit kaliteli bir cerrahi bakımı sürdürmek için cerrahi koşulları iyileştirmeyi amaçlamaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünya nüfusunun üçte ikisi güvenli, zamanında ve uygun fiyatlı cerrahi bakıma erişimden yoksundur; bu da her yıl 17 milyon önlenebilir ölüme ve çok daha fazla yaşam boyu engelliliğe neden olan devasa bir sağlık yüküne neden olmaktadır (SURGFund, 2023). Dünya çapında 5 milyar insan temel cerrahi bakıma yeterli erişememekte, dünyanın en yoksul %30'u ameliyatların yalnızca %3-6'sını alırken, en zengin %30 neredeyse %75'ini almaktadır. Bu nedenle her yıl 17 milyon insan ölmekte ve 77 milyon DALYs kaybedilmektedir. Bu rakam HIV/AIDS, sıtma ve tüberkülozun toplamından daha fazladır. Dünya ekonomisinin küresel cerrahiye erişememeden dolayı 2015 ile 2030 yılları arasında 21 trilyon dolar kaybedeceği tahmin edilmektedir. Bu rakamın 12,3 trilyonunun düşük ve orta gelirli ülkelerde olabileceği tahmin edilmektedir. Dünya çapında cerrahi bakım

eksikliği aynı zamanda insanlığın ilerlemesine de ciddi bir zarar vermektedir. Bunun önlenmesi için 2,2 milyondan fazla cerrah, anestezi uzmanı ve doğum uzmanı/jinekoloji uzmanı ve 350 milyar dolarlık bir yatırım gerekmektedir. Ayrıca ülkelerin ameliyat hacminin 100.000 nüfus başına 5.000'e çıkarılması hedeflenmektedir (GSSA, 2023). Dünya çapında güvenli ve etkili cerrahi bakım sağlamak, bugün küresel sağlığın karşı karşıya olduğu en büyük zorluklardan biridir

Bulaşıcı hastalık salgınları, uluslararası toplumu acil önlemler almaya ve küresel sağlık ile ilgili olarak güvenlik konusuna odaklanmaya zorlamaktadır. Kaynak tahsisinin sınırlayıcı karakteri göz önüne alındığında, diğer tüm tıbbi durumların, Covid-19 salgınında gördüğümüz gibi, sağlık güvenliği konularının en üst noktasıyla rekabet etmesini gerektirmektedir. Cerrahi, çeşitli hastalıklar için hayat kurtarıcı tedavi sunan evrensel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır (Metelmann vd., 2022). Son üç yılda, dünya yavaş yavaş Covid-19 salgınının etkisinden kurtulmaya başlamıştır. Covid 19 salgını ile ülkeler güçlü ve dayanıklı sağlık sistemlerine ihtiyaç olduğu ve küresel sağlıkta eşitlik konusunda iş birliği yapılması gerektiğini öğrenmiştir. Ancak Covid 19 salgını sürecince cerrahi hizmetler ertelenmiştir. Ancak özellikle gelir düzeyi düşük ülkelerde temel cerrahi bakıma erişim, temel bir insan hakkı olarak kabul edilmelidir (Ozgediz ve Riviello, 2008: 121). Cerrahi bakımın hem koruyucu hem de tedavi edici olarak çok çeşitli hastalığı etkilemesinden dolayı cerrahi erişim hastalık yükünü düşürülmesinde önemli bir araç olabilir.

Düşük ve orta gelirli ülkelerde temel cerrahi hizmetlerin zamanında ve uygun şekilde sunulmasının önündeki engeller arasında zayıf altyapı, yetersiz fiziksel kaynaklar ve yetersiz sayıda (ve eğitilmiş) sağlık uzmanı bulunmaktadır. Hastaların çoğu kırsal bölgelerde yaşamasına rağmen yeterli cerrahi hizmet yalnızca kentsel alanlardaki üçüncü basamak merkezlerde bulunmaktadır. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin göçü, hizmetlerin uzman olmayan ve hatta tıp dışı personel tarafından sağlandığı ve bunların birçoğunun yetersiz eğitime

sahip olduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulmasını zorunlu (Spiegel ve Gosselin, 2007: 1014).

Cerrahi koşulların yüksek yüküne rağmen, cerrahi hizmetlerin sağlanması küresel sağlık önceliği açısından düşük bir öncelik olmuştur. Küresel bir sağlık önceliği haline gelmek için küresel cerrahinin daha fazla politik önceliklendirmeye ve uluslararası ve ulusal düzeylerde daha iyi koordinasyona ihtiyacı vardır. Cerrahi bakıma evrensel erişimi geliştirmeye yönelik öneriler Tablo 2’de verilmiştir (Quene vd., 2022; Shawar vd: 2015).

Tablo 2. Cerrahi Bakıma Evrensel Erişimi Geliştirmeye Yönelik Öneriler

S. No	Öneriler	Açıklama
1	Uluslararası lobicilik	Küresel cerrahi için daha güçlü birleştirici bir yapıya ve küresel liderliğe ihtiyaç vardır. Küresel cerrahi araştırmaları ve savunuculuğu için uluslararası finansmanın genişletilmesi gerekmektedir.
2	Ulusal ve yerel katılım	Ülke düzeyinde küresel cerrahinin finansmanının artırılması ve önceliklendirilmesi gerekmektedir.
3	Ulusal cerrahi, doğum ve anestezi planlaması	Cerrahi durumların sağlık yükünü ele almaya yönelik ulusal planların geliştirilmesi ve uygulanması gerekmektedir. Cerrahi planların ulusal sağlık sistemi güçlendirme gündemlerine dâhil edilmesi gerekmektedir.
4	Cerrahi hizmetlerin merkezileştirilmesi	Bakıma erişimi iyileştirmek için birinci basamak hastanelerdeki cerrahi kapasite ve hizmetler artırılmalıdır.
5	Uzman ve uzman olmayan cerrahi iş gücünü artırın	Beceri geliştirme, eğitim, mentorluk ve görev paylaşımının yanı sıra cerrahi iş gücünü elde tutma fırsatları sağlanmalıdır.
6	Cerrahi veri toplamayı standartlaştırın	Cerrahi bakım sonuçlarını, ilerlemeyi ve ihtiyaçları izlemek ve değerlendirmek için veri toplama sistemleri uygulanmalıdır.
7	Cerrahi sistemler için kalite iyileştirme mekanizmalarını uygulamak	Cerrahi normların ve standartların kalitesini artıracak mekanizmaları uygulamak için tutarlı izleme ve değerlendirmeden elde edilen veriler kullanılmalıdır.
8	Topluluk katılımı	Cerrahi bakıma erişimdeki öncelikleri ve engelleri anlamak için toplumsal katılım gerekmektedir.

Kaynak: (Quene vd., 2022, p. 14)

Cerrahi bakıma coğrafi erişimin yanı sıra, cerrahi iş gücü ve cerrahi hacim gibi diğer faktörler de temel cerrahi hizmetlere erişimi etkilemektedir (Pérez-Soto vd., 2023). Cerrahi bakım sağlamanın önündeki engeller arasında kaynak, personel, ekipman, finansman eksikliği, iletişim eksikliği ve coğrafi zorluklar yer almaktadır. Küresel cerrahi, kurumlar arasındaki araştırma, eğitim ve programlama yoluyla eşitsizlikleri belirleyen işbirlikçi bir topluluğu teşvik eder. Sağlık hizmetlerinde eşitsizlikleri azaltmak için yenilik, uygulama ve yaygınlaştırma alanlarında akademik işbirliği yoluyla ön saflardaki hekimleri her bağlamda güçlendirmeyi amaçlamaktadır (Vaghaiwalla vd., 2023). Pek çok mükemmel tıp fakültesi ve hastane, cerrahi yeteneklerin yetiştirilmesi için büyük çaba sarf etmiş olsa da yetenek eksikliği, cerrahinin gelişimini kısıtlayan bir darboğaz olmaya devam etmektedir (Zhang ve Jiang, 2023). Bu nedenle tıp fakültesi öğrencilerini cerrahide yeteneklerini artıracak uygulamalara önem verilmelidir. Cerrahiye erişimde küresel eşitsizliği gidermeye ve küresel sağlıkta cerrahi bakımın durumunu iyileştirmeye kararlı bireyler ve gruplar, küresel cerrahi çatısı altında bir araya gelmeye başlamıştır. Jim Kim'in, ifadesi ile ameliyat "*sağlık hizmetlerinin ayrılmaz, vazgeçilmez bir parçasıdır*" ve ihtiyaç duyulduğunda tüm insanların güvenli, kaliteli, uygun fiyatlı ve adil cerrahi bakıma erişebilmesi gerekmektedir dair inan paylaşıyoruz.(Dare vd., 2014). Bu nedenle özellikle yüksek risk ve masraflar göz önüne alındığında, cerrahi hizmetlerin izlenmesini, güvenliğini ve kullanılabilirliğini iyileştirmeye yönelik halk sağlığı çabalarına büyük bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Weiser vd al., 2008). Sağlık sonuçlarını iyileştirmek için sağlık sistemlerini güçlendirmek gerekir.

Temel ve acil cerrahi bakıma erişimi olmayan kişi sayısı 5 milyardır. Güvenli ve uygun fiyatlı cerrahi bakıma erişimi olmayan dünyadaki yoksulların payı %90'dır. Dünya çapında ameliyatla tedavi edilebilen veya cerrah bakımı gerektiren hastalıkların payı ise %30 olarak tespit edilmiştir. 2030 yılına kadar düşük ve orta gelirli ülkelerde cerrahi hastalıklar

nedeniyle kaybedilen ekonomik çıktı 12 trilyon ABD doları olarak tahmin edilmiştir. Cerrahi bakıma yetersiz erişim küresel sağlıktaki en büyük boşluktur. Bu açığı kapatarak hayat kurtarmak en büyük öncelik olmalıdır. DSÖ Genel Direktörü Dr. Tedros, ifade ettiği gibi *“Hiçbir ülke, halkının güvenli, zamanında ve uygun fiyatlı cerrahi hizmetlere erişimi olmadığı sürece Evrensel Sağlık Sigortası’na ulaşamaz... Bu nedenle ülkelerin cerrahiye yatırım yapması hayati önem taşımaktadır”* (SURGfund, 2023).

Sağlık politikası yapıcılar cerrahi sistemlerin güçlendirilmesine öncelik verebilmek için ihtiyaç duydukları kanıtları sağlamada liderlik, öncelik belirleme ve cerrahi hizmetlerin finansmanı konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulacaktır (Kebede vd., 2023) Cerrahinin geliştirilmesi ve sunulması konusunda eğitilmiş bir iş gücü, cerrahi hastalıkların küresel yükünün azaltılmasında vazgeçilmez bir unsur olmaya devam etmektedir. Küresel cerrahi, dünya çapında çeşitli alanlara yayılmış cerrahi uygulamalardaki eşitsizlikleri gidermek için bireysel, kurumsal ve uluslararası düzeyde iş birliği yapmak için gerekli araçlara sahip bir cerrahlar topluluğu geliştirme avantajına sahiptir. Küresel cerrahinin uzun vadeli hedefleri arasında sürdürülebilir kapasite geliştirme ve ikili, karşılıklı fayda sağlayan bilgi, beceri ve kaynak alışverişi yoluyla sağlık sistemlerini güçlendirme çabaları yer almaktadır (Vaghaiwalla vd., 2023). Dünya çapında karşılanmayan bir cerrahi hastalık yükü mevcuttur ve orantısız bir şekilde düşük ve orta gelirli ülkeler bu yükü omuzlanmaktadır. Küresel cerrahi alanı bu ihtiyacı karşılamak üzere büyüdükçe, etik hususların da ele alınması gerekmektedir (Grant vd., 2020).

Cerrahi hayat kurtarır. Cerrahi bakım, hastalığın küresel yükünün üçte birini tedavi edebilmesinden dolayı özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde cerrahi bakıma erişimin iyileştirilmesi kritik öneme sahiptir. Altyapı, ekipman, sağlık tesislerine uzaklık ve uzman cerrahi iş gücündeki iyileştirmeler cerrahi sağlık hizmetlerini güçlendirilebilecektir. Küresel

cerrahi, küresel sağlığın önemli bir bileşenidir ve herkes için sağlık ve refahın sağlanmasında vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Küresel sağlıkta önemli iyileşme, düşük ve orta gelirli ülkelerin ekonomik büyüme ve kalkınmasına, kaynakların adil dağıtımına, nitelikli işgücüne olumlu yönde katkı sağlayacaktır. Küresel cerrahi alanında faaliyet gösteren üniversiteler, enstitüler, finansal yardım kuruluşları ve sosyal toplum kuruluşlarının araştırma ve geliştirme, ekonomik, eğitimsel ve mesleki gelişime yönelik katkıları küresel cerrahinin gelişimine katkı sağlayabileceklerdir.

KAYNAKÇA

- Aguilera, S., Quintana, L., Khan, T., Garcia, R., Shoman, H., Caddell, L., Latifi, R., Park, K. B., Garcia, P., Dempsey, R., Rosenfeld, J. V., Scurlock, C., Crisp, N., Samad, L., Smith, M., Lippa, L., Jooma, R., & Andrews, R. J. (2020). Global health, global surgery and mass casualties: II. Mass casualty centre resources, equipment and implementation. *BMJ Global Health*, 5(1), e001945. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001945>
- Alayande, B., Forbes, C., Degu, S., Hey, M. T., Karekezi, C., Khanyola, J., Iradukunda, J., Newton, M., Okolo, I. D., Jumbam, D. T., Chu, K. M., Makasa, E. M., Anderson, G. A., Farmer, P., Kim, J. Y., Binagwaho, A., Riviello, R., & Bekele, A. (2022). Shifting global surgery's center of gravity. *Surgery*, 172(3), 1029–1030. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2022.04.048>
- Baltussen, R., & Smith, A. (2012). Cost effectiveness of strategies to combat vision and hearing loss in sub-Saharan Africa and South East Asia: mathematical modelling study. *BMJ*, 344(mar02 1), e615–e615. <https://doi.org/10.1136/bmj.e615>
- Bath, M., Bashford, T., & Fitzgerald, J. E. (2019). What is 'global surgery'? Defining the multidisciplinary interface between surgery, anaesthesia and public health. *BMJ Global Health*, 4(5), e001808. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001808>
- Bickler, S. W., & Spiegel, D. A. (2008). Global surgery—defining a research agenda. *The Lancet*, 372(9633), 90–92. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60924-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60924-1)
- Bickler, S. W., Weiser, T. G., Kassebaum, N., Higashi, H., Chang, D. C., Barendregt, J. J., ... & Vos, T. (2015). Global burden of surgical conditions. Disease control priorities, 1, Essential surgery / volume editors, Haile T. Debas, Peter Donkor, Atul Gawande, Dean T. Jamison, Margaret E. Kruk, Charles N. Mock, 19-40, The World Bank
- Borghi, J., Hanson, K., Acquah, C. A., Ekanmian, G., Filippi, V., Ronsmans, C., Brugha, R., Browne, E., & Alihonou, E. (2003). Costs of near-miss

- obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy and Planning*, 18(4), 383–390. <https://doi.org/10.1093/heapol/czg046>
- Chao, T. E., Sharma, K., Mandigo, M., Hagander, L., Resch, S. C., Weiser, T. G., & Meara, J. G. (2014). Cost-effectiveness of surgery and its policy implications for global health: a systematic review and analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e334–e345. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70213-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70213-X)
- Charles, A. G., & Mock, C. (2017). Advancing Global Surgery: Moving Beyond Identifying Problems to Finding Solutions. *World Journal of Surgery*, 41(12), 2979–2980. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4316-9>
- Daniels, K. M., Riesel, J. N., & Meara, J. G. (2015). The scale-up of the surgical workforce. *The Lancet*, 385, S41. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60836-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60836-4)
- Dare, A. J., Grimes, C. E., Gillies, R., Greenberg, S. L. M., Hagander, L., Meara, J. G., & Leather, A. J. M. (2014). Global surgery: Defining an emerging global health field. *The Lancet*, 384(9961), 2245–2247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60237-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60237-3)
- Dare, A. J., Ng-Kamstra, J. S., Patra, J., Fu, S. H., Rodriguez, P. S., Hsiao, M., Jotkar, R. M., Thakur, J. S., Sheth, J., & Jha, P. (2015). Deaths from acute abdominal conditions and geographical access to surgical care in India: a nationally representative spatial analysis. *The Lancet Global Health*, 3(10), e646–e653. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00079-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00079-0)
- Farmer, P. E., & Kim, J. Y. (2008). Surgery and Global Health: A View from Beyond the OR. *World Journal of Surgery*, 32(4), 533–536. <https://doi.org/10.1007/s00268-008-9525-9>
- Funk, L. M., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Merry, A. F., Enright, A. C., Wilson, I. H., Dziekan, G., & Gawande, A. A. (2010). Global operating theatre distribution and pulse oximetry supply: An estimation from reported data. *The Lancet*, 376(9746), 1055–1061. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60392-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60392-3)
- Grant, C. L., Robinson, T., Al Hinai, A., MacK, C., Guilfoyle, R., & Saleh, A. (2020). Ethical considerations in global surgery: A scoping review. *BMJ Global Health*, 5(4), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002319>
- Grimes, C. E., Bowman, K. G., Dodgion, C. M., & Lavy, C. B. D. (2011). Systematic Review of Barriers to Surgical Care in Low-Income and Middle-Income Countries. *World Journal of Surgery*, 35(5), 941–950. <https://doi.org/10.1007/s00268-011-1010-1>
- GSSA. (2023). *Global Surgery Student Alliance*. What Is Global Surgery? <https://www.globalsurgerystudents.org/>
- Guest, G. D., McLeod, E., Perry, W. R. G., Tangi, V., Pedro, J., Ponifasio, P., Hedson, J., Tudravu, J., Pikacha, D., Vreede, E., Leodoro, B., Tapaua, N., Kong, J., Oten, B., Teapa, D., Korin, S., Wilson, L., Mesol, S., Tuneti, K., ... Watters, D. A. (2017). Collecting data for global surgical indicators: a

- collaborative approach in the Pacific Region. *BMJ Global Health*, 2(4), e000376. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000376>
- Holmer, H., Lantz, A., Kunjumen, T., Finlayson, S., Hoyler, M., Siyam, A., Montenegro, H., Kelley, E. T., Campbell, J., Cherian, M. N., & Hagander, L. (2015). Global distribution of surgeons, anaesthesiologists, and obstetricians. *The Lancet Global Health*, 3(S2), S9–S11. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70349-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70349-3)
- Iddriss, A., Shivute, N., Bickler, S., Cole-Ceesay, R., Jargo, B., Abdullah, F., & Cherian, M. (2011). Emergency, anaesthetic and essential surgical capacity in the Gambia. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(8), 565–572. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.086892>
- Jhunjhunwala, R., & Venkatapuram, S. (2023). How should we prioritise global surgery? A capabilities approach argument for the place of surgery within every health system. *BMJ Global Health*, 8(11), e013100. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013100>
- Jumbam, D. T., Reddy, C. L., Meara, J. G., Makasa, E. M., & Atun, R. (2023). A Financing Strategy to Expand Surgical Health Care. *Global Health Science and Practice*, 11(3), 1–12. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00295>
- Kebede, M. A., Tor, D. S. G., Aklilu, T., Petros, A., Ifeanyiichi, M., Aderaw, E., Bognini, M. S., Singh, D., Emodi, R., Hargest, R., & Friebel, R. (2023). Identifying critical gaps in research to advance global surgery by 2030: a systematic mapping review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09973-9>
- Knowlton, L. M., Banguti, P., Chackungal, S., Chanthasiri, T., Chao, T. E., Dahn, B., Derbew, M., Dhar, D., Esquivel, M. M., Evans, F., Hendel, S., Lebrun, D. G., Notrica, M., Saavedra-Pozo, I., Shockley, R., Uribe-Leitz, T., Vannavong, B., McQueen, K. A., Spain, D. A., & Weiser, T. G. (2017). Évaluation Géospatiale De L'Accès En Temps Voulu Aux Soins Chirurgicaux Dans Sept Pays. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(6), 437–444. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.175885>
- Kruk, M. E. (2013). Universal health coverage: A policy whose time has come: It is both the right and the smart thing to do. *BMJ (Online)*, 347(7930), f6360. http://www.bmj.com/highwire/filestream/668352/field_highwire_article_pdf/0/bmj.f6360.full.pdf
- Kruk, M. E., Wladis, A., Mbembati, N., Ndao-Brumblay, S. K., Hsia, R. Y., Galukande, M., Luboga, S., Matovu, A., de Miranda, H., Ozgediz, D., Quiñones, A. R., Rockers, P. C., von Schreeb, J., Vaz, F., Debas, H. T., & Macfarlane, S. B. (2010). Human Resource and Funding Constraints for Essential Surgery in District Hospitals in Africa: A Retrospective Cross-Sectional Survey. *PLoS Medicine*, 7(3), e1000242. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000242>
- Kupfer, L., Hofman, K., Jarawan, R., McDermott, J., & Bridbord, K. (2004). Strategies to discourage brain drain. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(8), 616–619.

- Malhotra, K., Wong, B. N. X., Lee, S., Franco, H., Singh, C., Cabrera Silva, L. A., Iraqi, H., Sinha, A., Burger, S., Breedt, D. S., Goyal, K., Dagli, M. M., & Bawa, A. (2023). Role of Artificial Intelligence in Global Surgery: A Review of Opportunities and Challenges. *Cureus, 15*(8). <https://doi.org/10.7759/cureus.43192>
- Meara, J. G., Leather, A. J. M., Hagander, L., Alkire, B. C., Alonso, N., Ameh, E. A., Bickler, S. W., Conteh, L., Dare, A. J., Davies, J., Mérisier, E. D., El-Halabi, S., Farmer, P. E., Gawande, A., Gillies, R., Greenberg, S. L. M., Grimes, C. E., Gruen, R. L., Ismail, E. A., ... Yip, W. (2015). Global Surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *The Lancet, 386*(9993), 569–624. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60160-X/ATTACHMENT/ADEF8156-4288-458F-8882-EC796E44A661/MMC2.MP4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60160-X/ATTACHMENT/ADEF8156-4288-458F-8882-EC796E44A661/MMC2.MP4)
- Metelmann, I. B., Flessa, S., & Busemann, A. (2022). Does health securitization affect the role of global surgery? *Journal of Public Health (Germany), 30*(4), 925–930. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01347-3>
- Mock, C. (2017). Strengthening the Methodologic Rigor of Cost-Effectiveness Studies in Global Surgery. *World Journal of Surgery, 41*(6), 1414. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-3932-8>
- Mock, C., Cherian, M., Juillard, C., Donkor, P., Bickler, S., Jamison, D., & McQueen, K. (2010). Developing priorities for addressing surgical conditions globally: Furthering the link between surgery and public health policy. *World Journal of Surgery, 34*(3), 381–385. <https://doi.org/10.1007/s00268-009-0263-4>
- Ologunde, R., Maruthappu, M., Shanmugarajah, K., & Shalhoub, J. (2014). Surgical care in low and middle-income countries: Burden and barriers. *International Journal of Surgery, 12*(8), 858–863. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2014.07.009>
- Ozgediz, D., & Riviello, R. (2008). The “Other” Neglected Diseases in Global Public Health: Surgical Conditions in Sub-Saharan Africa. *PLoS Medicine, 5*(6), e121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050121>
- Pérez-Soto, R. H., Trolle-Silva, A. M., Buerba-Romero Valdés, G. A., Sánchez-Morales, G. E., Velázquez-Fernández, D., Ramos-De la Medina, A., & Herrera, M. F. (2023). Timely Access to Essential Surgery, Surgical Workforce, and Surgical Volume: Global Surgery Indicators in Mexico. *Global Health Science and Practice, 11*(1), 1–10. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00745>
- Petroze, R. T. (2014). Global disease burden of conditions requiring emergency surgery (Br J Surg 2014; 101: E9-e22). *British Journal of Surgery, 101*(1), 2183. <https://doi.org/10.1002/bjs.9376>
- Quayyum, Z., Nadjib, M., Ensor, T., & Suchaha, P. K. (2010). Expenditure on obstetric care and the protective effect of insurance on the poor: Lessons from two Indonesian districts. *Health Policy and Planning, 25*(3), 237–247. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp060>

- Quene, T. Mac, Bust, L., Louw, J., Mwandri, M., & Chu, K. M. (2022). Global surgery is an essential component of global health. *The Surgeon*, 20(1), 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2021.10.001>
- Rios-Diaz, A. J., Lam, J., Ramos, M. S., Moscoso, A. V., Vaughn, P., Zogg, C. K., & Caterson, E. J. (2016). Global Patterns of QALY and DALY Use in Surgical Cost-Utility Analyses: A Systematic Review. *PLoS One*, 11(2), e0148304. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148304>
- Roa, L., Jumbam, D. T., Makasa, E., & Meara, J. G. (2019a). Global surgery and the sustainable development goals. *British Journal of Surgery*, 106(2), e44–e52. <https://doi.org/10.1002/bjs.11044>
- Roa, L., Jumbam, D. T., Makasa, E., & Meara, J. G. (2019b). Global surgery and the sustainable development goals. *The British Journal of Surgery*, 106(2), e44–e52. <https://doi.org/10.1002/bjs.11044>
- Rose, J., Chang, D. C., Weiser, T. G., Kassebaum, N. J., & Bickler, S. W. (2014). The role of surgery in global health: Analysis of United States inpatient procedure frequency by condition using the global burden of disease 2010 framework. *PLoS ONE*, 9(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089693>
- Rose, J., Weiser, T. G., Hider, P., Wilson, L., Gruen, R. L., & Bickler, S. W. (2015). Estimated need for surgery worldwide based on prevalence of diseases: a modelling strategy for the WHO Global Health Estimate. *The Lancet Global Health*, 3(S2), S13–S20. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70087-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70087-2)
- Shawar, Y. R., Shiffman, J., & Spiegel, D. A. (2015). Generation of political priority for global surgery: a qualitative policy analysis. *The Lancet Global Health*, 3(8), e487–e495. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00098-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00098-4)
- Shengelia, B., Tandon, A., Adams, O. B., & Murray, C. J. L. (2005). Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science & Medicine*, 61(1), 97–109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.055>
- Shrime, M. G., Bickler, S. W., Alkire, B. C., & Mock, C. (2015). Global burden of surgical disease: an estimation from the provider perspective. *The Lancet Global Health*, 3(S2), S8–S9. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70384-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70384-5)
- Shrime, M. G., Dare, A. J., Alkire, B. C., O'Neill, K., & Meara, J. G. (2015). Catastrophic expenditure to pay for surgery worldwide: a modelling study. *The Lancet Global Health*, 3(S2), S38–S44. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70085-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70085-9)
- Spiegel, D. A., & Gosselin, R. A. (2007). Surgical services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9592), 1013–1015. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61457-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61457-3)
- Spiegel, D. A., Misra, M., Bendix, P., Hagander, L., Bickler, S. W., Saleh, C. O., Ekeke-Monono, M., Baah-Odoom, D., Caldwell, A., Irons, B.,

- Amir, S., Taylor, R., Layne, M., Hailu, H., Awais, S. M., Price, R. R., Crockett, S., & Islam, M. (2015). Surgical Care and Health Systems. *World Journal of Surgery*, 39(9), 2132–2139. <https://doi.org/10.1007/s00268-014-2928-x>
- Storeng, K. T., Baggaley, R. F., Ganaba, R., Ouattara, F., Akoum, M. S., & Filippi, V. (2008). Paying the price: The cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Social Science and Medicine*, 66(3), 545–557. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.001>
- SURGFund. (2023). *Why do we need a fund for surgical care?* The Global Surgery Foundation. <https://www.globalsurgeryfoundation.org/surgfund>
- Taira, B. R., Kelly McQueen, K. A., & Burkle, F. M. (2009). Burden of Surgical Disease: Does the Literature Reflect the Scope of the International Crisis? *World Journal of Surgery*, 33(5), 893–898. <https://doi.org/10.1007/s00268-009-9981-x>
- Thomas, S., Meadows, J., & McQueen, K. A. K. (2016). Access to Cesarean Section Will Reduce Maternal Mortality in Low-Income Countries: A Mathematical Model. *World Journal of Surgery*, 40(7), 1537–1541. <https://doi.org/10.1007/s00268-016-3479-0>
- UNITAR. (2023). *The United Nations Institute for Training and Research*. <https://unitar.org/about/unitar/institute>
- Vaghaiwalla, T., Gyawali, S., Jayaram, A., Nathani, P., Sawhney, R., Long, K., Dodgion, C., Raykar, N., Puyana, J. C., & Joshi, A. (2023). Academic Global Surgery: Creating Opportunities, Equity, and Diversity. *Annals of Global Health*, 89(1), 1–7. <https://doi.org/10.5334/aogh.3972>
- Weiser, T. G., Haynes, A. B., Molina, G., Lipsitz, S. R., Esquivel, M. M., Uribe-Leitz, T., Fu, R., Azad, T., Chao, T. E., Berry, W. R., & Gawande, A. A. (2015). Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. *The Lancet*, 385, S11. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60806-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60806-6)
- Weiser, T. G., Regenbogen, S. E., Thompson, K. D., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., & Gawande, A. A. (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *The Lancet*, 372(9633), 139–144. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60878-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60878-8)
- WHO 2007. World Health Organization, Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. Geneva: WHO. http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.
- WHO. (2018). *2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs)*. <http://ci.nii.ac.jp/naid/40020358184/>
- Zhang, H., & Jiang, X. (2023). Insights into global surgery: The biggest challenge faced by Chinese surgery. *Surgery Open Science*, 15(July), 43. <https://doi.org/10.1016/j.sopen.2023.07.019>

ORTOGRAD RETREATMENT VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

İpek ERASLAN AKYÜZ¹, Salih DÜZGÜN²

GİRİŞ

Üniversitelerde bulunan diş hekimleri veya uzmanlar tarafından yapılan kanal tedavilerinde %90 ile %95 oranında başarı yüzdesinin olduğu yapılan araştırmalarla gösterilmiştir (Ricucci vd., 2011). Kanalın birincil tedavisi her zaman amacına ulaşamaz ve yıllar sonra, büyük kesitsel çalışmalarda bildirildiği gibi, endodontik tedavi görmüş dişlerin yaklaşık %30'unda endodontik başarısızlık meydana gelebilir (Boucher vd.; 2002). Farklı ülkelerde yürütülen kesitsel çalışmalar, endodontik tedavi başarısızlıklarının yüksek ve endişe verici bir prevalansını ortaya koymaktadır; kanal tedavisi yapılmış olan vakaların %30 ile %65'inde apikal periodontitis tespit edilmiştir (Morena vd., 2013).

Retreatment Tedavisi

Retreatment tedavisi; dişten eski kanal dolgu malzemelerinin çıkarılması ve ardından kanalların tekrar temizlenip doldurulması olarak tanımlanmıştır. Önceden yapılan kanal tedavisinin başarısız olduğu durumlarda yeniden kök kanal tedavisi yapılması endikedir (Pak vd., 2012). Bulunamayan ilave kanallar, yetersiz yapılmış kanal tedavisi, kırık kanal

- 1 Araş. Gör., Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Kayseri, ORCID: 0009-0004-0963-9617, ipekemamak@hotmail.com
- 2 Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Kayseri, ORCID: 0000-0002-0868-3390, dtsalihduzgun@gmail.com

aletleri sebebiyle apikale ulaşımın gerçekleştirilememesi gibi sebeplerle retreatment tedavisi yapılması gerekir. İlk yapılan tedaviyle retreatment tedavisinin amaçları arasında hiçbir fark yoktur. Kanal tekrarı yapılmasındaki hedef, eski kanal dolgusunun kök kanalından tamamen uzaklaştırılması, apikal foramene ulaşılması, kök kanal sisteminin dezenfeksiyonunun sağlanması ve üç boyutlu hermetik bir kanal dolgusu yapılmasıdır (Stabholz & Friedman, 1988). Ancak yeniden kanal tedavisi her zaman başarılı bir şekilde gerçekleştirilemez. Kök kanallarının tıkanmasına neden olan dolgu malzemeleri, postlar ve kırık aletler orijinal kanal anatomisinin değişikliğe uğramasına neden olur ve etkili bir şekilde kök kanal temizliği sağlanamaz. Bu yüzden yeniden kanal tedavisini gerektiren etkenin doğru belirlenmesi ve bu duruma yönelik bir tedavi sürecinin planlanması önemlidir (Ruddle, 2004). Endodontik tedavide başarısızlığın tespiti, genellikle klinik semptomların ve/veya radyografik bulguların gözlemlenmesine dayanır (Stabholz & Friedman, 1988). Ancak bir dişte kanal tedavisi sonrası izlenen apikal periodontitis varlığı, klinik semptomlarla nadiren tespit edilebilir. Sıklıkla rutin radyografik muayene sırasında keşfedilir (Reit & Gröndahl, 1988).

Klinik değerlendirmede, ilk yapılan kanal tedavisinin tarihi, kök kanal tedavisinin tamamlanmasından sonraki rahatsızlık/ağrı/semptomları, perküsyon, palpasyon, dişte mobilite varlığı, cep derinliği kontrolü, fistül varlığı, fonksiyon testleri, hastanın subjektif semptomları önem taşır. Radyografik değerlendirmede ise, koronal restorasyonun kalitesi, marjinal ve periradiküler kemiğin durumu, köklerin çevresinde düzenli ve devamlı bir periodontal ligament aralığı, apikal periodontitisin varlığı/yokluğu, enflamatuvar kök rezorpsiyonu belirtileri önemlidir. Periapikal değişikliklerin radyografik yorumu subjektif olabilir ve birçok çalışmada değerlendirilen vakalarda yeniden kanal tedavisine yönelik tutumlarda büyük farklılıklar gözlemlenmiştir (Goldman vd., 1972; Goldman vd., 1974).

Yapılan bir çalışmada bazı hastalardan alınan radyografiler, periapikal durumun değerlendirilmesi için farklı diş hekimlerine gösterilmiştir ancak dişlerin periapikal sağlık durumu konusunda herhangi bir anlaşmaya varılamamıştır (Goldman vd., 1972). Sonrasında aynı radyografiler 6-8 ay sonra yeniden incelenmiştir. Aynı uygulayıcıların yaklaşık %20'si eski görüşleriyle aynı fikirde olmamıştır (Goldman vd., 1974). Bu farklılıklar, çalışanların eğitimi ve deneyimi de dahil olmak üzere çeşitli faktör ve değişkenlerden etkilenebilir. Röntgen sisteminin türüne bağlı farklılıklar olduğu düşünülerek, yeni çalışmalarda dijital radyografi kullanılarak periapikal değerlendirmeler yapılmıştır. Ancak yine benzer sonuçlar elde edilmiştir (Tewary vd., 2011). Yeniden kanal tedavisine karar verme süreci, birden fazla klinik durumun eşlik ettiği dişlerde uygulayıcı için zor bir görevdir. Teşhis de dahil olmak üzere çok sayıda faktör karar verme sürecini karmaşık hale getirir. Diş hekimlerinin retreatment tedavisine karar verme sürecini kolaylaştırmak amacıyla Kvist ve ekibi Praxis konseptini geliştirmiştir (T Kvist vd., 1994). Bu modelde periapikal sağlık ve hastalık olarak iki farklı değişken ele alınmaktadır. Periapikal durum, lezyonun olmamasından (mükemmel sağlık) büyük bir lezyona (kötü sağlık) kadar değişen bir sağlık sürekliliği olarak tanımlanmıştır. Periapikal durum değerlendirmesi, klinik ve radyografik bulgular dahil olmak üzere objektif kriterlere dayandırılmalıdır. Yeniden tedavinin maliyetinin, eski kanal dolgunun durumunun ve teknik zorlukların derecesinin belirlenmesiyle bu tedavinin gidişatı başarılı bir şekilde yönetilebilir (T Kvist & Reit, 2002). Analitik açıdan bakıldığında kanallı bir diş için retreatment kararı verirken, doğru bir tedavi sürecinin tespiti amacıyla 3 farklı durum değerlendirmesi söz konusudur (Reit & Gröndahl, 1988). Bu durumların tanımlanması, hastayı da karar verme sürecine dahil edecektir (Reit & Gröndahl, 1987). Birinci durumda; ilk kanal tedavisinde teknik eksikliklerin olduğu ancak henüz klinik bulgusu olmayan bir dişdir. Radyografik ve klinik bulguların olmaması her zaman dişin sağlıklı olduğunu

göstermez (Molander vd., 1998). Bazen mikroorganizmalar ile konak savunması arasında bir denge mevcut olabilir. Bu hassas denge, mikrobiyal floradaki bir değişiklik nedeniyle veya konağın direncinde düşme olduğunda bozulabilir. Yetersiz bir koronal restorasyon varlığında, mikrobiyal sızıntı ile kök kanalları yeniden kontamine olabilir. Ancak koronal restorasyonda kayıp yoksa ve/veya koronal restorasyonun değiştirilmesi gerekmiyorsa, radyografik ve klinik takip düşünülebilir. Öte yandan, eğer bu dişlere yeni bir restorasyon yapılması planlanıyorsa bu vakalar potansiyel başarısızlık olarak değerlendirilmelidir ve yeniden kanal tedavisi ile birlikte restorasyon tamamlanmalıdır (Figdor, 2004). Ancak, bu vakaların yeniden tedavi edilmesinin başarısız sonuçlandığı vakalar da gösterilmiştir (Endodontology, 2006). Vakaların %6'sı kanalların fazla preparasyonu ve taşkın kanal dolumu ile sonuçlanır (Bergenholtz vd., 1979). İkinci durumda yine diş asemptomatiktir, ancak periapikal bir lezyon mevcuttur. Bu durumlarda soru, bu lezyonların bir tedavi uygulanmadan iyileşip iyileşmeyeceğidir. İlk tedavinin nasıl ve ne zaman yapıldığı değerlendirilmeli ve mümkünse bu konuda gerekli bilgi toplanmalıdır. Genellikle bir yıl süreli takip süresi boyunca tedavinin kalitesi klinik ve radyografik olarak yeterliyse, iyileşme süreci minimum bir süre sonra gerçekleşir (Strindberg, 1956). Ancak bazı lezyonların iyileşmesi 10 yıldan daha uzun bir süre alabilir (Fristad vd., 2004). Bununla birlikte, mevcut görüş birliğine göre, çoğu periradiküler lezyonlar dört yıl içerisinde iyileşir (Friedman, 1998). Ancak kanal içi işlemler sırasında mikrobiyal kontaminasyon meydana geldiğinde apikal periodontitis sıklıkla orijinal tedaviden sonraki bir yıl içerisinde gelişir (Ørstavik, 1996). Böyle durumlarda iyileşme için beklenmemelidir ve bu dişlere yeniden kanal tedavisi yapılması endikedir. Nadiren de ilk kanal tedavisi sonrasında kanal dolgu maddeleri içerisindeki toksik maddelerden kaynaklanan inflamatuvar bir reaksiyonun sonucunda küçük bir radyolusensi oluşabilir. Burada önem arz eden konu, diş hekiminin doğru teşhisi yapabilmesidir. Yeterli izolasyon

kontrollerinin sağlandığı ve iyi bir kanal dolununun yapıldığı dişlerde kök kanal sistemindeki toksisite genellikle zamanla azalır, iyileşme gerçekleşir. Lezyonun yakın zamanda yapılmış bir tedaviyle ilişkili olması durumunda böyle bir hipotez düşünülebilir (Molven vd., 2002). Lezyonlu bir dişte yeniden kanal tedavisi yapılmasına karar verilmeden önce periapikal bölgede izlenen radyolusensi hakkında ayırıcı tanı konulmalıdır. Histolojik çalışmalarda bu vakaların %95'inde granülomatöz doku veya kistlerin varlığı gösterilmiştir (Spatafore vd., 1990). Bu inflamatuvar reaksiyonlar, sıklıkla bir kök kanal enfeksiyonunun devamına (P. R. Nair vd., 1990) veya ilave bir kanal enfeksiyonuna bağlanabilir (Tronstad, vd., 1987; Sunde vd., 2000). Öte yandan bazı vakalarda dişler asemptomatik durumda olabilir, periapikal bölgede izlenen radyolusensi skar dokusu oluşumuyla iyileşen bir dişin radyografik görünümü şeklinde olabilir (Spatafore vd., 1990; P. R. Nair vd., 1999). Retreatment tedavisine başlamadan önce tedavinin yarar-risk oranı çok iyi değerlendirilmelidir. Önceden kanal tedavisi yapılmış ancak asemptomatik ve lezyon bulunan dişlere müdahale edemediği taktirde akut alevlenme oranı %5'ten daha az görülmektedir (Hm, 1998). Aksine, bu hastalarda tekrar kanal tedavisine başlandığında lezyonlarda alevlenme oranı %20 ile %40 arasındadır (Genet vd., 1986; Trope, 1990). Bu durumun açıklaması nekrotik bir dişin ilk tedavisi ile yeniden kanal tedavisi arasında mevcut mikrobiyal floranın bileşimi arasında bulunan fark ile ilişkili olabilir (Sundqvist vd., 1998). Bununla birlikte, yeniden tedavi prosedürünün kendisiyle ilişkili bazı riskler bulunmaktadır. Örneğin, post veya kron restorasyonu bulunan dişlere retreatment tedavisi yapılırken kök kanallarının fazla genişletilmesi diş yapısını zayıflatarak dişin kırılmasına neden olabilir (Petersson vd., 1989). Ayrıca endodontik olarak tedavi edilmiş bir dişin radyografik muayenesi ile ilişkili belirti ve semptomlar tanısal değilse, CBCT incelemesi endikedir. CBCT, tek başına üç boyutlu radyografik görüntü verir ve bir periapikal radyografiden daha fazla bilgi sağlar (Martins vd., 2019). Endodontide periapikal

lezyonların teşhisi, diş morfolojisinin incelenmesi, kök fraktürleri, kök rezorpsiyonları, apikal lezyonları taklit eden radyolusensilerin tespiti gibi pek çok alanda CBCT'den yararlanılabilmektedir. Radyografik ve klinik değerlendirme sonrasında bu dişlere dört farklı tedavi seçeneği uygulanabilir. Bunlardan biri hiçbir şey yapmamak olabilir. Ancak bu yaklaşım, durumun etiyojisi net bilinmiyorsa, yararlı ve kısa vadeli bir seçenek olabilir. Son karar hastaya aittir ve klinisyen, hiçbir şey yapılmadığında nelerin olabileceğini hastaya anlatmalıdır. Ayrıca ortograd retreatment, cerrahi retreatment ve ekstraksiyon da diğer tedavi seçenekleridir. Eğer ortograd retreatment yapılacaksa, işlem öncesinde kalan diş dokusu miktarı değerlendirilmelidir. Yeni ve güvenilir bir restorasyon elde etmek için yeterli servikal diş yapısının mevcut olması gerekir (Akkayan, 2004). Yetersiz diş yapısı varsa kron boyu uzatılarak restorasyon yapılması kontrendikedir, böyle durumlarda diş çekimi yapılmalıdır ve yeni bir tedavi planı oluşturulmalıdır. Ortograd retreatment, radyografik olarak kötü kanal dolumu yapıldığının tespit edildiği vakalarda tercih edilen bir tedavidir. Burada amaç, önceden yapılan kanal tedavisinin kalitesini arttırmaktır. Bazı durumlarda başarı oranı, ilk kanal tedavisiyle karşılaştırılabilir düzeyde yüksek olabilir. Ancak kök kanalları iyi şekillendirilebilirse ve ilgili kök kanal sisteminde tam bir dezenfeksiyon sağlanabilirse bu sonuç elde edilir (Gorni & Gagliani, 2004). Cerrahi retreatment endikasyonları ise, bu hedeflere ulaşmadaki sınırlamalardan kaynaklanmaktadır. Kök kanal sistemine erişimin çok tehlikeli olduğu durumlarda, çekilecek dişin karmaşık veya uzun aralıklı bir splint restorasyonuna dahil olduğu durumlarda veya dişin apikalinde radyografik olarak tespit edilen iyatrojenik hatalar söz konusu olduğunda cerrahi yaklaşım tercih edilir. Friedman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, ortograd retreatment ile endodontik cerrahi karşılaştırıldığında; cerrahi yaklaşım için daha düşük başarı oranı bildirilmiştir (Fristad vd., 2004). Öte yandan günümüzde mikroskop kullanımı, periapikal sahaya uygun ultrasonik uçların ve biyouyumlu retrograd

dolgu malzemelerinin geliştirilmesiyle endodontik cerrahinin başarı oranlarının arttığı rapor edilmiştir (Setzer vd., 2010; Von Arx, 2011). Cerrahi retreatment sonrasında bir yıllık takipte ortograd retreatment tedavisine göre iyileşmenin daha hızlı olması dikkat çekicidir. Ancak dört yıl sonraki takip radyografilerinde bu iki işlemin başarı oranı dengelenmektedir (Thomas Kvist & Reit, 1999). Bununla birlikte cerrahi girişimlerle kök kanal sisteminde bulunan nekrotik doku ve mikroorganizmaların ortadan kaldırılma yetenekleri kısıtlıdır. Hastanın karar alma sürecine katılımını sağlamak için farklı tedavi seçeneklerinin hastaya açıklanması önemlidir. İnatçı periapikal lezyonların takibi sonrasında ancak kalıcı, iyileşmeyen enfeksiyonlar varsa ve tedavinin riskleri faydasından daha ağır basıyorsa çekim tedavisi endike olacaktır (Reit, 2010). Periapikal hastalığa yönelik tedavi tutumları kişiden kişiye değişebilir. Bazı hastalar dişte bulunan enfeksiyondan dolayı endişe duyar ve yeniden tedavi prosedürü için yapılan öneriyi kolaylıkla kabul eder. Tedavi seçenekleri hastaya sunulduktan sonra verilen karar, diş hekiminin görüşüne aykırı olsa bile hastanın seçme hakkının daha üstün olduğu unutulmamalıdır.

Retreatment Tedavisinin Klinik Prosedürleri

Retreatment tedavisine başlamadan önce ilk olarak klinisyen önceden yapılan kanal tedavisindeki başarısızlığın nedenini anlamalıdır. Daha da önemlisi, klinisyen, her tedavi prosedürünü uzun vadeli başarıya doğru yönlendirmeye yardımcı olacak teknolojiye sahip olmalıdır. Hekimin tedaviye yaklaşımı; analiz etme, planlama ve uygulama aşamaları olarak özetlenebilir. Tedaviden beklenen hedefler belirlenmelidir. Birincil amaç, tedavinin kalitesini artırmak ve kontaminasyonu önlemektir. İkinci amaç ise; enfeksiyonu kontrol altına almak ve kanal tıkanıklıklarını ortadan kaldırmaktır. Hedeflere yönelik yapılması gereken işlemler doğru bir şekilde uygulandığında, kök kanalların şekillendirilmesi, dezenfeksiyonu ve doldurulması sonrasında başarılı bir tedavi yapılmış

sayılabilir. Apikal periodontitis, kanal içi enstrümantasyon ve dezenfeksiyon sonrasında kalıcı mikroorganizmaların kök kanallarını tekrar enfekte etmesinin sonucunda gelişebilir. Ayrıca kusurlu koronal restorasyonlardan kaynaklanan sızıntı da; tedavinin geç başarısızlık nedenidir (Saunders & Saunders, 1994; Ricucci & Siqueira Jr, 2011). Bu nedenle başarısız bir vakanın yeniden değerlendirilmesinden önce, amalgam ve kusurlu restorasyonlar sistematik olarak uzaklaştırılmalıdır. Bu, klinisyenin olası tekrarlayan çürükleri temizlemesine ve kalan diş doku miktarının değerlendirmesine olanak sağlar. Ayrıca dişte bulunan çatlakların tespiti de kolaylıkla yapılabilir. Yeniden tedaviyi kolaylaştırmak ve aseptik koşullarda çalışabilmek için bir sonraki adım, yeni bir geçici restorasyon, genellikle cam iyonomer siman veya ortodontik bant ile eksik diş yapısını yeniden inşa etmektir. Yeniden kanal tedavisi yapılacak dişlerin büyük bir kısmı geniş bir restorasyonla veya kronla restore edilmiştir. Tedaviye başlamadan önce restorasyonların hepsini uzaklaştırmak akıllıca olacaktır (Machtou & Reit, 2003). Bazen, eğer işlevsel olduğuna karar verilirse, pulpa odasına giriş sağlanana kadar ve kanal preparasyonu boyunca restorasyonun kaldırılması ertelenebilir. Ancak her zaman kron ve kök aynı ekseninde hizalamaz, bu yüzden perforasyon oluşmasını önlemek için dikkatli çalışılmalıdır. Geri dönüşü olmayan bir durum yaratabilecek olan kök kanallarının tıkanmasını önlemek için giriş kavitesindeki restorasyon kalıntıları ortadan kaldırılmalıdır (Machtou & Reit, 2003). Bir restorasyonun güvenli bir şekilde uzaklaştırılması, kullanılan restoratif materyalin türü, simantasyon materyali, kullanılan cihaz ve tekniklere bağlıdır. Endodontik tedavi yapılmış dişlerde amalgam, kompozit, cam iyonomer, kron ve köprülerle koronal restorasyon yapılabilir. Kron veya köprüler, giriş kavitesinin doğru şekilde hazırlanmasında rehberlik sağlayan dış ve iç diş morfolojisini maskeleyebilir. Kron, simantasyon materyalinin türüne bağlı nedenlerle uzaklaştırılmadığında endodontik giriş kavitesi oluşturmak için delinebilir ve işlem sonrasında tekrar restore edilebilir (Parreira vd., 1994). Güvenli

ve başarılı şekilde restorasyonun yerinden çıkarılabilmesi, çeşitli cihazların seçimi ve kullanımı hakkında bilgi sahibi olmayı gerektirir. Klinisyenler her cihazı tanımlamak ve aşına olmak için cihazların uygulama, etkinlik, sınırlamalar ve maliyetleri ile ilgili kendini geliştirmelidir. Hekimin, mevcut bir restorasyonun bozulmadan çıkarılması sırasında riske karşı faydayı açıkça tanımlaması gerekir.

Postların Uzaklaştırılması

Krondaki madde kaybının çok fazla olduğu dişlerde post ile restorasyon yapılması gerekir. Restorasyonun tasarımını, mekaniğini veya estetiğini geliştirmek amacıyla kök kanallarına yerleştirilen postlar, yeniden tedavi yapılırken muhakkak uzaklaştırılmalıdır. Postların neden tıkanıklıklar aşılmazsa kök kanallarının tamamı temizlenemez ve tedavi başarısız olur (Stamos & Gutmann, 1993; Dixon vd., 2002).

Postların Kök Kanallarından Uzaklaştırılmasını Etkileyen Faktörler

Kök kanallarından postların başarılı bir şekilde uzaklaştırılabilmesini etkileyen birçok faktör vardır. Klinisyenin becerisi, eğitimi, deneyimi ve en iyi teknolojiler ile tekniklerin kullanılması bu faktörlerden bazılarıdır (Moreno vd., 2013). Ayrıca klinisyenler, dişlerin anatomisi konusunda bilgi sahibi olmalıdır (Hess & Zuercher, 1925). Köklerin uzunluğu, çevresel boyutları ve kavisli kök kanallarının tespiti için de iyi açıklanmış üç farklı periapikal radyografiden yararlanarak tahmini hesaplamalar yapılmalıdır. Radyografiler aynı zamanda klinisyenin var olan lezyonun uzunluğunu, çapını ve yönünü de görselleştirmesine yardımcı olur (Smith, 2001). Postların uzaklaştırılmasını etkileyen diğer faktörler postun tipi ve simantasyon materyalidir (Yoshida vd., 1997; Bergeron vd., 2001). Postlar, paralel ile konik, aktif ve pasif, metal ve metalik olmayanlar olarak sınıflandırılabilir (Schwartz & Robbins, 2004; Gluskin vd., 2006). Çinko fosfat gibi klasik simanlarla yapıştırılan postlar genellikle rahat çıkarılabilir; ancak, kompozit rezin esaslı malzemelerle veya

cam iyonomerlerden üretildiği durumlarda çoğu zaman postu uzaklaştırmak daha zordur (Gomes vd., 2001). Ayrıca, mevcut interoklüzal mesafe, restorasyonun derinliği (suprakrestal, subkrestal) de postların uzaklaştırılma kararını etkileyen diğer önemli faktörlerdir. Birden fazla kök içeren furkasyonlu dişlerde postun çıkarılmasındaki zorluk büyük ölçüde artar. Klinisyen işleme devam etmeden önce bu prosedürün oluşturacağı risk ve faydayı tartmalıdır (Altshul vd., 1997; Abbott, 2002). Örnek olarak titanyum ve alaşımlarının radyoopasite değerleri gutaperka ile çok benzerdir. Bu nedenle, cerrahi olmayan tedaviyi değerlendirirken klinisyenlerin radyografik yöntemlere ve görüntülere aşına olması gerekir (Kleier vd., 1999). Bir kök, bazen önceden yapılan tedavilere bağlı olarak zayıflamış veya incelmış olabilir. Bu gibi durumlarda, sorunu çözmek için cerrahi bir yaklaşımı düşünmek akıllıca olacaktır.

Prefabrik Postun Ultrasonikler ile Çıkarılması

Kök kanalına post yerleştirilen ve kompozit-amalgam materyelleri kullanılarak restore edilen dişlerde post sökümünde ilk amaç; restorasyon materyalini dikkatli bir şekilde çıkarmaktır. Kompozit restorasyonuyla metal postlar arasındaki renk farkı büyük kolaylık sağlar. Postun başı serbest hale geldikten sonra ince bir ultrasonik uç kullanarak su soğutması altında post, yuvasında gevşetilerek hareket etmesi sağlanır. Daha sonra ultrasonik uç postun etrafında saat yönünün tersine çevrilerek post yerinden çıkarılır. Ultrasonik enerjinin kullanımı; ayrıca kök kanallarında ısı artışına sebep olur (Romero vd., 2000; Gluskin vd., 2006). Uzun süre ultrasonik cihazlar kullanılacaksa, diş çok fazla ısı transferi iletimini önlemek için işlem sırasında su soğutması kullanılmalıdır. Çoğu vakada postların kök kanallarından uzaklaştırılma süresi, maksimum 10 dakika içinde gerçekleşir (Romero vd., 2000; Moreno vd., 2013). Bununla birlikte, bazı postlar ultrasonik çabalardan sonra bile çıkarılmaya direnç gösterebilir (Masserann, 1966; Machtou vd., 1989). Güvenli şekilde post sökümü yapabilmek için işlem öncesi alınan radyografiler dikkatlice incelenmelidir.

Ultrasonik uygulamalar arasında bir veya iki dakikalık molalar önerilmektedir. Aralıklı olarak su soğutması uygulanması tavsiye edilir. Ultrasonik girişim başarısız olursa, özel mekanik post çıkarma cihazları kullanılmalıdır. Titreşim verilerek postun gevşetilir çıkarıldığı diğer yöntem ise; Rotosonik yöntemidir. Bu yöntem oldukça basittir ve bu yöntemde kullanılan Roto-Pro frez oldukça yüksek bir hıza sahiptir. Alet 200.000 rpm'de döndürüldüğünde, dakikada 1,2 milyon titreşim veya saniyede 20.000 titreşim üretir. Ucuzdur ve kolay kullanım imkanı sunar.

Fiber Postun Çıkarılması

Fiber postlar genellikle kompozit restorasyonlarla birlikte kullanılır. Kompozit ve fiber postun üst kısmı yüksek hızlı karbit frez kullanılarak kaldırılır. Kanal ağzına yaklaşıldığında ultrasonik bir uç, frezin yerini alarak dikkatli bir şekilde artık malzemelerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olur. Fiber postun çıkarılması sırasındaki amaç, post-kanal duvarı-siman arasındaki bağlantıyı zayıflatmaktır. Daha sonra ince bir ultrasonik uç ile postun ortasından giriş yapılır ve postun parçalanarak uzaklaştırılması sağlanır. Sonraki adım, siman artıklarının kanal duvarlarından uzaklaştırılmasıdır. Düşük hızda ultrasonik uç ile hafif şekilde fırçalama hareketi uygulanır. Seramik ve zirkonyum postların sökümü zor ve termal açıdan çok tehlikeli olduğundan kullanımından kaçınılmalıdır (Schwartz & Robbins, 2004).

Post Uzaklaştırma Sistemleri

Bir postun mekanik olarak çıkarılması için çok sayıda farklı cihaz tasarlanmıştır (Masserann, 1966; Gluskin vd., 2006). Ancak bu cihazların çoğu (Masserann kiti (Micromega; Besançon, Fransa) ve Post Puller (Brasseler ABD; Savannah, Georgia, ABD)) gibi sınırlı bir başarıya sahipti çünkü sıklıkla perforasyonlara veya kök kırıklarına zemin hazırlıyordu. Ayrıca diş yapısının aşırı çıkarılmasını gerektiriyordu. Gonon post çıkarma kiti (EFDM-Pneumat; Bourges, Fransa) ise; Masserann ve Post Puller sistemlerine göre daha az invaziv, güvenli bir kullanım sunmaktadır (Abbott, 2002). PRS

(SybronEndo; Orange, Kaliforniya, ABD) olarak adlandırılan diğer bir sistem de; Gonon sistemi ile çok benzerdir ve tirbuşon prensibiyle çalışır. Şöyle ki; dayanak görevi gören diş yapısına uygulanan kuvvete karşı post üzerinde bir çekme kuvveti oluşması sağlanır. Kaldıraç prensibi etkisiyle postun yuvasından çıkması sağlanmış olur.

Gonon Post Uzaklaştırma Sistemi

Gonon post uzaklaştırma kitinin içinde farklı boyutlarda frezler ve postu yerinden çıkarmak için kullanılan iki farklı tüp bulunmaktadır. İçerisinde bulunan sekiz farklı boyuttaki trepan freziyle postun başı gevşetilmeye çalışılır. Daha sonra postun boyutuna uygun olan tüp seçilir ve tüpün içerisine postun yerleşmesi sağlanır. Tüpün saat yönünün tersine döndürülmesiyle postun uzaklaştırılması gerçekleşir. Döndürme sırasında çok fazla direnç hissedilirse ultrasonik uçla postun çevresinde boşluk oluşturulabilir (Sert & Bayirli, 2004). Gonon post çıkarma kitinin kullanıldığı 1600 dişte kök kırığı görülme sıklığının değerlendirildiği bir çalışmada; son derece düşük oranda kök kırığı (%0,06) ile karşılaşmıştır (Peters vd., 2001).

Post Kaldırma Sistemi (PRS) Kiti

PRS kitinde bir transmetal frez, değişen çaplarda beş adet trepan frez ve iç çaplara karşılık gelen beş tane tüp bulunur. 0,6 mm veya daha büyük kesit çaplarına sahip olan trepan frezleri ile kanal içindeki tikanıklıklar kaldırılır (Ruddle, 2004). PRS'yi kullanmadan önceki hazırlık prosedürleri, postun çevresinin görünümünü kolaylaştırmak için düz bir girişin oluşturulmasını gerektirir. Postun koronalini konikleştirmek için transmetal frez kullanılır. Postun baş kısmının yuvarlatılması, sonraki aşamalarda etkili şekilde çalışmayı kolaylaştıracaktır. Bir veya iki damla şelatör ajan (RC Prep, Glyde veya ProLube) işlemi kolaylaştırmak için kayganlaştırıcı görevi görür. Çevresel frezelemeyi sağlamak için posta tam uyumlu en büyük trepan frez seçilir. Trepan frezler yavaş hızlı ve yüksek torklu bir cihazda kullanılmalı ve yaklaşık 15.000 rpm hızda dönmelidir.

Bu frezler “gagalama” hareketi ile kullanılır. Seçilen trepan frez pasif olarak uyum gösteriyorsa, o zaman uygunluğu sağlamak için sırayla daha küçük boyutlu trepan frez seçilir. Genel olarak, kullanılan trepan frezinin boyutu, daha sonra kullanılacak olan tüpün boyutunu da belirler. Tüp ile postun başı uyumlandığında manuel olarak saat yönünün tersine çeyrek turlarla döndürülerek post yuvasında gevşetilerek çıkarılır. Ultrasonik tekniklerin başarısız olduğu durumlarda PRS kiti, güvenle kullanılabilir bir temizleme yöntemidir.

Masserann Kiti

Bir post kökün derinliklerine kadar uzandığı durumlarda Masserann kiti, kök yapısını koruyarak post uzaklaştırmaya yardımcı olur. Birden fazla sayıda trepan frezi bulunmaktadır ve post boşluğuna uygun olanı tercih edilir. Trepan frez, bir mandrel üzerine monte edilir ve döndürülerek postun etrafındaki dentinden bir miktar kaldırır. Apikale doğru ulaşım sağlarken daha küçük boyutta olan trepan frez tercih edilir. Bu yöntemi kullanırken risk-fayda oranını iyi tartmak gereklidir. Aksi takdirde dişin kaybına sebebiyet verilebilir. Daha sonra ekstraktör tüp aracılığıyla post başı sıkıştırılır ve döndürülerek postun uzaklaştırılması sağlanır.

Gözden Kaçan Kanallar

Endodontik başarısızlığın etiyolojisi çok yönlüdür, bu başarısızlıkların istatistiksel olarak anlamlı bir yüzdesi köklerde bulunamamış fazladan kanallarla ilişkilidir (Barkhordar & Stewart, 1990; Nair, 2006). Gözden kaçan bu kanallara mikroorganizmalar yerleşir ve enfeksiyona sebebiyet verirler. Retrograd dolgu materyalinin iyileşme üzerinde olumlu etki göstereceği düşünülerek dişe cerrahi retreatment uygulanabilir. Ancak bu tedavi ile kök kanalları tam olarak temizlenmez ve mikroorganizmalar yine kanal içerisine hapsedilmiş olur (Ruddle, 2004a; Mustafa, 2016). Endodontik olarak başarılı bir prognoz, ancak kök kanal sisteminde tam bir dezenfeksiyon ve obturasyon sağlanmasıyla elde edilir (Scianamblo, 1988).

Kök Kanal Anatomisi

Kök kanal morfolojisinin ve varyasyonlarının bilinmesi, kök kanal tedavisi prosedürleri esnasında oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalarda, kök kanal tedavisindeki başarının, genişletme ve şekillendirme aşamalarının yanısıra kök kanal anatomisi varyasyonlarının bilinmesine dayandığı gösterilmiştir (Peters vd., 2001; Peters vd., 2003). Yapılan pek çok çalışmada tek bir foramen bulunan ve standart bir taper açısına sahip kanalların nadiren bulunduğu bildirilmiştir ve kök kanallarının sıklıkla kompleks bir yapıda olduğu tespit edilmiştir (Mangani & Ruddle, 1994; Girsch & McClammy, 2002). Araştırmacılar; pek çok dişte birden fazla foramen, ekstra kanallar, deltalar, furkasyon kanalları ve lateral kanallar ile C-şekilli kanallar olduğunu göstermişlerdir (Gulabivala vd., 2001; Sert & Bayirli, 2004). Bazı dişlerde bulunan kökler birden fazla kanal içerebilir. Maksiller 1. azı dişlerinin mesiobukkal (MB) kökünde %90'dan fazla iki kanal bulunur ve bu iki kanal çoğu zaman anatomik olarak birbiriyle ilişkilidir (Weller vd., 1995). Bu dişlerin yaklaşık %40'ında iki kök kanal sistemi birleşip tek bir kanal olarak apikalden açıldığı gösterilmiştir (Ruddle, 1995; Stropko, 1999). Aynı şekilde üst 2. azı dişlerinin de MB kökünde ikinci kanal varlığından şüphelenilmelidir (Madeira & Hetem, 1973). Alt keser dişlerinin bukkalden linguale doğru uzanan geniş kökleri vardır ve yaklaşık %45'inde ikinci bir lingual kanal daha bulunmaktadır (Vertucci, 1978). Mandibular premolar dişlerin sıklıkla karmaşık kök kanal sistemleri bulunur. Anatomik varyasyonlar, derin anastomozlar, lateral kanallar çok sık izlenir (Nosrat vd., 2015). Mandibular 1. ve 2. azı dişleri rutin olarak "normal anatomi" olarak bilinen yapı içerisinde önemli varyasyonlara sahiptir (Peters vd., 2001). Klinisyenlerin mesial köklerdeki kanalları iyi kontrol etmesi gerekir. Üçüncü bir kanal, MB ve meziolingual (ML) kanal arasında bulunabilir (Nosrat vd., 2015; Azim vd., 2015). Geniş distal kök genellikle ekstra ikinci kanal içerir ve bu kanal preparasyon sonrasında diğer kanalla genellikle birleşir. Ancak

distobukkal (DB) ve distolingual (DL) kanal olarak iki ayrı şekilde de bulunabilirler.

C Şekilli Kanallar

C-şekilli kanallar mesial ve distal köklerin dişin bukkal veya lingual yüzeyinde birleşmesiyle oluşur. Hertwig epitelyal kök kılıfının, dişin bukkal veya lingual yüzeyinde kaynaşmaması sonrasında oluşur. Bu tip kanallar en çok alt çene ikinci büyük azı dişlerinde görülmekle beraber, alt çene birinci büyük azı, üst çene birinci ve ikinci büyük azı ve alt çene birinci küçük azı dişlerinde de gözlendiği bildirilmiştir. C-şekilli kanallar morfolojik olarak çok farklı varyasyonlar göstermektedir. C-şekilli kanallar, tip 1 (C1): kesintisiz bir C kanal, tip 2 (C2): C formun tam olarak birleşmemesinden dolayı, noktalı virgül şekilli kanal, tip 3 (C3): İki veya üç ayrı kanal, tip 4 (C4): Tek bir oval kanal, tip 5 (C5): Kanal lümeninin bulunmadığı kanal olarak beş grupta sınıflandırılmıştır. Klinisyenlerin bu anormal kanal anatomisinin radyografik özelliklerinin farkında olarak teşhisi doğru bir şekilde oluşturması gereklidir (Dc, 1991).

Cihaz ve Tekniklerin Kullanımı

Gözden kaçan kanalları bulmakta yararlı olacak çok sayıda kavram, cihaz ve teknik vardır. Bunlar;

- Anatomik diş yapılarının bilinmesi: Kök kanal anatomisine ilişkin bilgi, teşhis yeteneği ve tedaviye ilişkin tecrübe öngörülebilir başarılı endodontik tedaviyi etkiler.
- Radyografik değerlendirme, endodontik başarı durumunu değerlendirirken kritik öneme sahiptir (Pineda vd., 1972; Kersten vd., 1987). İyi açılanmış periapikal filmlerle (düz, mezial ve distal) olacak şekilde radyografi alınmalıdır. Bu teknik çoğu zaman üç boyutlu kanal morfolojisini ortaya çıkarır ve netleştirir. Endodontik tedavinin tamamlandığı dişlerde, kanal dolgu materyalleri radyografik olarak kök içerisinde ortalanmış olarak görülür. Tersine, eğer obtürasyon malzemeleri asimetrik olarak konumlandırılmış görünüyorsa

kökün uzun ekseninde tespit edilememiş bir kanaldan şüphelenilmelidir (Carr, 2010). Dijital Radyografi, kalsifiye, tedavi edilmemiş fazladan kanalların radyografik teşhisini önemli ölçüde kolaylaştıran çeşitli yazılım özellikleri sağlar. Ancak CBCT teknolojisinin de gelişmesiyle radyografik görüntülemeye çok daha büyük bir ilerleme sağlanmıştır (Endodontology, 2006).

Looplar, kafa lambaları ve diğer aydınlatıcı cihazlar görüşü kolaylaştırır. Dental operasyon mikroskopları olağanüstü ışık ve büyütme sağlar, klinisyene ekstra kanalları belirleme konusunda eşsiz bir görüş sağlar (Carr, 2010).

Giriş kavitesi, pulpa tabanına erişimi kolaylaştıracak şekilde en küçük boyutta açılmalı ve genişletilmelidir. Kavite duvarları, kanal ağızlarına kolay ulaşım sağlayacak şekilde düzleştirilmelidir.

Ultrasonikler, gözden kaçan kanalların araştırılması ve belirlenmesinde kullanılır. Belirli bir cihaz için tasarlandıklarında, üretildiklerinde ve ayarlandıklarında en iyi performansı gösterirler (Krasner & Rankow, 2004). Belirli ultrasonik aletlerin çalışma uçları, üretilen en küçük rond frezden 10 kat daha küçüktür ve aşındırıcı kaplamaları ile dentin dokusu hassas bir şekilde uzaklaştırılır.

Mikro-Openers, ergonomik olarak tasarlanmış ofset özelliğine sahip, esnek, paslanmaz çelik el aletleridir. 0,04 ve 0,06 koniklikleriyle birlikte bıçaklar, sınırlı uzunlukta kesme özelliğine sahiptir. Kanal ağzının yerinin belirlenmesinde kullanılır. Sınırlı erişime sahip zor dişlerde çalışırken bu aletler engelsiz görüş sağlar.

Metilen mavisi gibi çeşitli boyalar, teşhise yardımcı olmak için dişlerin pulpa odalarında kullanılabilir. Boya kanal açıklıklarının bulunduğu bölgelerde birikir. Bu teknik, gözden kaçan kanalların tanımlanması ve görselleştirilmesi de dahil olmak üzere teşhis sürecine destek olur.

Sodyum hipoklorit (NaOCl) de bulunamamış veya gizli kanalların tespitinde kullanılabilir. NaOCl ile kanalların

belirlendiği teste “şampanya köpüğü testi” adı verilir (Reit & Gröndahl, 1988). Temizleme ve şekillendirme prosedürlerinin ardından giriş kavitesi NaOCl ile doldurulur ve oksijen kabarcıklarının olup olmadığını görmek için gözlem yapılır. Pozitif bir “kabarcık” reaksiyonu, sodyum hipokloritin gözden kaçan bir kanal içindeki pulpa dokusuyla reaksiyona girmesi ile oluşur (Reit, 2010).

Translüminasyon, fiber optik bir ucun dışın bukkal veya lingualinden ışığın konumlandırılmasıyla gerçekleştirilir. Teşhis, ünit ışığı kapatıldıktan sonra yapılır.

Sondun Basıncı: Endodontik sondalar güçlü, ince ve dayanıklı sivri uçlu olmalıdır. Sonda uygulanan basınç ile retrakte olmuş kanal ağzının tespiti kolaylıkla yapılır.

Beyaz Çizgi Testi: Çoğu zaman dentinde oluk şeklinde anatomik oluşumlar bulunur. Ekstra kanalların bu bölgelerin tespiti ile daha kolay tanımlanabileceğinin bilinmesi önemlidir. Aşındırıcı ultrasonik aletler kullanılarak dentin dokusu aşamalı olarak uzaklaştırılır. Nekrotik dişlerde ultrasonik işlemler sırasında ortaya çıkan dentin tozu, mevcut anatomik boşluğa doğru hareket eder ve bu bölgede beyaz bir çizgi oluşturur.

Kırmızı Çizgi Testi: Kan, sıklıkla oluklarda birikerek hekime altta yatan anatominin tanımlanmasında yardımcı olur. Buna kırmızı çizgi testi denir.

Restorasyonların uzaklaştırılması: Bir dişte kapsamlı olarak restorasyonların uzaklaştırılması, altta yatan çürük, kırık ve kanal ağzlarının tespitini kolaylaştıracaktır. Koronal restorasyonların uzaklaştırılması işlemi, pulpa odasına güvenli bir şekilde giriş ve herhangi bir açıklığı tanımlama konusundaki öngörülebilirliği artırır.

Perio-Probing, kanalların yerinin tespiti için başka bir önemli fikirdir. Sulkusun incelenmesi, sulkusun dışın uzun eksenine ile arasındaki ilişki hakkında önemli bilgiler sağlayabilir.

Simetri, ilave bir kanal arayışına teşvik edebilecek önemli bir görsel testtir. Simetri kuralları şunu önerir: Eğer herhangi

bir kök yalnızca bir kanal içeriyorsa, o zaman anatomik konfigürasyonuna bakılmaksızın orifis kökün dış yüzeylerinden eşit uzaklıkta konumlandırılabilirdir (Krasner & Rankow, 2004).

Apikal periodontitis, genellikle ilk yapılan kanal tedavisinde ilave kanalların tespit edilememesinden dolayı gelişir. Eğer bu kanallar öncesinde keşfedilirse ve üç boyutlu olarak temizlenebilmesi sağlanırsa başarılı bir kanal tedavisi yapılabilecektir. Ancak ilave bir kanaldan şüpheleniliyorsa ancak kolayca tanımlanamıyorsa, daha fazla komplikasyondan kaçınmak için bir endodonti uzmanına sevk mantıklı olabilir.

SONUÇ

Endodontik olarak başarısız olan dişleri ele almak ve nihai ortograd yeniden tedavinin amacı; önceki durumu iyileştirmektir. Bununla birlikte, bazı endikasyon farklılıkları, tedavi süreci ve dişin prognozu başarı oranını düşürebilir. Hekim, retreatment tedavisine başlamadan önce riske karşı faydayı tartmak zorundadır. Teknolojideki gelişmeler ile hekimlerin tecrübe ve bilgi düzeylerindeki artış önümüzdeki yıllarda önemli ölçüde ilk tedavi ve yeniden endodontik tedavi talebini artacaktır (Lloyd vd., 2014; Shrestha & Kishen, 2014). Endodontik tedavi, izolasyon kurallarına uyularak doğru çalışma uzunluğunda preparasyon yapıldığında restoratif tedavinin temel taşıdır ve dişin doğal olarak korunmasına yardımcı olur.

KAYNAKÇA

- Abbott, P. (2002). Incidence of root fractures and methods used for post removal. *International endodontic journal*, 35(1), 63-67.
- Akkayan, B. (2004). An in vitro study evaluating the effect of ferrule length on fracture resistance of endodontically treated teeth restored with fiber-reinforced and zirconia dowel systems. *The Journal of prosthetic dentistry*, 92(2), 155-162.
- Altshul, J. H., Marshall, G., Morgan, L. A., & Baumgartner, J. C. (1997). Comparison of dentinal crack incidence and of post removal time resulting from post removal by ultrasonic or mechanical force. *Journal of endodontics*, 23(11), 683-686.
- Azim, A. A., Deutsch, A. S., & Solomon, C. S. (2015). Prevalence of middle mesial canals in mandibular molars after guided troughing under high magnification: an in vivo investigation. *Journal of endodontics*, 41(2), 164-168.
- Barkhordar, R. A., & Stewart, G. G. (1990). The potential of periodontal pocket formation associated with untreated accessory root canals. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 70(6), 769-772.
- Bergenholtz, G., Lekholm, U., Milthon, R., Heden, G., Ödesjö, B., & Engström, B. (1979). Retreatment of endodontic fillings. *European Journal of Oral Sciences*, 87(3), 217-224.
- Bergeron, B. E., Murchison, D. F., Schindler, W. G., & Walker III, W. A. (2001). Effect of ultrasonic vibration and various sealer and cement combinations on titanium post removal. *Journal of endodontics*, 27(1), 13-17.
- Boucher, Y., Matossian, L., Rilliard, F., & Machtou, P. (2002). Radiographic evaluation of the prevalence and technical quality of root canal treatment in a French subpopulation. *International endodontic journal*, 35(3), 229-238.
- Carr, G. B. (2010). Murgel CAF The use of the operating microscope in endodontics. *Dental Clinics of North America*, 54(2), 191-214.
- De, M. (1991). Anatomical and histological features of C-shaped canals in mandibular second molars. *J Endod*, 17, 384-388.
- Dixon, E. B., Kaczkowski, P. J., Nicholls, J. I., & Harrington, G. W. (2002). Comparison of two ultrasonic instruments for post removal. *Journal of endodontics*, 28(2), 111-115.
- Endodontology, E. S. o. (2006). Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology. *International endodontic journal*, 39(12), 921-930.
- Figdor, D. (2004). Microbial aetiology of endodontic treatment failure and pathogenic properties of selected species. *Australian Endodontic Journal*, 30(1), 11-14.

- Friedman, S. (1998). Treatment outcome and prognosis of endodontic therapy. *Essential endodontology: prevention and treatment of apical periodontitis*.
- Fristad, I., Molven, O., & Halse, A. (2004). Nonsurgically retreated root filled teeth—radiographic findings after 20–27 years. *International endodontic journal*, 37(1), 12-18.
- Genet, J., Wesselink, P., & Van Velzen, S. T. (1986). The incidence of preoperative and postoperative pain in endodontic therapy. *International endodontic journal*, 19(5), 221-229.
- Girsch, W. J., & McClammy, T. V. (2002). Microscopic removal of dens invaginatus. *Journal of endodontics*, 28(4), 336-339.
- Gluskin, A. H., Ruddle, C. J., & Zinman, E. (2006). Thermal injury through intraradicular heat transfer using ultrasonic devices. *Primary Dental Care*(1), 18-18.
- Goldman, M., Pearson, A. H., & Darzenta, N. (1972). Endodontic success—who's reading the radiograph? *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 33(3), 432-437.
- Goldman, M., Pearson, A. H., & Darzenta, N. (1974). Reliability of radiographic interpretations. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 38(2), 287-293.
- Gomes, A., Kubo, C., Santos, R., Santos, D., & Padilha, R. (2001). The influence of ultrasound on the retention of cast posts cemented with different agents. *International endodontic journal*, 34(2), 93-99.
- Gorni, F. G., & Gagliani, M. M. (2004). The outcome of endodontic retreatment: a 2-yr follow-up. *Journal of endodontics*, 30(1), 1-4.
- Gulabivala, K., Aung, T., Alavi, A., & Ng, Y. L. (2001). Root and canal morphology of Burmese mandibular molars. *International endodontic journal*, 34(5), 359-370.
- Hess, W., & Zuercher, E. (1925). *The Anatomy of the Root-canals of the Teeth*: Bale & Danielsson.
- Hm, E. (1998). Epidemiology of apical periodontitis. *Essential endodontology: prevention and treatment of apical periodontitis*.
- Kersten, H., Wesselink, P., & Thoden van Velzen, S. (1987). The diagnostic reliability of the buccal radiograph after root canal filling. *International endodontic journal*, 20(1), 20-24.
- Kleier, D. J., Shibilski, K., & Averbach, R. E. (1999). Radiographic appearance of titanium posts in endodontically treated teeth. *Journal of endodontics*, 25(2), 128-131.
- Krasner, P., & Rankow, H. J. (2004). Anatomy of the pulp-chamber floor. *Journal of endodontics*, 30(1), 5-16.
- Kvist, T., & Reit, C. (1999). Results of endodontic retreatment: a randomized clinical study comparing surgical and nonsurgical procedures. *Journal of endodontics*, 25(12), 814-817.

- Kvist, T., & Reit, C. (2002). The perceived benefit of endodontic retreatment. *International endodontic journal*, 35(4), 359-365.
- Kvist, T., Reit, C., Esposito, M., Mileman, P., Bianchi, S., Pettersson, K., & Andersson, C. (1994). Prescribing endodontic retreatment: towards a theory of dentist behaviour. *International endodontic journal*, 27(6), 285-290.
- Lloyd, A., Uhles, J. P., Clement, D. J., & Garcia-Godoy, F. (2014). Elimination of intracanal tissue and debris through a novel laser-activated system assessed using high-resolution micro-computed tomography: a pilot study. *Journal of endodontics*, 40(4), 584-587.
- Machtou, P., & Reit, C. (2003). Non-surgical retreatment. *Textbook of Endodontology, 1st ed. Oxford: Blackwell Munksgaard Ltd*, 300-310.
- Machtou, P., Sarfati, P., & Cohen, A. G. (1989). Post removal prior to retreatment. *Journal of endodontics*, 15(11), 552-554.
- Madeira, M. C., & Hetem, S. (1973). Incidence of bifurcations in mandibular incisors. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 36(4), 589-591.
- Mangani, F., & Ruddle, C. J. (1994). Endodontic treatment of a "very particular" maxillary central incisor. *Journal of endodontics*, 20(11), 560-561.
- Martins, J. N., Marques, D., Silva, E. J. N. L., Caramês, J., & Versiani, M. A. (2019). Prevalence studies on root canal anatomy using cone-beam computed tomographic imaging: a systematic review. *Journal of endodontics*, 45(4), 372-386. e374.
- Masserann, J. (1966). The extraction of posts broken deeply in the roots. *Actualites odonto-stomatologiques*, 75, 329-342.
- Molander, A., Reit, C., Dahlén, G., & Kvist, T. (1998). Microbiological status of root-filled teeth with apical periodontitis. *International endodontic journal*, 31(1), 1-7.
- Molven, O., Halse, A., Fristad, I., & MacDonald-Jankowski, D. (2002). Periapical changes following root-canal treatment observed 20-27 years postoperatively. *International endodontic journal*, 35(9), 784-790.
- Moreno, J. O., Alves, F. R., Gonçalves, L. S., Martinez, A. M., Rôças, I. N., & Siqueira Jr, J. F. (2013). Periradicular status and quality of root canal fillings and coronal restorations in an urban Colombian population. *Journal of endodontics*, 39(5), 600-604.
- Mustafa, M. (2016). Historical perspective in surgical endodontics. *Adv Dent Oral Health*, 3(7).
- Nair, P. (2006). On the causes of persistent apical periodontitis: a review. *International endodontic journal*, 39(4), 249-281.
- Nair, P. R., Sjögren, U., Figdor, D., & Sundqvist, G. (1999). Persistent periapical radiolucencies of root-filled human teeth, failed endodontic treatments, and periapical scars. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 87(5), 617-627.

- Nair, P. R., Sjögren, U., Krey, G., Kahnberg, K.-E., & Sundqvist, G. (1990). Intraradicular bacteria and fungi in root-filled, asymptomatic human teeth with therapy-resistant periapical lesions: a long-term light and electron microscopic follow-up study. *Journal of endodontics*, 16(12), 580-588.
- Nosrat, A., Deschenes, R. J., Tordik, P. A., Hicks, M. L., & Fouad, A. F. (2015). Middle mesial canals in mandibular molars: incidence and related factors. *Journal of endodontics*, 41(1), 28-32.
- Ørstavik, D. (1996). Time-course and risk analyses of the development and healing of chronic apical periodontitis in man. *International endodontic journal*, 29(3), 150-155.
- Pak, J. G., Fayazi, S., & White, S. N. (2012). Prevalence of periapical radiolucency and root canal treatment: a systematic review of cross-sectional studies. *Journal of endodontics*, 38(9), 1170-1176.
- Parreira, F. R., O'Connor, R. P., & Hutter, J. W. (1994). Cast prosthesis removal using ultrasonics and a thermoplastic resin adhesive. *Journal of endodontics*, 20(3), 141-143.
- Peters, O. A., Laib, A., Göhring, T. N., & Barbakow, F. (2001). Changes in root canal geometry after preparation assessed by high-resolution computed tomography. *Journal of endodontics*, 27(1), 1-6.
- Peters, O. A., Peters, C. I., Schonberger, K., & Barbakow, F. (2003). ProTaper rotary root canal preparation: assessment of torque and force in relation to canal anatomy. *International endodontic journal*, 36(2), 93-99.
- Peterson, K., Lewin, B., Hakansson, J., Olsson, B., & Wennberg, A. (1989). Endodontic status and suggested treatment in a population requiring substantial dental care. *Dental Traumatology*, 5(3), 153-158.
- Pineda, F., & Kuttler, Y. (1972). Mesiodistal and buccolingual roentgenographic investigation of 7,275 root canals. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 33(1), 101-110.
- Plotino, G., Pameijer, C. H., Grande, N. M., & Somma, F. (2007). Ultrasonics in endodontics: a review of the literature. *Journal of endodontics*, 33(2), 81-95.
- Reit, C. (2010). Endodontic decision making. *Textbook of endodontology*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 301-313.
- Reit, C., & Gröndahl, H. G. (1987). Endodontic decision-making under uncertainty: A decision analytic approach to management of periapical lesions in endodontically treated teeth. *Dental Traumatology*, 3(1), 15-20.
- REIT, C., & GRÖNDAHL, H. G. (1988). Endodontic retreatment decision making among a group of general practitioners. *European Journal of Oral Sciences*, 96(2), 112-117.
- Ricucci, D., Russo, J., Rutberg, M., Burleson, J. A., & Spångberg, L. S. (2011). A prospective cohort study of endodontic treatments of 1,369 root canals: results after 5 years. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 112(6), 825-842.

- Ricucci, D., & Siqueira Jr, J. F. (2011). Recurrent apical periodontitis and late endodontic treatment failure related to coronal leakage: a case report. *Journal of endodontics*, 37(8), 1171-1175.
- Romero, A. D., Green, D. B., & Wucherpfennig, A. L. (2000). Heat transfer to the periodontal ligament during root obturation procedures using an in vitro model. *Journal of endodontics*, 26(2), 85-87.
- Ruddle, C. J. (1995). MB2 root canal systems in maxillary first molars. *Dent Today*, 14(5), 38-40.
- Ruddle, C. J. (2004a). Nonsurgical endodontic retreatment. *CDA Journal*, 32(6), 474-484.
- Ruddle, C. J. (2004b). Nonsurgical retreatment. *Journal of endodontics*, 30(12), 827-845.
- Saunders, W., & Saunders, E. (1994). Coronal leakage as a cause of failure in root-canal therapy: a review. *Dental Traumatology*, 10(3), 105-108.
- Schwartz, R. S., & Robbins, J. W. (2004). Post placement and restoration of endodontically treated teeth: a literature review. *Journal of endodontics*, 30(5), 289-301.
- Scianamblo, M. (1988). Endodontic failures: the retreatment of previously endodontically treated teeth. *Revue D'Odonto Stomatologie*, 17(5), 409-423.
- Sert, S., & Bayirli, G. S. (2004). Evaluation of the root canal configurations of the mandibular and maxillary permanent teeth by gender in the Turkish population. *Journal of endodontics*, 30(6), 391-398.
- Setzer, F. C., Shah, S. B., Kohli, M. R., Karabucak, B., & Kim, S. (2010). Outcome of endodontic surgery: a meta-analysis of the literature—part I: comparison of traditional root-end surgery and endodontic microsurgery. *Journal of endodontics*, 36(11), 1757-1765.
- Shrestha, A., & Kishen, A. (2014). Antibiofilm efficacy of photosensitizer-functionalized bioactive nanoparticles on multispecies biofilm. *Journal of endodontics*, 40(10), 1604-1610.
- Smith, B. J. (2001). Removal of fractured posts using ultrasonic vibration: an in vivo study. *Journal of endodontics*, 27(10), 632-634.
- Spatafore, C. M., Griffin, J. A., Keyes, G. G., Wearden, S., & Skidmore, A. (1990). Periapical biopsy report: an analysis over a 10-year period. *Journal of endodontics*, 16(5), 239-241.
- Stabholz, A., & Friedman, S. (1988). Endodontic retreatment—case selection and technique. Part 2: treatment planning for retreatment. *Journal of endodontics*, 14(12), 607-614.
- Stamos, D. E., & Gutmann, J. L. (1993). Survey of endodontic retreatment methods used to remove intraradicular posts. *Journal of endodontics*, 19(7), 366-369.
- Strindberg, L. (1956). The dependence of the results of pulp therapy on certain factors. *Acta Odontol Scand*, 14(21), 1-175.

- Stropko, J. J. (1999). Canal morphology of maxillary molars: clinical observations of canal configurations. *Journal of endodontics*, 25(6), 446-450.
- Sunde, P., Olsen, I., Lind, P., & Tronstad, L. (2000). Extraradicular infection: a methodological study. *Dental Traumatology*, 16(2), 84-90.
- Sundqvist, G., Figdor, D., Persson, S., & Sjögren, U. (1998). Microbiologic analysis of teeth with failed endodontic treatment and the outcome of conservative re-treatment. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 85(1), 86-93.
- Tewary, S., Luzzo, J., & Hartwell, G. (2011). Endodontic radiography: who is reading the digital radiograph? *Journal of endodontics*, 37(7), 919-921.
- Tronstad, L., Barnett, F., Riso, K., & Slots, J. (1987). Extraradicular endodontic infections. *Dental Traumatology*, 3(2), 86-90.
- Trope, M. (1990). Relationship of intracanal medicaments to endodontic flare-ups. *Dental Traumatology*, 6(5), 226-229.
- Vertucci, F. J. (1978). Root canal morphology of mandibular premolars. *The journal of the american dental association*, 97(1), 47-50.
- Von Arx, T. (2011). Apical surgery: A review of current techniques and outcome. *The Saudi dental journal*, 23(1), 9-15.
- Weller, R. N., Niemczyk, S. P., & Kim, S. (1995). Incidence and position of the canal isthmus. Part 1. Mesiobuccal root of the maxillary first molar. *Journal of endodontics*, 21(7), 380-383.
- Yoshida, T., Gomyo, S., Itoh, T., Shibata, T., & Sekine, I. (1997). An experimental study of the removal of cemented dowel-retained cast cores by ultrasonic vibration. *Journal of endodontics*, 23(4), 239-241.

KANSER HASTALARINDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIBBIN KULLANIMI: SİSTEMATİK DERLEME

Ayten TURAN KURTARAN¹, Şafak YILDIZ²

GİRİŞ

Kanser hastalığı birden fazla nedeni, belirtisi ve tedavisi olan çeşitli türlere sahip bir hastalık olup günümüzde teşhis edilen kanser vakalarında dünya üzerinde bir artış gözlemlendiği saptanmıştır (Shawahna ve Al-atrash, 2019; Nejat vd., 2023). Konvansiyonel tıpta yaşanan gelişmeler kanser hastalığına çeşitli tedaviler sunmaktadır. Bu tedavi yöntemleri ile hem kişinin hayatının kurtarılması hem de sağlığına kavuşup gündelik yaşamına dönmesi amaçlanmaktadır. Chui'nin 2018 yılında yayınladığı çalışmada kanser hastalığının tedavi yöntemlerinden biri olan kemoterapi ile sağ kalım oranının önemli ölçüde yükseltmiş olsa bile insanların yaşamlarının kalitesini etkileyen çeşitli problemler ortaya çıkardığı noktasına değinilmiştir. Kanser tedavisinde ortaya çıkan bu problemler, insanların yaşadığı ağırlı süreç ve sürecin yan etkileri insanların farklı çözümlere odaklanmasına sebep olmuştur. Çünkü insanlar sağlığına kavuşamıyorsa ağırlı süreci hafifletmek hastalık sürecini atlatmışlarsa refah seviyelerini yükseltmek isterler.

1 Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, ORCID: 0000-0001-6116-6467, ayturan@ktu.edu.tr
2 Yüksek Lisans Öğr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, ORCID: 0009-0001-4522-9330, safakyildizx@gmail.com

Cassileth ve Deng (2004) konvansiyonel tıpta yer almayan bu çözümler için kullanılan terimlerin zaman içinde değişimlere uğramış olduğundan, olumsuz bir terim olan “şarlatanlık” tan başlayan bu adlandırmanın “Ortodoks olmayan”, “geleneksel olmayan”, “şüpheli”, “kanıtlanmamış” ve son olarak “alternatif” terimlerine olacak şekilde bir değişim sürecinden geçtiğinden bahsetmişlerdir. Günümüzde gelişim içerisinde olan terminoloji, “tamamlayıcı” ve “alternatif” tıbbi veya her ikisinin kısaltması olan “TAT” terimini kullanmaktadır. Akhtar vd. (2018) TAT uygulamalarının insanlar için kültürel mirasın bir parçası olarak görülmekte olduğunun vurgusu yapılmıştır. Malak vd., 2009; Cassileth ve Deng, 2023) yayınladıkları çalışmalardan yola çıkarak tamamlayıcı ve alternatif tıbbi “Günümüzde aktif olarak kullanılan çağdaş tıp veya biyotıbbın kapsamı dışında kalan tıbbi tedaviye ilave olarak yapılan kişiyi ruhsal veya bedensel refahını yükseltecek olan temel tıbbi müdahaleye destekleyici olan uygulamaların tümüdür” şeklinde açıklayabiliriz. Konvansiyonel tıpta yaşanan gelişmelere rağmen tamamlayıcı ve alternatif tıptan yararlanan insan sayısında da artış söz konusudur (Spadacio ve Barros, 2008). TAT kullanımında tespit edilen bu artış teknolojik, ekonomik, kültürel ve sosyal eğilimler gibi birçok nedenden kaynaklanıyor olabilir. Günümüzde kanser hastalığında TAT kullanımına ilişkin bilgiler sınırlıdır. Fakat hastalığın seyri açısından kullanım durumunun ve kullanım yöntemlerinin ne olduğu büyük önemi taşımaktadır.

Belirttiğim tüm bu gibi sebeplerden yola çıkarak kanser hastalığında sıklıkla kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarını (TAT) çalışmamın kapsamında incelediğim Avustralya, Bangladeş, Danimarka, Fas, Filistin, İran, İsveç, İsviçre, İtalya, Japonya, Kanada, Kolombiya, Kore, Malezya, Moğolistan, Nepal, Nijerya, Norveç, Polonya, Sırbistan, Singapur, Suudi Arabistan, Tayland, Tayvan ve Türkiye gibi ülkelerde tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımının kanser hastalığındaki yeri, önemi ve kullanım şekli temalı çalışmalardan yola çıkarak farklı başlıklar altında hangi

sonuçların elde edildiğinin değerlendirmesini yapmayı amaçlamaktayım.

METOT

Kanser hastaları arasında tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı konusuyla ilgili olarak 2000-2023 yılları arasındaki gerçekleştirilmiş çalışmalara Ulusal Tıp Kütüphanesinin PubMed’i ile erişim sağlanmıştır. “Cancer and complementary alternative medicine” ve “oncology and complementary alternative medicine” anahtar kelimeleri kullanılarak çalışmalara erişim sağlanmıştır. Elde edilen çalışmaların incelenmesi sonucunda çalışmalarda kanser hastalığı sürecinde tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanan bireylerin cevaplarından elde edilen sonuçlar beş başlık altında kategorize edilmiştir;

- TAT Kullanımına İlişkin Demografik Özellikler
- TAT Kullanımının Çeşitleri
- TAT Kullanımının Sağlık Çalışanları ile Paylaşılması
- TAT Kullanımına Yönelik Bilgi Kaynakları
- TAT Kullanımından Beklenen ve Algılanan Fayda

Bu başlıklar altında incelenen çalışmalar etkin bir şekilde bu çalışmaya dahil edilmiştir.

BULGULAR

TAT Kullanımına İlişkin Demografik Özellikler

Kanser hastalığında tat kullanımı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde kanser hastaları arasında TAT kullanımı ile birçok değişken arasında anlamlı farklar göze çarpmaktadır. Örneğin kanser hastaları arasında TAT kullanımı cinsiyete, yaşa ve eğitim durumuna göre farklılıklar gösterebilmektedir. Çalışmamızın kapsamında incelenen birçok makalede kadınların TAT kullanım oranının erkeklere oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kadın kullanıcılarının fazla olduğu çalışmalar incelendiğinde ise oran belirtilen çalışmalar arasında en fazla kadınlara ait TAT kullanım oranına sahip olan çalışmanın Van der Weg ve Streuli (2003) tarafından İsviçre örnekleminde

(%77 kadın) yapılan çalışma olduğunu görmekteyiz. Bu oranı Farooqui vd. (2015) tarafından Malezya örnekleminde (%71,6 kadın %28,2 erkek) ve Malak vd. (2009) tarafından Türkiye örnekleminde (%71 kadın) yapılan çalışmaların oranı takip etmektedir. İncelenen çalışmalar arasında yüksek erkek kullanıcı oranlarına sahip çalışmalarda mevcuttur. Örneğin Kristoffersen vd. tarafından 2022 yılında Norveç örnekleminde yapılan çalışmada %67 oranı ile TAT kullanımının erkekler arasında daha yaygın olduğu belirtilmektedir. Teng vd. (2010) Çin örnekleminde ve Nejat vd. (2023) İran örnekleminde yapılan çalışmalarda da erkekler arasında TAT kullanım oranının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Öte taraftan literatürde cinsiyet ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (Puataweepong vd., 2012; Brahmi vd., 2011; Sullivan vd., 2015). Tat kullanıcıları arasında eğitim düzeyi baz alındığında eğitim seviyesi yüksek bireyler arasında tat kullanım oranının yaygınlığı dikkat çekmektedir (Hyodo vd., 2005; Kasprzycka vd., 2022; Murillo vd., 2023; Nejat vd., 2023). 2014 yılında Berat ve Radulovic tarafından Sırbistan’da yapılan çalışmada ilginç bir sonuç dikkat çekmektedir. Söz konusu çalışmada üniversite mezunu kullanıcılar arasında TAT kullanım oranının 1993 yılında %20 iken 2008’de %33 çıkması dikkat çekmektedir. Aynı zamanda Choi vd. (2022) tarafından Nepal’de yapılan bir çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip kullanıcı oranının fazla olduğu tespit edilmiştir.

TAT Kullanımının Çeşitleri

Günümüzde insanlar tarafından çeşitli tamamlayıcı ve alternatif tıp çeşitleri kullanılmaktadır. Fakat ABD’de bulunan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp merkezi TAT yöntemlerini beş başlık altında kategorize etmiştir NIH (2021);

- Beslenme (özel diyetler, diyet takviyeleri, şifalı bitkiler ve probiyotikler)
- Psikolojik (farkındalık)
- Fiziksel (masaj, spinal manipülasyon)

- Psikolojik ve fiziksel (yoga, tai chi, akupunktur, dans veya sanat terapileri)
- Psikolojik ve beslenme (bilinçli beslenme)

Bu sınıflandırmaların ışığı altında çalışmamız incelediğimiz ülkelerin hangi TAT yöntemlerini daha fazla kullandıklarını değerlendirmektedir. İncelenen çalışmalarda da bazı ülkeler tarafından TAT yöntemi olarak değerlendirilmiştir (Farooqui vd., 2015; Abuelgasim vd., 2018; Malak vd., 2009). Fakat duanın TAT yöntemi olarak değerlendirilmediği çalışmaları da görmek mümkündür (Sullivan vd., 2015). Dini ve kültürel yapılar TAT kullanımı etkilemektedir. Abuelgasim vd. (2018) tarafından Suudi Arabistan'da yapılan çalışmada TAT kullanımının çoğunluğu dua ve Kur'an tilaveti, Zemzem suyu tüketimi, Kur'an okunan suyu içme ve hacamat ve Kur'an-ı Kerim'de terapötik önlemler olarak geçmekte olan bal, deve sütü ve deve idrarı tüketimi gibi dini temelli yöntemlerden oluşmaktadır. İran örneğinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada kutsal yer ziyaretleri, yoga sonrası dua, şifalı bitkiler kullanmak ve özel diyetler uygulanıyor olsa dahi en fazla oran Kuran dinlemek veya okumak olarak tespit edilmiştir (Nejat vd., 2023). 2009 yılında Türkiye Nejat ve Ark. tarafından yapılan bir çalışmada en yaygın TAT kullanımı dua (%99) olarak kayıtlara geçerken bu kullanımı bitkisel preparatların kullanımı takip etmektedir. Ezeome ve Anarado (2007) Nijeryada yaptıkları çalışmada en sık kullanılan TAT yöntemleri, şifalı bitkiler (%51,9), aloe vera (%23,1), Forever Living Products (%16,3), tıbbi çay (%14,4) ve siyah taş (%12,5) içerikli biyolojik temelli ürünlerken bu ürünleri Dua/inançla iyileştirme (%39,4) takip etmektedir. Nijerya'da olduğu gibi farklı ülkelerde de yaygın olarak biyolojik temelli tedaviler sıklıkla kullanılmıştır. İncelenen çalışmalar içerisinde biyolojik temelli TAT kullanım oranının en fazla olduğu çalışma Sullivan vd. tarafından 2015 yılında Avustralya da yapılan çalışmaya aittir ayrıca bu çalışmada ülkede en çok kullanılan ikinci tat türü olarak ise bir veya daha fazla zihin-beden temelli TAT kullanımındır. Berat ve

Radulovic (2014) çalışmalarında Sırbistan örneklemini için en fazla kullanılan tat türlerinin bitkisel ilaçların ve vitaminlerin kullanımının olduğu vurgulanmaktadır. Sırbistanda olduğu gibi vitamin ve bitkisel ürünlerin tüketiminin fazla olduğu bir diğer çalışmanın Malezya örnekleminde yapılmış olan çalışma olduğu göze çarpmaktadır. Farooqui vd. (2015) Malezya örnekleminde yaptıkları çalışmada bitkisel ürün (%40,2) ve multivitamin (%33,6) kullanım oranlarının yüksek olduğu aynı zamanda besin takviyelerinin (%41,8) kullanımında TAT kullanıcıları tarafından yüksek oranlarda kullanıldığı gözlemlenirken en çok tüketilen bitkiler arasında, sabah yılan otu (*Clinathanus nutans*) ve betel cevizi (*Areca catechu*)/betel yaprağı (*Piper betle*) gibi bitkilerin olduğu vurgulanmaktadır. Choi vd. (2022) çalışmalarında kanser hastaları arasında yaygın olarak kullanılan ilk dört yöntemi Ayurveda (%46,5), yoga (%32,4), bitkisel ürünler (%30,9) ve meditasyon (%28,9) olarak sıralamaktadır. Chow vd. (2010) yaptıkları çalışmada kanser tanısı koyulduktan sonra hastalar tarafından en fazla kullanılan yöntemlerin sırasıyla Geleneksel Çin Tıbbı, sağlık takviyeleri ve Taiji olduğu vurgusu yapılmaktadır. Geleneksel Çin Tıbbının bir parçası olan akupunktur kullanımına farklı ülkelerde de rastlamak mümkündür. Örneğin Kristoffersen vd. (2022) tarafından Norveç örnekleminde gerçekleştirilen çalışmada en sık kullanılan yöntem masaj/aroma terapileri (%11) olurken bu kullanımı akupunktur (%11) takip etmektedir. Japonya’da gerçekleştirilen bir çalışmada en sık kullanılan TAT ürünün *Agaricus* (%60,6) ve aktif heksoz ilişkili bileşik (AHCC, %8,4) olduğu ve özel bir mantar türü olan *Agaricus*’un bir interferon indükleyicisi olduğu belirtilmektedir (Hyodo vd., 2005). Yaygın olarak kullanılan TAT uygulamalardan farklı olarak diğer çalışmalarda sıklık ile görmediğimiz Moğolistan örnekleminde kanser hastaları tarafından kullanılan hayvansal kökenli ürünler dikkat çekmektedir. Oyunchimemg vd. (2017) yaptıkları çalışmada en popüler TAT yönteminin hayvansal kökenli ürünler (%64,9) olduğunun ve bu ürünlerin işkembe (%37,2), yabani hayvan ürünleri (%18,2), ravent (%18,2), süt

banyosu (%16,9) ve deve ağzından elde edilen kurutulmuş köpük (%16,0) gibi ürünlerden oluştuğundan söz edilmektedir.

TAT Kullanımının Sağlık Çalışanları ile Paylaşılması

Kanser hastalığında TAT kullanımının her zaman sağlık sunucuları ile paylaşılmaması dikkat çekmektedir. TAT kullanımı sırasında sağlık sunucuları ile iletişimde olan bireylerin ise tat kullanımlarını genellikle “aile hekimleri”, “onkologları”, “toplum ve hastane eczacıları”, “diyetisyen”, “hemşireler”, “tat sağlayıcıları” veya “hasta eğitimcileri” ile paylaştıkları görülmektedir. Hastaların TAT kullanımlarını bir sağlık sunucusu ile neden paylaşmadıkları sorusuna verdikleri cevaplar; “doktorların diğer tedavileri hiç sormaması”, doktorların cesareti kırılır/onaylamaz”, “doktorumun bilmesi önemli değil”, “doktor anlamaz”, “sağlık ekibinin diğer üyeleriyle zaten görüşüldü”, “konsültasyon sırasında gündeme gelmemiştir”, “kimse sormadı”, “TAT kullanımım engellenir” veya “doktorlar ile konuşulacak bir konu değil” şeklinde dağılım göstermiştir. İncelenen çalışmalar arasında TAT kullanımının sağlık sunucularına bildirilmesine yönelik en yüksek orana (%79) sahip Van der Weg ve Streuli (2003) tarafından İsviçre örnekleminde yapılan çalışma olduğu görülmektedir. Bu oranı Teng vd. (2010) Çin örnekleminde yaptığı çalışmanın oranı (%74,3) takip etmektedir. Öte yandan çalışmalarda TAT kullanımının sağlık sunucuları ile paylaşılmama oranları çok yüksektir. Örneğin; Oyunchimeg vd. (2017) çalışmasında Moğolistan örnekleminde TAT kullanıcılarının %71’lik kısmı TAT kullanımını doktorları ile tartışmamıştır. Tayvan’da yapılan başka bir çalışmada TAT kullanımını sağlık sunucusu ile paylaşma veya paylaşmama oranı birbirine yakın olması ile birlikte (sırasıyla %53,6 ve %46,4) TAT kullanımının bildirilmemesinin en yüksek orana (%46,2) sahip nedeniyse bunu bir doktorla tartışmalarının gerekli olduğuna inanmamalarıdır (Chin vd., 2020). Bu nedenin temel nedeni (%65,9) olarak gösterildiği bir başka çalışma ise Tayland örnekleminde aittir (Puataweepong vd., 2012). Japonya’da

hastaların çoğuna (%84,5) doktorları veya diğer sağlık çalışanları tarafından TAT kullanımı sorulmamıştır. Hyodo vd. tarafından 2005 yılında yapılan başka bir çalışmada ankete katılan TAT kullanıcılarının çoğunluğu (%84,5) tarafından TAT kullanımının sağlık sunucularına bildirilmemesinin nedeni olarak bu sorunun sağlık sunucuları tarafından onlara sorulmamış olması gösterilmektedir.

TAT Kullanımına Yönelik Bilgi Kaynakları

TAT kullanımında bireylerin TAT türlerini ve faydalarını bulmaya yönelik kişisel çabalarının olması yanı sıra TAT kullanımına başlamalarına yöneltten veya TAT kullanımları süresince yararlandıkları bazı bilgi kaynakları mevcuttur. TAT kullanımına yönelik bilgi kaynakları “aile üyeleri”, “akrabalar”, “kişinin sosyal çevresi”, “internet” ve “kitle iletişim araçları” şeklinde gruplara ayrılabilir. Nissen vd. (2014) çalışmasında TAT kullanıcılarının %66,1’lik kısmının kullanıma kendi kararları ile başladıkları tespit edilmektedir. Bu çalışma ile aynı doğrultuda sonuçlara sahip Akhtar vd. tarafından 2018 yılında yapılan çalışmada TAT kullanıcılarının (%30,18) yine kendi araştırmaları ile TAT kullanımına başlamak üzere karar verdiklerinin vurgusu yapılmaktadır. Hyodo vd. (2005) tarafından yapılan çalışmada Japonya örneklemindeki bireylerin TAT kullanımına yönelik bilgi kaynaklarının %77,7’lik bir oran ile aile ve akrabaların tavsiyeleri üzerine TAT kullanımına başladıkları ortaya koyulmaktadır. İsveç örnekleminde yapılan çalışmada hem TAT kullananlar hem de kullanmayanlar arasında TAT hakkında en yaygın bilgi kaynağının medya (n = 214) olduğu bilgisine yer verilmektedir (Wode vd., 2019). Berretta vd. (2017) tarafından yapılan çalışmada da TAT kullanımının bilgi kaynağı olarak İsveç örnekleminin sahip olduğu sonuç ile benzerlik taşımakla birlikte hastaların çoğu bu konuyu medyadan, arkadaşlarından veya diğer hastalardan duyduklarının altı çizilmektedir. Moğolistan örneklemindeyse TAT kullanımına yönelik birincil kaynak olarak (%24,7) diğer kanser hastaları gösterilmektedir.

(Oyunchimeg vd., 2017). TAT kullanımına yönelik olarak sağlık sunucularını temel bilgi kaynağı olarak tercih eden hastaları da görmek mümkündür. Örneğin Kristoffersen vd. tarafından 2022 yılında Norveç örnekleminde yapılan çalışmada katılımcıların %43'lük bir kısmı TAT kullanımı konusunda sağlık sunucularından bilgi aldıklarının vurgusu yapılmaktadır.

TAT Kullanımından Beklenen ve Algılanan Fayda

Kanser hastaları arasında TAT kullanımında beklenen faydalar ve kullanım nedenleri genel olarak “bağışıklık fonksiyonunu iyileştirme”, “genel fiziksel refahı artırmak”, “yardımcı olabilir zararı olmaz”, “kanserele mücadele yeteceğini artırmak”, “kanseri doğrudan tedavi etmek veya iyileştirmek”, “aktif olarak bir şeyler yapma isteği”, “psikolojik ve ruhsal destek”, “nüksün engellenmesi”, “semptomları hafifletmek”, “zindeliği artırmak” şeklinde sıralanmaktadır. Ülkeler arasında kullanıcılar tarafından belirtilen bu yanıtların oranları değişiklik göstermektedir. Örneğin Kim vd. (2023) tarafından Kore örnekleminde yapılan çalışmada “bağışıklık fonksiyonunu iyileştirmek” (%60,1) oranında birinci neden olarak gösterilirken, Abuelgasim vd. (2018) Suudi Arabistan örnekleminde yaptıkları çalışmada bu neden %11,2'lik bir oran ile son sıralarda yer almaktadır. “Genel fiziksel refahı artırmak” nedeni Avustralya örnekleminde Sullivan vd. (2015) tarafından yapılan çalışmada %82 oranı ile ilk sırada yer alırken, Puataweepong vd. tarafından 2012 yılında Tayland örnekleminde yapılan çalışmada %17,22'lik oran ile son sıralarda yer almaktadır. Buckner vd. tarafından 2018 yılında yapılan bir çalışmada “yardımcı olabilecek her şeyi yapmak” nedeni %51,6 oran ile ana neden olarak gösterilirken, Tayland örnekleminde Puataweepong vd. (2012) tarafından yapılan çalışmada en az belirtilen neden olmaktadır. İncelenen çalışmalar arasında TAT uygulamalarının kullanımının doğrudan tedavi amaçlı olarak kullanıldığı ana neden olarak gösterildiği çalışmaları da görmek mümkündür. Örneğin “kanserele doğrudan tedavi etmek

veya iyileştirmek” nedeni Akhtar ve Ark. (2018) Bangladeş örnekleminde yaptıkları çalışmada %92,24’lük bir oran ile ana neden olarak gösterilirken, Abuelgasim vd. (2018) tarafından Suudi Arabistan örnekleminde yapılan bir diğer çalışmada da %75’lik bir oran ile ana neden olarak gösterilmektedir. Çalışmalarda ortak olarak belirtilen nedenlerden farklı olarak ülkelere özgü olan nedenler de görmek mümkündür. Örneğin Akhtar vd. tarafından 2018 yılında Bangladeş örnekleminde yapılan çalışmada “şekil bozukluğunu önlemek”, “doktorların kendilerine meydan okuduğunu düşünmek” gibi nedenler olduğunun vurgusu yapılmaktadır. Öte yandan Hyodo vd. tarafından 2005 yılında yapılan çalışmada ana neden olarak “konvansiyonel tedaviyi tamamlayıcı etkiler” açısından TAT kullanım nedeni mevcuttur. Ayrıca Tayland örnekleminde Puataweepong vd. tarafından 2012 yılında yapılan bir çalışmada TAT kullanım nedeni “aile geleneği ve kültürü” olarak gösterilmesi %41,7’lik bir oran ile ilk sıralarda yer almaktadır.

Algılanan faydaların belirtildiği çalışmalarda TAT çeşitlerinden memnun kalma ve/veya spesifik bir fayda algılamama oranları herhangi bir fayda algılamama ve/veya TAT uygulamalarından memnun kalmama oranlarından yüksekti (Teng vd., 2010; Nissen vd., 2014; Wode vd., 2019; Hyodo vd., 2005; Kasprzycka vd., 2022; Pauataweepong vd., 2012). Nissen vd. tarafından 2014 yılında Danimarka örnekleminde yapılan çalışmada TAT uygulamalarından yararlı etki algılayan bireyler bu etkileri iki başlık altında “daha iyi fiziksel sağlık (%31,1)” ve “zihinsel/psikolojik sağlığın iyileşmesi (%24,6)” olarak tanımlayabilmektedirler. Danimarka örnekleminde bireylerin algılanan faydalara verdiği cevaplara paralel olarak, Kim vd. (2023) Kore örnekleminde yaptıkları çalışmada da algılanan fayda olarak “psikolojik ve duygusal destek (%52)” ve “daha iyi fiziksel sağlık (%21,4)” tanımlamalarının yüksek oranlara sahip olduğu gözlemlenmektedir. Ayrıca Kore örnekleminde çalışmaya katılan bireylerin %35,8’lik kısmı “bağımsızlık fonksiyonlarında da bir artış” olduğunun

vurgusunu yapmaktadır. Algılanan faydalardan biri olarak bağışıklık fonksiyonlarında bir artış yanıtına sahip olan Suudi Arabistan örnekleminde gerçekleştirilen bir diğer çalışmada bu oran yalnızca %2,5 olarak tespit edilmiştir fakat bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak “iştahın artması (%23,5)” ve “ağrıların azalması (%33,3)” cevapları da TAT kullanıcıları tarafından algılanan faydalar olarak belirtilmektedir (Abuelgasim vd., 2018). Literatürdeki bu çalışmaların aksine Nijerya örnekleminde Ezeome ve Anarado (2007) tarafından yapılan çalışmada %67,3 oranında TAT kullanıcısının bir fayda görmediği belirtmesi dikkat çekmektedir.

TARTIŞMA

Toplumların sahip olduğu TAT tanımlarının arasında büyük farklılıklar olduğu aşikardır. Örneğin İtalya’da yapılan bir çalışmada bu büyük tanımsal farklılıkların sebebi olarak bazı araştırmacılar tarafından TAT tanımına sadece bitkisel ilaçların dahil edilmesi, bazılarının ise diyet takviyeleri ve geleneksel olmayan tıbbi uygulamaları (örneğin; masajlar, akupunktur) da dahil etmeyi düşünmesi dolayısıyla TAT’ın farklı tanımlara sahip olduğu belirtilmektedir (Berretta vd., 2017). Nepal örnekleminde gerçekleştirilen bir diğer çalışmada kanser hastalığı süresince doktorlarının önerileri dışında bir şey kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda, %56,9 oranında hasta kullandığını belirtirken hastalara teker teker TAT örnekleri sunulduğu zaman bu oran %65’e yükselmiştir (Choi vd., 2022). Kanser hastaları arasında TAT kullanım oranlarının, incelenen örneklemlerde %96 oranlarına kadar çıktığı tespit edilmektedir (Yalçın vd., 2018). TAT kullanım oranlarının bu kadar yüksek seviyelere çıkmasının nedeni TAT tanımlarının farklılık göstermesinden dolayı olabileceği gibi, Buckner vd. (2018) tarafından yapılan çalışmada da belirtildiği gibi hastaların yardımcı olabilecek her şeyi yapma arzusu da sebep olarak gösterilebilir. TAT kullanımının kadınlar arasında yaygın olduğunun gösterildiği çalışmaların yanında, Kristoffersen vd. tarafından 2022 yılında yapılan çalışmada

örneklem grubunda kadınların sayısının erkeklerden daha fazla olması bunun sonucunda da çalışmada TAT kullanımının kadınlar arasında daha yaygın çıkmasına neden olduğu ileri sürülmektedir. Ayrıca TAT kullanımı ile farklı değişkenler arasında da bir ilişkinin olduğunu tespit eden çalışmalarda mevcuttur. Örneğin Chow vd. (2010) tarafından Singapur'da yapılan çalışmada yüksek eğitilmiş, zengin ve beyaz yakalı çalışanlar arasında TAT kullanımının daha yaygın olduğu kanıtlanmış olmasına rağmen, Pauataweepong vd. (2012) tarafından Tayland örnekleminde gerçekleştirilen çalışmada demografik ilişkiler ile tat kullanımını arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığının altı çizilmektedir. İncelenen çalışmalar arasında TAT uygulamalarının türleri de farklılık gösteren diğer bir noktadır. Örneğin Müslüman ülkelerde dini temelli uygulamalar (Dua; Türkiye %99, Suudi Arabistan %69,9) yaygın olarak bir TAT türü olarak kullanılırken, Moğolistan'da yapılan çalışmada hayvansal kökenli ürünler (işkembe %37,2; yabancı hayvan ürünleri %18,2; deve ağzından elde edilen kurutulmuş köpük %16) yaygın olarak kullanılmakta ayrıca Kolombiya örnekleminde ise yılanlardan elde edilen ürünlerin kullanımının yüksek oranlara (%70 üzerinde) sahip olduğu belirtilmektedir (Yalçın vd., 2018; Abuelgasim vd., 2018; Oyunchimeng vd., 2017; Murillo vd., 2023). Bu uygulamaların kullanılması da farklı ülkelerde farklı motivasyonlar dolayısıyla gerçekleşmektedir. Bazı hastalar hastalığın etkilerini azaltmak gibi nedenler dolayısıyla kullanmaktayken, bazı hastalar bağışıklık fonksiyonunu artırmak için, bazı hastalarda kültürel alışkanlıklardan ötürü kullanmaktadır (Kim vd., 2023; Malak vd., 2009; Akhtar vd., 2018). Kim vd. (2023) tarafından yapılan çalışmada beklentiler ile hastaların karşılaştıkları sonuçlar arasında farklılıklar olabileceği açıkça gösterilmektedir. Ayrıca TAT kullanımı hakkında birçok bilgi kaynağı mevcuttur. Cassileth ve Deng tarafından 2004 yılında yapılan çalışmada Google.com'da "alternatif kanser tıbbi" anahtar kelimeleri ile ilgili 900.000'e yakın hit üretildiğinden söz edilmektedir. TAT kullanıma karşın belirtilen tüm olumlu düşüncelere karşın,

Kasprzycka vd. (2022) tarafından Polonya örnekleminde yapılan çalışmada TAT kullanıcılarının %28,7'lik kısmı kanser tedavisinde kullanılan TAT'ın kanunla düzenlenilmesi gerektiğini savunmaktadır.

SONUÇ

Kanser hastalığında tamamlayıcı ve alternatif tıbbın kullanımı incelendiğinde kullanım oranlarının yüksek olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Kullanım oranlarının cinsiyet değişkeninde kadın kullanıcılara yönelik olarak daha fazla bir kullanıma sahip olduğu görülmektedir. İncelenen çalışmalarda kadınlar arasında TAT uygulamalarının kullanımının neden daha fazla olduğu noktasına değinilmemiş olmasına rağmen TAT kullanımının eğitim seviyesi ile pozitif yönlü bir ilişki içinde olduğu bir çok çalışma ile kanıtlanmaktadır. Toplumlar tarafından kullanılan birçok TAT uygulaması çeşidi olmasına rağmen “dua” gibi dini ritüel temelli uygulamaların bazı ülkelerde tat kapsamına dahil edilmediği gözlemlenmektedir. Bireylerin sahip olduğu değerler ve kültürel öğelerininin hangi TAT türlerini kullanacaklarına büyük bir etkisi olduğu göze çarpmaktadır. Bunun ile birlikte bazı toplumların sahip olduğu TAT uygulamalarının sınırlarını aşmış olduğu ve başka ülkelerde de kabul görerek yüksek oranlarda kullanımlara sahip olduğu sonucu dikkat çekmektedir. TAT uygulamalarının kanser hastalığı süresince aktif olarak kullanıldığı göz önüne alındığında bu uygulamaların hastalığın seyrinde oluşturacağı avantajlar ve dezavantajlar büyük önem taşımaktadır. Bu sebepten dolayı TAT uygulamalarının hastalığın seyrine nasıl bir etkisi olacağı iyi belirlenmeli ve bu belirlemenin tespitinin ancak bir sağlık sunucusunun değerlendirilmesi ile mümkün olabileceği unutulmamalıdır. İncelenen çalışmaların sonuçlarında tedavi süresince TAT kullanımının bireyler tarafından TAT kullanımının ve hangi türün kullanıldığıının sağlık sunucuları ile paylaşılması konusunda negatif bir tavır sergiledikleri vurgulanmıştır. Bu aşamada dikkat çekilmesi gereken husus hastalık süresince doktorların hastaları ile

olan iletişimlerine özen göstermeleri ve TAT kullanımı konusunda hastalardan bilgi almaya çalışılmasına dikkat etmeleri gerektiğidir. Öte yandan TAT kullanıcılarının bu bilgi paylaşımına açık olmaları ve olumsuz düşüncelerden kaçınarak sağlık sunucuları ile bilgi paylaşımına özen göstermelidirler. TAT kullanımına karar vermiş bireylerin kaynak seçimine dikkat etmesi gerektiği, kullanacakları kaynaklar hakkında bilgi sahibi olmaları ve sahip oldukları kanser türlerine göre doktorları ile görüşüp buna göre hareket etmeye özen göstermelidirler. Her uygulamanın her kanser türüne iyi gelmediği gibi farklı uygulamaların farklı bünyelerde farklı etkiler yaratacağı hesaba katılmalıdır. Gösterilen çabanın sonucunda elde edilecek çıktılar ile bireylerin beklentileri arasında farklar olabileceği noktasının altı çizilmeli ve bu konu doğrultusunda bireyler aydınlatılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abuelgasim, K. A., Alsharhan, Y., Alenzi, T., Alhazzani, A., Ali, Y. Z., & Jazieh, A. R. (2018). The use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: a cross-sectional survey in Saudi Arabia. *BMC complementary and alternative medicine*, 18(1), 88.
- Akhtar, K., Akhtar, K., & Rahman, M. M. (2018). Use of Alternative Medicine Is Delaying Health-Seeking Behavior by Bangladeshi Breast Cancer Patients. *European journal of breast health*, 14(3), 166–172.
- Berat, S., & Radulovic, S. (2014). Trends in use of and attitudes held towards alternative and complementary medicine among patients treated in a Department of Medical Oncology in Serbia. A several-years-apart time survey study. *Journal of B.U.ON. : official journal of the Balkan Union of Oncology*, 19(2), 535–539.
- Berretta, M., Della Pepa, C., Tralongo, P., Fulvi, A., Martellotta, F., Lleshi, A., Nasti, G., Fisichella, R., Romano, C., De Divitiis, C., Taibi, R., Fiorica, F., Di Francia, R., Di Mari, A., Del Pup, L., Crispo, A., De Paoli, P., Santorelli, A., Quagliariello, V., Iaffaioli, R. V., ... Facchini, G. (2017). Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in cancer patients: An Italian multicenter survey. *Oncotarget*, 8(15), 24401–24414.
- Brahmi, S. A., El M'rabet, F. Z., Benbrahim, Z., Akesbi, Y., Amine, B., Nejari, C., & El Mesbahi, O. (2011). Complementary medicine use among Moroccan patients with cancer: a descriptive study. *The Pan African medical journal*, 10, 36.

- Buckner, C. A., Lafrenie, R. M., Dénonmée, J. A., Caswell, J. M., & Want, D. A. (2018). Complementary and alternative medicine use in patients before and after a cancer diagnosis. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 25(4), e275–e281.
- Cassileth, B. R., & Deng, G. (2004). Complementary and alternative therapies for cancer. *The oncologist*, 9(1), 80–89.
- Chin, C. Y., Chen, Y. H., Wu, S. C., Liu, C. T., Lee, Y. F., & Tsai, M. Y. (2020). Complementary and Alternative Medicine Use in Breast Cancer Patients at a Medical Center in Taiwan: A Cross-Sectional Study. *Integrative cancer therapies*, 19, 1534735420983910.
- Choi, S. J., Kunwor, S. K., Im, H. B., Hwang, J. H., Choi, D., & Han, D. (2022). Traditional and complementary medicine use among cancer patients in Nepal: a cross-sectional survey. *BMC complementary medicine and therapies*, 22(1), 70.
- Chow, W. H., Chang, P., Lee, S. C., Wong, A., Shen, H. M., & Verkooijen, H. M. (2010). Complementary and alternative medicine among Singapore cancer patients. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 39(2), 129–135.
- Chui P. L. (2019). Cancer- and Chemotherapy-Related Symptoms and the Use of Complementary and Alternative Medicine. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 6(1), 4–6.
- Ezeome, E. R., & Anarado, A. N. (2007). Use of complementary and alternative medicine by cancer patients at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria. *BMC complementary and alternative medicine*, 7, 28.
- Farooqui, M., Hassali, M. A., Shatar, A. K., Farooqui, M. A., Saleem, F., Haq, N. U., & Othman, C. N. (2015). Use of complementary and alternative medicines among Malaysian cancer patients: A descriptive study. *Journal of traditional and complementary medicine*, 6(4), 321–326.
- Hyodo, I., Amano, N., Eguchi, K., Narabayashi, M., Imanishi, J., Hirai, M., Nakano, T., & Takashima, S. (2005). Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(12), 2645–2654.
- Kasprzycka, K., Kurzawa, M., Kucharz, M., Godawska, M., Oleksa, M., Stawowy, M., Slupinska-Borowka, K., Sznek, W., Gisterek, I., Boratyn-Nowicka, A., Rucinska, M., Osowiecka, K., & Nawrocki, S. (2022). Complementary and Alternative Medicine Use in Hospitalized Cancer Patients-Study from Silesia, Poland. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1600.
- Kim, J. S., Kwon, J. H., Rha, S. Y., Lee, S. C., Chang, Y. J., Kwon, I. S., You, K. H., & Yoon, H. Y. (2023). Status of Using Complementary and Alternative Medicine among Patients with Cancer in Korea: an Online

- Survey of Online Cancer Support Groups (KCSG PC21-20). *Cancer research and treatment*, 55(2), 442–451.
- Kristoffersen, A. E., Nilsen, J. V., Stub, T., Nordberg, J. H., Wider, B., Mora, D., Nakandi, K., & Bjelland, M. (2022). Use of Complementary and Alternative Medicine in the context of cancer; prevalence, reasons for use, disclosure, information received, risks and benefits reported by people with cancer in Norway. *BMC complementary medicine and therapies*, 22(1), 202.
- Malak, A. T., Karayurt, O., Demir, E., & Yümer, A. S. (2009). Complementary and alternative medicine in cancer patients - analysis of influencing factors in Turkey. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 10(6), 1083–1087.
- Murillo, R., Pinto-Martínez, N., Serrano, N., Uribe, C., Navarro, E., Duque, J., Yepes, A., Olaya, L., Mariño, C., Morales, O. L., Erazo-Muñoz, M. A., Sánchez-Vega, D. C., & Martínez-Ramos, N. (2023). Use of complementary and alternative medicine by cancer patients in Colombia. *BMC complementary medicine and therapies*, 23(1), 321.
- Nejat, N., Rahbarian, A., Mehrabi, F., & Rafiei, F. (2023). Complementary and alternative medicine application in cancer patients in Iran. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 149(6), 2271–2277.
- NIH (2021). *National Center for Complementary and Integrative Health*, U.S. National Institutes of Health (NIH) <https://www.nccih.nih.gov> [Erişim:10.12.2023]
- Nissen, N., Lunde, A., Pedersen, C. G., & Johannessen, H. (2014). The use of complementary and alternative medicine after the completion of hospital treatment for colorectal cancer: findings from a questionnaire study in Denmark. *BMC complementary and alternative medicine*, 14, 388.
- Oyunchimeg, B., Hwang, J. H., Ahmed, M., Choi, S., & Han, D. (2017). Complementary and alternative medicine use among patients with cancer in Mongolia: a National hospital survey. *BMC complementary and alternative medicine*, 17(1), 58.
- Puataweepong, P., Sutheecheet, N., & Ratanamongkol, P. (2012). A survey of complementary and alternative medicine use in cancer patients treated with radiotherapy in Thailand. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2012, 670408.
- Shawahna, R., & Al-Atrash, M. (2019). What Do Primary Healthcare Providers and Complementary and Alternative Medicine Practitioners in Palestine Need to Know about Exercise for Cancer Patients and Survivors: A Consensual Study Using the Delphi Technique. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2019, 7695818.
- Spadacio, C., & Barros, N. F. (2008). Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática [Use of complementary and alternative medicine by cancer patients: systematic review]. *Revista de saude publica*, 42(1)

- Sullivan, A., Gilbar, P., & Curtain, C. (2015). Complementary and Alternative Medicine Use in Cancer Patients in Rural Australia. *Integrative cancer therapies*, 14(4), 350–358.
- Teng, L., Jin, K., He, K., Bian, C., Chen, W., Fu, K., Zhu, T., & Jin, Z. (2010). Use of complementary and alternative medicine by cancer patients at Zhejiang University Teaching Hospital Zhuji Hospital, China. *African journal of traditional, complementary, and alternative medicines : AJTCAM*, 7(4), 322–330.
- Van der Weg, F., & Streuli, R. A. (2003). Use of alternative medicine by patients with cancer in a rural area of Switzerland. *Swiss medical weekly*, 133(15-16), 233–240.
- Yalcin, S., Hurmuz, P., McQuinn, L., & Naing, A. (2018). Prevalence of Complementary Medicine Use in Patients With Cancer: A Turkish Comprehensive Cancer Center Experience. *Journal of global oncology*, 4, 1–6.
- Wode, K., Henriksson, R., Sharp, L., Stoltenberg, A., & Hök Nordberg, J. (2019). Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a cross-sectional study. *BMC complementary and alternative medicine*, 19(1), 62., 158–164.

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA (KOAİ) EVDE BAKIM

Hanifi DÜLGER¹

GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ), dünyada ve ülkemizde her geçen gün giderek artış gösteren, mortalite ve morbidite oranları yüksek olan, sosyal ve ekonomik yük ve kayıplara yol açan, en önemli kronik hastalıklardan birisidir. KOAİ; kronik olarak hava yollarının daralması ve hava akımının azalması ile özgün, sıklıkla ilerleyen ve patojen parçacık ve zararlı gazların akciğerlerde meydana getirdiği kronik inflamatuvarlı, azaltılabilir, önlenebilir ve kısmi olarak tedavi edilebilen sistemik bir hastalıktır. KOAİ akciğerleri doğrudan etkilemekle beraber, komplikasyon olarak ciddi boyutta patofizyolojik etkilere de yol açabilmektedir. Gelecek yıllarda hastalığın durumu, görülme sıklığı hakkında Dünya sağlık örgütünün yaptığı değerlendirmeler endişe vericidir. Bu nedenle hastalığın önleme ve erken tanı stratejileri en az hastalığın tedavisi kadar önemli olduğu bilinmektedir. Geçmişte sadece akciğerin hastalığı olarak değerlendirilip ihmal edilen ve yeterli önlem alınmayan KOAİ'nin bugün organizmanın tüm organ ve sistemlerini etkilediğinin anlaşılması önemini artırmaktadır (Kocabaş vd, 2014; Kocabaş, 2010; Mirici, 2020).

¹ Dr. Öğr. Üyesi Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ORCID: 0000-0002-2442-6538, hdulger@bartin.edu.tr

KOAH dünya genelinde 40 yaş üstündeki her beş kişiden birini etkileyen, hekime başvurunun ve doğru tanının çok düşük olduğu önemli bir halk sağlığı sorunudur. Erken yaşta ölümler ile uzun dönemli işlev kaybına yol açan hastalıklar ve travmalar nedeniyle kaybedilen yılları sayan, mutlak bir sağlık kaybı DALY ölçütüne göre, 2002 yılında 584.359 DALY olan KOAH yaklaşık %42 artış göstererek 2017 yılında 828.730 DALY olup, 2017 yılı en yüksek ilk dördüncü DALY nedeni KOAH olup, yılda 3.2 milyon dan daha fazla kişinin ölümüne neden olmaktadır. Dünyada 1990'daki ölüm nedenleri sıralamasına baktığımızda KOAH altıncı sırada yer alırken bu oran her geçen gün artarak günümüzde dördüncü sıraya kadar yükselmiştir ve 2020 yılında ölüm nedenleri arasında üçüncü sıraya yükseleceği ön görülmektedir (Abul ve Özlü, 2013; TTD, 2021).

Ülkemizde yaklaşık 4 milyon KOAH hastası olduğu, İstanbul ve Ankara gibi kalabalık şehirlerde hastalık oranının arttığı bilinmektedir. Dünyada 3. ölüm nedeni haline gelen KOAH, küresel hastalık yükü çalışması verilerine göre, yılda yaklaşık 2.9 milyon kişinin ölümüne neden olup, tüm ölümlerin de %5.5'inden sorumludur. Günümüzde tüm Türkiye'de solunum sistemi hastalıkları en sık görülen 3. ölüm nedenidir ve bu ölümlerin de %61.5'i KOAH nedeniyledir (Köksal ve Durgun 2022; TTD, 2021).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sigara kullanma oranındaki artış, sigaraya başlama yaşındaki azalma, enfeksiyon hastalıkları ve birçok kronik hastalığın kontrolü ile yaşlı nüfus oranında meydana gelen artma, KOAH görülme sıklığındaki artışın nedenleri arasında sayılabilir. Sigara kullanımı, hava kirliliği, enfeksiyonlar, patojen partiküller, yaşlılık, mesleki maruziyet, sosyoekonomik durum ve genetik yatkınlık gibi hastalığın görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri hastalığın giderek artış göstermesine neden olan önemli etkenlerdir (Kocabaş vd, 2014).

KOAH'da rahatsız edici, nefes almakta güçlüklerle karakterize, aktiviteleri kısıtlayan ve yaşam kalitesini bozan dispne gibi

görülen tüm belirti ve bulgular, hastalığın kronik olması ve kişinin hayatını kısıtlamakta ve evde bakım gereksinim ve sürecini arttırmaktadır. KOAH hastalarında dispne nedenli boğulma ve ölüm korkusu, stres ve anksiyete düzeyini artırır ve sadece hastayı değil aynı zamanda aile ve diğer bakım verici bireyleri de olumsuz yönde etkiler. Hastalarda oluşan solunum sıkıntısı nedeniyle sosyal yaşamında bozulma, sosyal çevreden izolasyon, aktivitelere tam katılamama, fiziki fonksiyonlarda azalma ve bozulma gibi sorunlarla karşılaşmakta ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastanın evde bakımında amaç, kişiye kendi ortamında ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin verilmesidir. Evde bakım hizmeti verilen hastanın, hastaneye başvurusu azaltılabilir, yaşam kalitesi ve sağlığı geliştirilip sağ kalım süresi artırılabilir ve hastalık kontrol altına alınabilir. Hastanın kendi ev ortamında yaşaması sağlanarak psikolojik ve fiziksel rahatlığı sağlanabilir, hastalığın ekonomik maliyeti azaltılabilir ayrıca hasta ve aile memnuniyeti artırılabilir (Sharma vd., 2015; Özkan, 2010).

KOAH hastayı, hastanın aile ve yakınlarını olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalık olduğundan dolayı tesirli bir evde bakım hizmeti, hastanın bağımlılık derecesini, gelecek endişesi ve ölüm kaygısını azaltır. Hastanın bağımsızlık duygusunun artması, bakım verenlerinde yükünü azaltacaktır. Yapılan araştırmalarda düzenli ev ziyareti ve evde bakımda hastaların yaşam konforunun, egzersiz toleransının arttığı, ölüm kaygısının azaldığı görülmüştür. Bu nedenle KOAH'lı bireylere düzenli evde bakım hizmeti sunulmalı ayrıca aile bireyleri de evde bakım ve sağlık eğitimine tabi tutulmaları da önem arz etmektedir (Aksu ve Fadıloğlu, 2013).

Evde Bakım Kavramı ve Önemi

Bireyin bedensel veya ruhsal bir engel nedeniyle günlük hayatta öz bakımını yapamaması, beslenme gibi en temel ihtiyaçlarını karşılayamaması ve bunun için birinin yardımına devamlı ihtiyaç duyması önemli bir sosyal ve sağlık riskidir.

Bakıma muhtaç bireyin sağlığını korumak, geliştirmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla medikal, hemşirelik, sosyal veya terapiye yönelik tedavinin ve desteğin evlerinde profesyonel bir şekilde veya aile bireyleri tarafından yaşadığı ortamda sağlanmasıdır. Bilim, sanayi ve teknolojiye meydana gelen gelişmelerle birlikte yaşam koşulları iyileşmiş ve tıbbın gelişmesiyle birlikte doğumda beklenen yaşam süresini uzatmış bu da toplumda yaşlı nüfusun ve kronik hastalıkların artmasına sebep olmuştur. Ayrıca aile yapısının değişmesi, çekirdek aile yapısının artması, kadınların iş hayatında daha çok rol almaya başlaması ve insanların manevi duygularındaki değişimler aile içi bakım (infomal) sürecinde sorunlara yol açmıştır. Gelişen ve değişen dünyanın getirdiği modern toplumda oluşan bakım ihtiyacını tek başına aile bağlarıyla çözüle bilecek bir sorun değildir. Buna bağlı olarak da evde bakım akımı; bakıma muhtaç engelli, yaşlı, kronik hastalığı olan, terminal dönem hastalar vb. bireylerin bakımında ailenin dışında insan gücü ve teknolojinin kullanım ihtiyacına paralel olarak ortaya çıkmıştır. Evde bakım, kişinin kendi yaşadığı ortamda ve kendi ailesi içinde yaşam ve bakımını sürdürebilmesine olanak tanıyarak aileyi bütünlüğünü korur. Evde bakım hastaneye başvuruları azaltarak hastanedeki yoğunluğu ve hastane enfeksiyonlarını azaltır ve iyileşmeyi hızlandırır. Evde bakım kişinin sosyal yaşantısını sürdürmesine olanak sağlayarak, hastanın ve yakınlarının yaşam kalitesini artırır. Ayrıca evde bakım hastanelerde hasta döngüsünü hızlandırır, daha az yatak ve personel ile daha çok hastaya hizmet sunarak hasta memnuniyetini artırır ve sağlık harcamalarını azaltır (Çölgeçen & Aslan, 2022; Tanrıverdi, 2016).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Evde Bakım Hemşiresinin Görev ve Roller

Koruma tedaviden daha üstündür halk sağlığı bakış açısıyla; sağlığı korumak, geliştirmek, bireylerin öz bakımlarına aktif katılmalarını ve bağımsızlıklarını sağlamak evde bakım hemşiresinin görevlerindedir. En sık görülen solunum sistemi

hastalıklarından olan KOAH; hastanın yanı sıra ailesini, formal ve informal bakım veren bireyi ve hastanın sosyal çevresini de etkileyen bir hastalıktır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yapılan etkin evde bakım hizmetleri, bireylerin bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürmesini, bakımlarına aktif katılmalarını, öz bakımlarında sorumluluk almalarını, bakımın etkisinin artması, daha mutlu, üretken ve kaliteli bir yaşama sahip bireyler olmasını sağlayabilir. Solunum sistemi hastalıklarının prognozunda hemşirelik bakım ve uygulamaları hayati önem taşır. Hemşireler evde bakım hizmeti sunarken diğer sağlık disiplinleri ile verdiği ortak kararlar doğrultusunda rollerini, tanı ve tedavi girişimlerini yerine getirmektedir. KOAH gibi solunum sistemi hastalıklarının evde bakım sürecinde; hemşirenin eğitici, bakım verici, araştırmacı, danışmanlık, iletişim, karar verici, tedavi edici ve rehabilite edici rolleri bulunmaktadır (Bayır, 2021; Karasu ve Aylaz, 2021).

Sağlık Eğitimi

Hemşireler tarafından multidisipliner yaklaşımla KOAH'a özgü sağlık eğitimi ile bağımlılığın azaltılmasına katkı sağlanabilir. Bu eğitimler, evde bakım yoluyla verilerek, hastane başvuruları azaltılabilir, hastaların sağlık durumu korunup geliştirilebilir ve yaşam kalitesi artırılabilir. KOAH'da hasta ve yakınlarının eğitimi oldukça kapsamlı olup; bu eğitimin içeriği KOAH'ın patofizyoloji, etiyolojisi, semptomları, komplikasyonları, ilaç kullanımı, oksijen inhalasyonu, beslenmenin kontrolü, solunum egzersizleri, postural drenaj, sigarayı bırakma, hastalık ve komplikasyonlarıyla başa çıkma, sağlık personeli ile iletişim ve aktif yaşlanma gibi bölümlerden oluşmaktadır. Hemşire eğitici rolü ile sağlığı koruma ve geliştirmede olduğu gibi kronik hastalıkların rehabilitasyonunda da önemli rol üstlenmektedir. Hemşire sağlık eğitimi ile; bireylerin kronik hastalık durumu ile mücadele kabiliyetlerini geliştirmeye yardımcı eder, umut ve iyilik halini artırır, akciğer rehabilitasyonu ve sigarayı

bırakma polikliniğine hastayı yönlendirebilir. Ayrıca evde bakım ile hastalık ileri seviyede değil ise, egzersiz toleransını artırılabilir ve akciğer fonksiyonlarının daha ileri seviyede kayıpları önenebilmektedir (Bal Özkaptan, 2013; Özpulat & Yıldırım, 2014, Kara & Aşti, 2002).

Sigarayı Bırakma

Tüm solunum sistemi hastalıklarında olduğu gibi KOAH'ta da sigara içmeye devam etmek veya pasif içici olmak hastalığın şiddetini, komplikasyonlarını ve hastalık belirtilerini artırıp, tedaviyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sigaraya başlama ve devam etme nedenleri birçok faktörü bir arada barındırdığı için, sigarayı bırakmada başarılı olabilmek için çok yönlü stratejilerin izlenmesi gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları sigara içmenin getirdiği sağlık risklerini detaylı bir şekilde açıklamalı ve hastaya sigaranın güçlü bir tehlike olduğu mesajını net vermeli ve sigarayı bırakmak için kesin bir tarih belirlenmelidir. Sigara bırakma programlarından destek alınabilir. Nikotin replasman tedavisi, transdermal bantlar, spreyleyler, antidepresanlar ve umut verici tedaviler fayda sağlayabilir. Sigara bırakma programı sürecinde özellikle ilk haftalarda hastalar ile iletişim sık olmalı ve gerekli şekilde desteklenmelidir. Çünkü genellikle ilk haftalarda sigaraya tekrar başlama sık görülmektedir. Sigarayı bırakma programı sürecinde sağlık ekibi aynı zamanda iyi bir rol model olmalıdır, bir taraftan hastanın sigarayı bırakması için çalışırken diğer taraftan kendisi sigara içmemelidir (Karadağ, 2013; Santoro et al., 2019).

Solunum Egzersizleri

KOAH hastaları tipik olarak üst göğüs solunumu yaparlar ve diyaframdan ziyade yardımcı solunum kaslarını kullanırlar. Bu yüzden KOAH hastaları genellikle kolun baş üzerine kaldırılmasını gerektiren üst ekstremitelerde aktivitelerinde zorlanırlar. Hastaların çoğunda hava yollarındaki daralmadan kaynaklı solunum yüzeysel, hızlı ve yetersizdir. Oksijenlenmeyi artırmak, havayollarını korumak, öksürüğün etkinliğini artırmak,

sekresyonu rahat çıkarta bilmek ve solunum yetmezliğini azaltmak için solunum egzersizlerinin fayda sağladığı bilinmektedir. Bu nedenle öncelikle solunum egzersizlerinin amaçları, nedenleri ve öneminin hastaya anlatılması ve hastanın katılımının sağlanması KOAH bakımında oldukça önemli ve gereklidir. Diyafragmatik solunum egzersizi ile solunumun hızını azaltıp, alveolar ventilasyonu arttırıp ve ekspirasyon ile daha fazla karbondioksiti dışarı atmayı sağlayabiliriz. Büzük dudak solunum ekspirasyonu yavaşlatmaya yardım eder ve bronşiollerde büzüşmeyi önler. Hastanın solunum hızını kontrol etmesine ve aynı zamanda dispne ve sebep olduğu panik duygularını bastırmasına büzük dudak solunum egzersizi yardım eder (Ubolnuar et al., 2019; Marotta et al., 2020).

Solunum Yolu Enfeksiyonlarını Önleme

KOAH'lı hastalarda solunum yollarının darlığı ve inhalasyon yetmezliği nedeniyle oluşabilecek alt solunum veya üst solunum yolu enfeksiyonu hayati tehlike oluşturabilmektedir. KOAH'lı hastalar solunum yolu enfeksiyonlarına yatkın oldukları için gerekli önlemler alınmalı ayrıca influenza ve pnömokok aşılarının yaptırmanın önemi hastaya anlatılmalıdır. Bu nedenle ateş, balgamda artma ve renginde değişim, göğüste ağrı sıkışma, dispne, aktivite toleransında azalma ve yorgunluk gibi belirtilerin bir enfeksiyon belirtisi olduğu hasta ve yakınlarına anlatılmalıdır ve bu belirtilerin mutlaka erken bildirilip gerekli tedavinin alınması sağlanmalıdır. Enfeksiyon durumunda artan sekresyon öksürüğünde artmasına neden olur, artan öksürük akciğerlerde daha ileri seviyede harabiyete, semptomların artmasına, bronşlarda spazm oluşmasına neden olarak akciğer fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bayır, 2021; Fadiloğlu, 2013).

Bronşiyal Hijyenin Sağlanması

KOAH'lı hastalarda bronşların daralması ve silier hareketin azalmasından dolayı sekresyonun atılamaması ve birikmesi sık görülmektedir. Bu durum enfeksiyon riskini artırmakla

beraber aynı zamanda pulmoner ventilasyonu azaltacaktır. Bronşial hijyeni sağlamak için postural drenaj ve kontrollü öksürme tekniği kullanılmaktadır. Evde bakımda sekresyonun aktif temizlenebilmesi için postural drenaj, perküsyon, vibrasyon ve kontrollü öksürme teknikleri hemşire tarafından hasta yakınlarına öğretilmeli ve uygulamaların yapılması gerekmektedir (Matilde et al., 2018).

Evde Mekanik Ventilasyon ve Oksijen Tedavisi

KOAH hastalarında yetersiz pulmoner ventilasyon nedeniyle fizyolojik parametrelerde sapmalar görülmektedir. Semptomların kontrolü, yaşam kalitesinin artırılması, fizyolojik parametrelerin düzeltilmesi ve mortaliteyi azaltmak için evde mekanik ventilasyon kullanımı ve oksijen tedavisi artmaktadır. Evde oksijen desteği taşınabilir oksijen sistemini şeklinde olabilir ve fiziksel aktivite, çalışma ve seyahat esnasında yanında taşıyabilir. Evde oksijen tedavisi alması gereken hastaların önerildiği gibi uygulayabilmeleri için, hemşire tarafından hasta ve yakınlarına tedavinin sıklığı ve süresi, verilmesi gereken akım hızı, akım hızındaki değişikliklerin tehlikeleri ve oksijene sigara ve ateşle yaklaşımaması gerektiği iyice açıklanmalıdır. Bazı hastalar oksijen inhalasyon tedavisinin bağımlılık yapacağını düşünür ve tedaviyi istemeyebilir bunun yanlış bir bilgi olduğu hastaya anlatılmalıdır. Hasta eğitiminde pulse oksimetre kullanımı, kan gazı tetkikleri ve kanın oksijen seviyesinin düzenli olarak takip edilmesinin önemi ve gerekliliği vurgulanmalıdır.

Evde mekanik ventilasyon kullanımı öncesi hasta için uygun ventilatör, maske, mod ve ventilatör ayarları yapılmalıdır. Hasta ve yakınları ventilatör ve alarmlar konusunda eğitilmelidir. Ventilatör alarm verdiğinde hastadaki, siyanoz, yorgunluk, terleme, esneme ve hastanın genel durumu gibi bulgular değerlendirilmeli ve ayrıca ventilatörün bağlantıları, mekanik problem, güç ve oksijen kaynakları kontrol edilmelidir. Kontrollü ve doğru dozda oksijen tedavisi ile hastada egzersiz toleransında artma, kronik hipokside düzelmeler, iyilik

halinde artma, öz bakım ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlıkta artma ve tüm bunların sonucu olarak daha kaliteli bir yaşam sağlanabilir (Bayır, 2021; Caneiras et al., 2022; Fadiloğlu, 2013).

Egzersiz

KOAH hastalarında egzersizi sınırlayan en önemli faktör dispnedir. KOAH'lı hastalar tipik olarak diyaframdan ziyade yardımcı soluk kaslarını kullanarak üst göğüs solunumu yaparlar. Üst ekstremitte kaslarında zayıflama nedeniyle dispnede artma görülmektedir. KOAH hastaları genellikle üst ekstremitte aktivitelerinde zorlanırlar. Bu nedenle üst ekstremitte kaslarının kapasitesi egzersiz ile artırılması gerekir. Dispne kaynaklı oluşan aktivite kısıtlaması gelecek dönemde solunum yetersizliğinin daha fazla artmasına neden olmaktadır. Kısır döngü sonucunda hastalar toplumdan ve harekettten uzak kalırlar ve bağımlılık artar, bakım zorlaşır. KOAH hastaları için en iyi egzersiz yürüyüştür. KOAH hastalarında egzersiz eğitimi, tüm ekstremitte kaslarını güçlendirmeye yönelik olmalıdır. Hastalığın seviyesi ve hastanın genel durumu göz önüne alınarak egzersizlerin süresi, sıklığı ve yoğunluğu belirlenmelidir. Alt ekstremitte egzersizi olarak merdiven çıkma, pedal çevirme, yürüme ve bunların karışımı şeklinde olabilir. Üst ekstremitte egzersizi olarak da ağırlık kaldırma, el kol egzersizleri ve omuz egzersizleri önerilebilir.

Özellikle sabah saatlerinde KOAH hastaları egzersiz gücünde azalma yaşayabilirler. Gece boyunca akciğerlerde sekresyonlar birikir ve pulmoner ventilasyon yetersizliğine neden olur bu yüzden egzersiz gücünde azalma daha belirginleşir. Hasta öz bakım ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanabilir. Bu nedenle hastaya öz bakım aktivitelerini planlamada ve günlük yaşam aktiviteleri için uygun zaman dilimi belirlemede yardımcı olunmalı ve bu durumun önemi vurgulanmalıdır (Fiorentino et al., 2020; Paneroni et al., 2020).

Beslenme

KOAH'lı hastaların yaklaşık %30'undu oksijenlenme yetersizliği, tat ve koku duyusunun azalması ve gastrointestinal bozukluklara bağlı kas ve ağırlık kaybının görüldüğü beslenme bozuklukları bulunmaktadır. KOAH'ta kilo kaybı ve malnütrisyon; egzersiz toleransının ve günlük yaşam kalitesinin azalması nedeniyle beslenme durumunun desteklenmesi gerekmektedir. Kilo kaybını önlemek ve gidermek, solunum kaslarının dayanıklılığını artırmak ve kuvvet kaybını engellemek, bağışıklık sistemini korumak ve geliştirmek için beslenme durumunu geliştirmek gerekir.

Hastalarda beslenme anında artan dispneyi azaltmak için hastaların beslenmeden önce otuz kırk dakika dinlenmeleri sağlanmalı ve beslenmeden sonra bir saat içerisinde egzersiz ve tedaviden kaçınılmalıdır. KOAH'lı hastalarda yemek yerken hava yutma nedeniyle şişkinlik ve erken tokluk hissi vardır. Dolu mide ve karın şişkinliği diyaframa baskı yapar ve akciğerin hacmini azaltır. KOAH hastalarında çiğneme refleksi azaldığı için, sıvı ve püre haline getirilmiş gıdalardan oluşan bir beslenme biçimi daha yararlı olabilir. KOAH'lı hastalarda artan protein ve kalori ihtiyacını karşılamak için az az sık aralıklarda günde 3+3 öğün şeklinde kalori ve proteinden zengin, yağ ve tuzdan fakir bir diyet önerilmeli ve beslenmesi sağlanmalıdır. Şekerli besinler vücutta karbondioksit birikimine yol açtığı için yüksek karbonhidrat içeren yiyecek ve içeceklerden uzak durulması gerekir. Böbrek ve kalp yetmezliği gibi neden yoksa balgamın daha rahat atımı ve yeterli kardiyak dolaşım için günlük en az iki, üç litre sıvı alınması sağlanmalıdır (Collins et al., 2019; Keogh & Williams, 2021).

KAYNAKÇA

- Abul, Y., & Özlü, T. (2013). Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1(1), 7-12.
- Aksu T, ve Fadiloğlu Ç. (2013). Solunum Sistemi Hastalığı Olan Bireylerin Evde Bakım Gereksinimi ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 29 (2):1-12.
- Bal Özkaptan B. (2013). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Öz-Bakım Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Öz-Etkililik Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bayır, B. (2021). Solunum Sistemi Hastalıklarının Evde Bakımına Koruyucu Hemşirelik Girişimleri. Sarıtaş S., Bülbüloğlu S. ve Kapıkıran G. (Editörler). Kardiyovasküler ve Solunum Sistemi Hastalıkları, Cerrahi ve Bakım içinde (ss.1-11). Akademisyen Yayınevi: Ankara.
- Caneiras, C., Jacome, C., Moreira, E., Oliveira, D., Dias, C. C., Mendonça, L., ... & Winck, J. C. (2022). Evde solunum terapileri ile hasta ve bakıcı deneyimlerinin nitel bir çalışması: Uzun süreli oksijen tedavisi ve evde mekanik ventilasyon. *pulmonoloji*, 28(4), 268-275’te açıklanmaktadır.
- Collins, P. F., Yang, I. A., Chang, Y. C., & Vaughan, A. (2019). Nutritional support in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence update. *Journal of thoracic disease*, 11(Suppl 17), S2230.
- Çölgeçen, Y., & Aslan, M. G. (2022). Palyatif ve Hospis Bakımın Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (20), 134-155.
- Fadiloğlu, Ç. (2013). Solunum Sistemi Hastalıklarında Evde Bakı., Ç. Fadiloğlu, G. Ertem ve F. Ş. Aykar. (Editörler). Evde Sağlık ve Bakım. Birinci Baskı. Amasya. Göktuğ Yayınları s. 75-90.
- Fiorentino, G., Esquinas, A. M., & Annunziata, A. (2020). Exercise and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Physical Exercise for Human Health*, 355-368.
- Kara, M., Aşti, T. (2002). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Evde Bakımı. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 34,75-81.
- Karadağ, M. (2013). KOAH tedavisinde sigaranın bırakılması. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1(1), 98-104.
- Karasu, F. ve Aylaz R. (2021). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(2), 209-214.
- Keogh, E., & Williams, E. M. (2021). Managing malnutrition in COPD: a review. *Respiratory medicine*, 176, 106248.
- Kocabaş, A. (2010). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 105-113.
- Kocabaş, A., Atış, S., Çöplü, L., Erdiñç, E., Ergan, B., Gürgün, A., ... & Yıldırım, N. (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma,

- tani ve tedavi raporu 2014. Official journal of the Turkish Thoracic Society, 15(2), 1-72.
- Köksal, N., Durgun, H. (2022). KOAH tanısı ile izlenen bireyin Watson İnsan Bakım Kuramı'na göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 4(1), 82-93. doi: 10.46413/boneyusbad.1012363
- Marotta, N., Demeco, A., Moggio, L., Marinaro, C., Pino, I., Barletta, M., ... & Ammendolia, A. (2020). Comparative effectiveness of breathing exercises in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 41, 101260.
- Matilde, I. N. E., Eid, R. A. C., Nunes, A. F., Ambrozini, A. R. P., Moura, R. H., Carnieli-Cazati, D., & Timenetsky, K. T. (2018). Bronchial hygiene techniques in patients on mechanical ventilation: what are used and why? *Einstein (São Paulo)*, 16, eAO3856.
- Mirici, A. (2020). Obstrüktif Akciğer Hastalıkları (Havayolu Hastalıkları) KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı). İçinde Editörün A. Mirici (Editör), *Göğüs Hastalıkları* (s. 3-9). İstanbul: TÜSAD Yayınları İstanbul Tıp Kitabevi
- Özkan, S. (2010). Ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 272-282.
- Özpolat, F., & Yıldırım, A. (2014). Kronik solunum sistemi hastalığı olan hastaların hastalıkları ile baş etme yöntemleri ve sağlık eğitimi gereksinimleri. *Merhaba*, 122.
- Paneroni, M., Vitacca, M., Venturelli, M., Simonelli, C., Bertacchini, L., Scalvini, S., ... & Ambrosino, N. (2020). The impact of exercise training on fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Pulmonology*, 26(5), 304-313.
- Santoro, A., Tomino, C., Prinzi, G., Lamonaca, P., Cardaci, V., Fini, M., & Russo, P. (2019). Tobacco smoking: risk to develop addiction, chronic obstructive pulmonary disease, and lung cancer. *Recent patents on anti-cancer drug discovery*, 14(1), 39-52.
- Tanrıverdi, Ş., (2016). Sosyal Ruhsal ve Medikal Yönleriyle Evde Bakım 1. Baskı, Ankara, Türkiye: Kongre Kitabevi
- Ubolnuar, N., Tantisuwat, A., Thaveeratitham, P., Lertmaharit, S., Kruapanich, C., & Mathiyakom, W. (2019). Effects of breathing exercises in patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *Annals of rehabilitation medicine*, 43(4), 509-523.

SAĞLIK YÖNETİMİ ÖĞRENCİLERİNİN ZENOFOBİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayten TURAN KURTARAN¹, Ahmet Yasin YEŞİLDAĞ²,
Ahmet KURTARAN³, Zeycan LİMAN⁴

Özet

İnsanlar kaliteli yaşam sürdürebilmek için sağlık hizmetine ihtiyaç duymaktadır. Sağlık ihtiyacı karşılanırken insanın etnik kökenine, cinsiyetine, yaşına vb. bakılmaksızın ihtiyacı karşılanmalıdır. Ülkemiz coğrafi konumu itibariyle göç alan bir ülkedir. Bununla birlikte sağlık turizm açısından da bir çekim merkezi haline gelmektedir. Göçmen, turist ve sığınmacıların olduğu bölgelerde zenofobi düzeyi artmaktadır. Yabancı korkusu olarak nitelenen zenofobi kavramı bireylerin kendi milletinden olmayan kişilere yönelik olumsuz algılarını ifade etmektedir. Bu çalışmada sağlık turizmi alanında çalışacak potansiyel kişilerin yetişmesinde önemli bir rol üstlenen Sağlık Yönetimi Bölümü'nde okuyan öğrencilerin zenofobi düzeyini araştırmak amaçlanmaktadır. Çalışmanın örneklemini Sağlık Yönetimi Bölümü'nde okuyan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 67 kadın ve 16 erkek öğrenci oluşturmaktadır. Araştırma verisi Kees Van Der Veer vd. (2011) tarafından geliştirilen ve Özmeye vd.'nin (2018) Türkçe'ye uyarladığı 11

1 Prof. Dr. / Karadeniz Teknik Üniversitesi / 0000-0001-6116-6467 / ayaturan@ktu.edu.tr

2 Araş. Gör. / Karadeniz Teknik Üniversitesi / 0000-0003-3116-4051/ ayesildag@ktu.edu.tr

3 Prof. Dr. / Karadeniz Teknik Üniversitesi / 0000-0003-1780-2491 / kurtaran@ktu.edu.tr

4 Lisans Öğrencisi / Karadeniz Teknik Üniversitesi / 0009-0004-8106-0909 / zeycanliman12@gmail.com

ifadeli Zenofobi Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırma sonucunda, Sağlık Yönetimi öğrencilerinin zenofobi düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Sınıfında yabancı öğrenci bulunmayanların, ev, apart ve özel yurttaki kalanların ve etnik kökeni önemseyenlerin zenofobi düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Zenofobi, Tıbbi Zenofobi, Sağlık Turizmi

EVALUATION OF XENOPHOBIA LEVELS OF HEALTH MANAGEMENT STUDENTS

ABSTRACT

People need health services to live a quality life. While meeting health needs, a person's ethnicity, gender, age, etc. needs must be met regardless. Our country is a country that receives immigrants due to its geographical location. In addition, it is also becoming a center of attraction in terms of health tourism. The level of xenophobia increases in regions where immigrants, tourists and refugees live. The concept of xenophobia, defined as the fear of foreigners, refers to individuals' negative perceptions of people who are not of their own nationality. This study aims to investigate the xenophobia level of students studying in the Department of Health Management, which plays an important role in training potential people to work in the field of health tourism. The sample of the study consists of 67 female and 16 male students studying at the Department of Health Management and participating in the research voluntarily. Research data was collected with the 11-item Zenophobia Scale developed by Kees Van Der Veer et al. (2011) and adapted into Turkish by Özmete et al. (2018). As a result of the research, it was determined that the xenophobia level of Health Management students was above average. It has been determined that the level of xenophobia is higher in those who do not have foreign students in their classes, those who live in houses, apartments or private dormitories, and those who care about ethnic origin.

Key Words: Xenophobia, Medical Xenophobia, Health Tourism

GİRİŞ

Zenofobi, “İngilizcesi “xenophobia” olup, Yunanca yabancı anlamına gelen “xenos” ve korku anlamına gelen “phobos” kelimelerinin birleşiminden oluşup, kısaca “yabancı korkusu” anlamına gelmektedir”. Zenofobi kelimesi, İngilizce’ye 19. yüzyılın sonunda girmiş ve ilk kullanımına 1880’lerde rastlanılmıştır. 2016 yılında ise dictionary.com tarafından yılın en çok merak edilen kelimesi ilan edilmiştir.

Zenofobi, Zygmunt Bauman tarafından “genel olarak yabancı olan her şeye düşmanlık” olarak tanımlanmaktadır. Voster’e göre, “Bir kişinin grup dışı olarak gördüğü kişilere veya gruplara karşı korku (veya nefret) eğilimini tanımlayan belirsiz psikolojik bir kavramdır”. Oksana Yakushko göre ise “zenofobi göçmenlere ve yabancı olarak görülenlere karşı tutumsal, duygusal ve davranışsal önyargının bir formudur” şeklinde bir tanım yapmaktadır. Vorster’a göre, yabancı düşmanlığının oluşma nedeninin göçmenlere karşı duyulan korku ve zaman zaman nefret hali olduğunu belirtmektedir (Kökel vd., 2017). Zeisset’e göre yabancı düşmanlığı, açıklaması ya da sebebi ne olursa olsun dünya çapında büyüyen bir sorundur. Ayrıca yabancı düşmanlığı, nerede ve nasıl ortaya çıkarsa çıksın, hem yerel halk hem de mülteciler gibi hem grup içi üyeler hem de grup dışı üyeler için ciddi zarar verici/yıkıcı bir güç ve faktördür (Padır vd., 2023). UNESCO zenofobiyi “belirli bir popülasyondaki yerlilere karşı düşmanlığın tavır yönelimi” olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ise zenofobi “insanları toplumda veya ulusal kimliğe yabancı oldukları algısına dayanarak reddeden, dışlayan ve sık sık suçlayan tutumlar, önyargılar ve olumsuz davranışlar” şeklinde tanımlanmaktadır.

“Zenofobik düşünceler toplumda “öteki” ya da “yabancı” olarak görülen gruplara karşı hoşnutsuzluk ve nefret duygusundan beslenmektedir. Zenofobik düşüncelerin çıktıkları

öteki olarak adlandırılan grubun eğitim ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının istenmemesi, grup üyelerinin iş yerlerinde çalıştırılmak istenmemesi, ev kiralamalarında engeller çıkarılması gibi davranışlar olabilmektedir. Zenofobinin hedefi olan kişilerle ilişkin korku çoğu zaman gerçeği yansıtmadığı gibi, çoğunlukla yanlış olan inançlara dayanmaktadır. Ayrıca zenofobi, kişinin kendi ait olduğu kültürünü, etnik kökenini ya da dinini üstün görmek ile de bağlantılıdır. Öteki olarak nitelendirilen gruba karşı ayrımcılık, nefret veya şiddet gibi davranışlar zenofobinin göstergeleri olarak ele alınabilir” (Yekeler ve Şahin, 2021).

Yabancı düşmanlığı, bireylerin gıda, barınma ve sağlık hizmetlerine erişim gibi temel haklarını etkilemektedir (Durat ve Tarsuslu, 2022). Günümüzde yabancı düşmanlığı, belirlenen gruba karşı önyargıdan dolayı oluşan korku veya kaygıya dayanan düşüncelerdir. Yabancı düşmanlığının ortaya çıkmasında tarihsel, dinsel ve kültürel değerler ile siyasi ideolojiler etkili olmaktadır (Öztürk ve Cankara, 2022).

Tarih boyunca çeşitli nedenlerle göçler yaşanmıştır. Göç, kimi zaman isteğe bağlı gerçekleşirken kimi zaman da zorunlu olarak gerçekleşmektedir. “Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği” (2021)’ne göre 2020 yılında dünyada toplam 82.4 milyon kişi çeşitli nedenlerle zorla yerinden edilmiştir. Sebep ne olursa olsun, göçmen bireyler karmaşık sorunlar ile karşı karşıya kalmakta ve çeşitli ekonomik, sosyal ve siyasal sorunlar yaşayabilmektedir. Bu nedenle, 21.yy’da artan uluslararası göçler, farklı inanç, etniğe ve kültüre sahip bireyleri aynı amaçla buluşturmuştur (Kaldık, 2021). Mülteci, göçmen, sığınmacı ya da farklı kültürel ve dinsel özelliklere sahip bireylere karşı giderek artan yabancı düşmanlığı sadece Avrupa kıtasında değil tüm dünyada etkisini göstermektedir (Karataş vd., 2020).

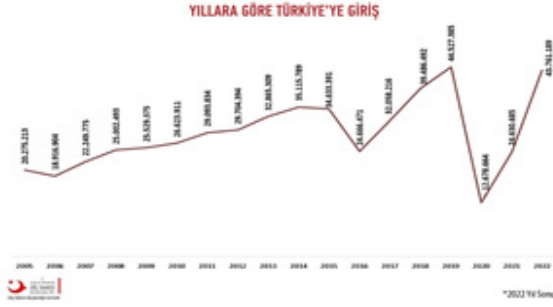
Türkiye, geçmişte Türk asıllı olan kişilerin göç ettiği veya batı ülkelerine gidiş rotasında bir geçiş durağı olan ülke konumundayken, günümüzde çok ciddi oranda yabancı

göçmen alan bir ülke pozisyonuna gelmiştir. Dolayısıyla sınır kontrolü ve göçün engellenmesine yönelik yeni politikalar geliştirilmelidir. Çünkü artan uluslararası göç beraberinde farklı toplumsal sorunları yol açmaktadır. Bu sorunların başında ise yabancı düşmanlığı gelmektedir. Türkiye’de sayıları oldukça artan ve kalıcı oldukları düşünülen mültecilere karşı zenofobi gelişmektedir. Türkiye şimdiki kadar mültecilere iki buçuk milyar dolarlık harcama yapmıştır. Bu durum, Suriyelilerin, devletin sadece kendi halkına sağlaması gereken hizmetlerden yararlanan bir kitle olarak algılanmasına ve yabancı düşmanlığının tetiklenmesine neden olmaktadır (Özdemir, 2015).

Yapılan bir araştırmada, Afrikalı göçmenlerin bir kısmı Türkiye’de yeni bir yaşam inşa etmenin zor olduğunu, ayrımcı davranışların ve ırkçılığın bu durumu engellediğini vurgulamışlardır (Şimşek, 2019). Güney Afrika’daki göçmenlerin sağlık sistemi ile ilgili deneyimleri araştırılmıştır. Araştırma sonucunda, mültecilerin sağlık çalışanlarının olumsuz tutum ve davranışlarına maruz kaldığı ve bu durumun onları olumsuz etkilediği ele alınmış, tıbbi zenofobinin genellikle bir mülteci ile sağlık çalışanı arasındaki neredeyse her karşılaşmada yaşandığını belirtmişlerdir (Başaran, 2022).

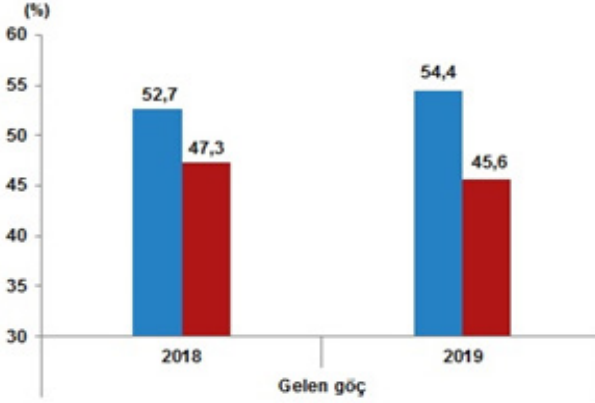
Türkiye, coğrafi konumu itibarıyla hem transit hem de kalıcı göç hareketlerinde önemli ülkelerinden biridir (Tümtaş, 2022).

Türkiye’ye 2001 yılında 12 milyondan fazla yabancı gelmiştir. 2010 yılında bu sayı 32.8 milyonu aşmıştır. Mültecilerin çoğu kendilerini göçe iten en önemli sebebin ekonomik nedenler olduğunu belirtmişlerdir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023).



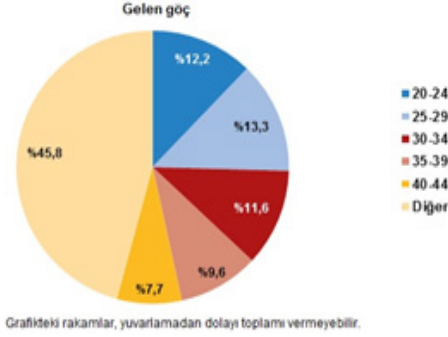
Şekil 1: Yıllara Göre Türkiye'ye Giriş

Türkiye'ye göç edenlerin sayısı 2018 yılına göre %17,2 artarak 2019 yılında 677 bin 42 kişi olmuştur. Mültecilerin %54,4 ünü erkekler, %45,6'sını ise kadınlar oluştururken, 578 bin 488'ini yabancı uyruklu nüfus oluşturdu (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023).



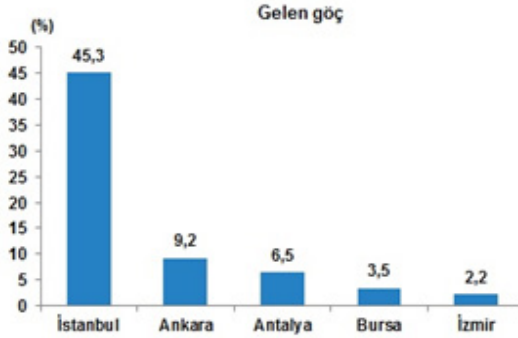
Şekil 2: 2018-2019 Yılı Türkiye'ye Gelen Göç

Yaş grubuna göre göç oranı incelendiğinde, Türkiye'ye 2019 yılında en fazla göç edenlerin %13,3 ile yaşı 25–29 arasında olanlar olduğu belirlenmiştir. Bu yaş grubunu %12,2 ile 20–24 ve %11,6 ile 30–34 yaş grubu takip etmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu,



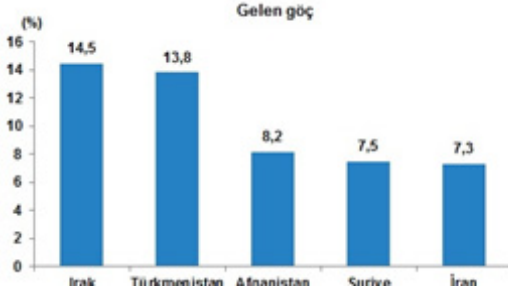
Şekil 3: 2019 Yılında Türkiye'ye Gelenlerin Yaş Dağılımı (2023).

Türkiye'de 2019 yılında %45,3 oranı ile en fazla göç alan ilin İstanbul olduğu tespit edilmiştir. İstanbul'u takip eden Ankara (%9,2), Antalya (%6,5), Bursa (%3,5) ve İzmir (%2,2)'dir. (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023).



Şekil 4: 2019 Yılında Türkiye'ye Göç Edenlerin İllere Göre Dağılımı

Türkiye'ye yabancı uyruklu nüfus içinde 2019 yılında göç edenlerden %14,5 ile ilk sırayı Irak vatandaşları aldı. Irak'ı Türkmenistan (%13,8), Afganistan (%8,29), Suriye (%7,5) ve İran vatandaşları (%7,3) izledi (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023).



Şekil 5: Türkiye'ye Gelen Yabancı Uyrukluların Vatandaşlıkları

Sığınmacıların ve mültecilerin tüm sağlık harcamaları Türkiye Cumhuriyeti devletince karşılanmaktadır (Aygün vd., 2016). Aşağıda belirtilen yasal dayanaklar çerçevesinde sığınmacılara ve mültecilere sağlık hizmeti sunulmaktadır (Akkoç ve Hasıripi, 2017).

- AFAD Yönetmeliği (Nisan 2011)
- AFAD Genelgesi 2013/8
- Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu
- Geçici Koruma Yönetmeliği
- Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar
- AFAD – Sağlık Bakanlığı Protokolü
- Göçmen Sağlığı Merkezleri/Birimlerine Dair Yönerge
- Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Genelge: 2015/8

Türkiye coğrafi konumu, kültürel mirası, tarihi ve doğal güzellikleri ile değil, düşük fiyat avantajı, gelişmiş alt yapıya sahip sağlık kuruluşları, nitelikli ve eğitilmiş insan gücü ile sağlık turizminde lider ülke olma potansiyeline sahiptir. Türkiye, sağlık göstergelerinin çoğunluğunda OECD ülkeleri ortalamasının altında kalsa da son yıllarda sağlık turizminde önemli bir cazibe merkezi olmaya başlamıştır (Bulut ve Şengül, 2019).

Sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında 2019 yılında ülkemizde 701.046 hasta sağlık hizmeti almıştır. Sağlık ve tıbbi

nedenlerle gelen ziyaretçilerden elde edilen turizm geliri 2019 yılında 1.492.438 bin ABD Doları tutarında gerçekleşmiştir (Uluslar Arası Sağlık Hizmeti Anonim Şirketi, 2023).



Şekil 6: 2015-2022 Yıllarında Türkiye'ye Gelen Sağlık Turisti Sayıları

Türkiye'nin sağlık turizminde istediği payı alabilmesi için sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesini geliştirmesi ve akredite olmaları, fiziksel ve tıbbi donanım açısından yeterli hale gelmeleri ve daha ucuz tedavi sunmaları gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı, sağlık turizminin geliştirilmesi konusunda son yıllarda önemli adımlar atmış, birimler oluşturmuş ve uluslararası kongrelerin organize edilmesinde öncülük etmiştir. 2017 yılında "Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik" yayınlamıştır. Ayrıca Turizm Fakültelerinde ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği/ Sağlık Yönetimi bölümlerinde "sağlık turizmi" dersinin ders müfredatlarına konulmaya başlandığı görülmektedir (Tengilimoğlu, 2013).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın evrenini Türkiye'nin farklı illerinde Sağlık Yönetimi Bölümü'nde eğitim gören 18 ve daha büyük yaşta öğrenciler oluşturmaktadır. Bu evrenden araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 20 üniversiteden 67 kadın ve 16 erkek araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmada kullanılan anket formu 2 bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın verileri 14.04.2023- 15.05.2023 tarihleri arasından Google Formlar aracılığıyla online olarak toplanmıştır. Araştırmaya katılmadan önce kişinin ankete gönüllü olarak katıldığına

dair onayının alındığı bir buton aracılığıyla onam alınmıştır. İlk bölümde, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, sınıfı, hangi bölgede olduğu, hane aylık gelir algısı, konakladığı yer, sınıfında yabancı öğrenci olma durumu, yabancıların etnik kökenlerinin onlar hakkındaki düşünceleri etkileme durumu ve sosyal medyanın yabancılara bakışı etkileyip etkilemediğini düşünme durumları gibi tanımlayıcı bilgiler yer almaktadır. Son bölümde ise Özmete vd.'nin (2018) Türkçe'ye uyarladığı Kees Van Der Veer vd. (2011) tarafından geliştirilen 14 ifadeli Zenofobi Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe halinde 3 ifade Özmete vd. (2018) tarafından çıkartılmış ve ölçek 11 ifadeli olarak kullanılmıştır. Ölçekte yer alan 8. soru ters kodlanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, lisanslı SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 24.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde öncelikle tanımlayıcı istatistiksel metotlara (ortalama, standart sapma) başvurulmuştur. Veriler normal dağılıma uygun olduğundan parametrik testlerden (Student's t ve ANOVA testi) yararlanılmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların tanımlayıcı bilgileri, zenofobi düzeyleri ve zenofobi düzeylerinin gruplar arasındaki farklılıkları ele alınmıştır. Tablo 1'de araştırmaya katılan Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin tanımlayıcı değişkenlere göre dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya 21 yaş ve altından 44 kişi, 22 yaş ve üzeri 39 kişi olmak üzere toplam 83 kişi katılım sağlamıştır. Araştırma örnekleminin %80,7'si kadınlardan, %19,3'ü erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların %24,1'i 1. sınıfta, %13,3'ü 2. sınıfta, %27,7'si 3. sınıfta ve %34,9'u 4. sınıfta öğrenim görmektedir. Katılımcıların %51,8'i Karadeniz Bölgesi'nden, %13,3'ü İç Anadolu Bölgesi'nden, %12'si Marmara Bölgesi'nden, %9,6'sı Ege Bölgesi'nden, %6'sı Akdeniz Bölgesi'nden, %3,6'sı Doğu Anadolu Bölgesi'nden, %3,6'sı Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nden katılım sağlamıştır. En fazla katılım Karadeniz Bölgesi'nden, en az katılım

ise Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nden gerçekleşmiştir. Katılımcıların genelinin gelir algısının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Yüz yüze eğitim sürecinde katılımcıların %45,8'i devlet yurdunda, %43,4'ü aile yanında, %10,8'i ev/apart ve özel yurttaki konaklamışlardır. Katılımcıların %50,6'sının sınıfında yabancı uyruklu öğrenci yokken, %49,4'ünün sınıfında yabancı uyruklu öğrenci bulunmaktadır. Katılımcıların %69,9'u etnik kökenin yabancılara karşı düşüncelerini etkilemediğini, %30,1'i etkilediğini belirtmiştir. Katılımcıların %68,7'si sosyal medyanın yabancılara karşı bakış açılarını etkilediğini belirtirken, %31,3'ü etkilemediğini belirtmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Tanımlayıcı Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler		n(70)	%
Yaş*	21 ve altı	44	53,01
	22 ve üzeri	39	46,99
Cinsiyet	Kadın	67	80,72
	Erkek	16	19,3
Sınıf Düzeyi	1.	20	24,10
	2.	11	13,25
	3.	23	27,71
	4.	29	34,94
Bölge	Akdeniz	5	6,03
	Doğu Anadolu	3	3,61
	Ege	8	9,64
	Güney Doğu Anadolu	3	3,61
	İç Anadolu	11	13,25
	Karadeniz	43	51,81
	Marmara	10	12,05
Hane Aylık Gelir Algısı	Kötü	6	7,23
	Orta	65	73,31
	İyi	12	14,46
Konaklama Yeri	Aile Yanı	36	43,4
	Devlet Yurdu	38	45,8
	Ev-Apart-Özel Yurt	9	10,8

Sınıfta Yabancı Uyruklu Öğrencinin Olması Düşünceyi Etkiler mi?	Evet	41	49,40
	Hayır	42	50,60
Etnik Köken Düşünceyi Etkiler mi?	Evet	25	30,12
	Hayır	58	69,88
Sosyal Medya Düşünceyi Etkiler mi?	Evet	57	68,67
	Hayır	26	31,33

Tablo 2’de Zenofobi ölçeğindeki 11 ifadeye ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri sunulmuştur. Katılımcıların çoğunluğu, sınırların göçmenlerin ülkeye girişini önlemek için daha güvenli hale getirilmesi gerektiğini, göçmenlerin kriz zamanında ülkemizi destekleyeceğine inanmadıklarını, ülkemizde göç/göçmenliğin kontrolden çıktığını belirtmiştir. Katılımcıların azınlığı ise göçmenlerin ülkemize öncelikle ilgi göstereceklerinden şüphe etmediklerini, göçmenlerin olağan dışı hastalıklar yayabileceklerinden endişe etmediklerini, göçmenlerle etkileşim kurmanın kendilerini tedirgin etmediğini belirtmiştir.

Tablo 2: Zenofobi Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Zenofobi Ölçeği İfadeleri	Ortalama	Standart Sapma
“Sınırlar, göçmenlerin bu ülkeye girmesini önlemek için daha güvenli hâle getirilmelidir.”	4,43	0,90
Göçmenlerin kriz zamanlarında ülkemi destekleyeceğine inanırım.*	4,37	1,00
Bu ülkedeki göç/göçmenlik kontrolden çıkmaktadır.	4,31	0,94
Göçmenler burada yaşayan insanların işlerini almaktadırlar.	4,16	1,05
Göçmenler suçlarda artışa neden olmaktadır	4,12	1,05
Göç arttıkça kendi kültürümüzün kaybolacağından korkarım.	4,12	1,23

“Savaş ya da siyasi gerginlik durumunda göçmenlerin kök ülkelerine sadık kalacaklarından korkarım.”	4,08	1,06
Gittikçe artan göçlerle, hayatımın kötüleşeceğinden korkarım.	3,90	1,23
“Göçmenlerin bu ülkeye öncelikle ilgi göstereceklerinden şüphe ederim.”	3,69	1,25
Göçmenlerin olağandışı hastalıklar yayabileceğinden endişe ederim.	3,60	1,26
Göçmenlerle etkileşim kurmak beni tedirgin eder	2,82	1,37

.* Bu ifade ters kodlanmıştır.

Analiz sonucunda katılımcıların Zenofobi düzeyi ortalamasının üzerinde ve ölçeğin güvenirlik katsayısı yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0,876 olarak hesaplanmıştır. Basıklık çarpıklık değerlerine göre normal dağılım varsayımı sağlandığından çalışma verilerinin analizinde parametrik testlerden yararlanılmıştır.

Tablo 3: Zenofobi Ölçeği Tutarlılık Katsayıları

Zenofobi Ölçeği	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach's Alpha
	1,36	5,00	3,96	0,78	-0,92	0,41	0,876

Tablo 4'te öğrencilerin yaşlarına göre zenofobi düzeyleri arasındaki farklılıklar gösterilmektedir. Katılımcıların yaşlarına göre zenofobi düzeylerinin farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4: Yaş Değişkeninin Zenofobi Düzeyine Etkisi

Yaş	Sayı	Ort.	Standart Sapma
21 ve Altı	44	3,98	0,73
22 ve Üzeri	39	3,94	0,83
T Testi (p)		0,821	

Tablo 5'te öğrencilerin cinsiyetlerine göre zenofobi düzeyleri arasındaki farklılıklar gösterilmektedir. Katılımcıların cinsiyetine göre zenofobi düzeylerinin farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 5: Cinsiyet Değişkeninin Zenofobi Düzeyine Etkisi

Cinsiyet	Sayı	Ort.	Standart Sapma
Kadın	67	3,98	0,76
Erkek	16	3,88	0,87
T Testi (p)	0,665		

Tablo 6'da öğrencilerin öğrenim gördüğü sınıflara göre zenofobi düzeyleri arasındaki farklılıklar gösterilmektedir. Buna göre sınıf değişkeni yönüyle zenofobi düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6: Sınıf Değişkeninin Zenofobi Düzeyine Etkisi

Sınıf Düzeyi	Sayı	Ort.	Standart Sapma
1. Sınıf	20	3,63	0,77
2.Sınıf	11	4,20	0,46
3. Sınıf	23	3,92	0,88
4. Sınıf	29	4,12	0,74
ANOVA (p)	0,114		

Tablo 7'de öğrencilerin okudukları bölgeye göre zenofobi düzeyleri arasındaki farklılıklar gösterilmektedir. Buna göre bölge değişkeni yönüyle zenofobi düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7: Bölge Değişkeninin Zenofobi Düzeyine Etkisi

Bölgeler	Sayı	Ort.	Standart Sapma
Akdeniz	5	3,69	0,86
Doğu Anadolu	3	3,61	0,76
Ege	8	3,89	0,73
Güney Doğu Anadolu	3	4,36	0,45
İç Anadolu	11	4,26	0,78
Karadeniz	44	3,92	0,78
Marmara	9	4,04	0,94
ANOVA (p)	0,693		

Tablo 8’de öğrencilerin gelir algısına göre zenofobi düzeyleri arasındaki farklılıklar gösterilmektedir. Buna göre gelir düzeyi değişkeni yönüyle zenofobi düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8: Hane Gelir Algısı Değişkeninin Zenofobi Düzeyine Etkisi

Gelir Algısı	Sayı	Ort.	Standart Sapma
Kötü	6	4,51	0,55
Orta	65	3,86	0,81
İyi	12	4,2	0,53
ANOVA (p)	0,078		

Tablo 9’da öğrencilerin konakladığı yere göre zenofobi düzeyleri arasındaki farklılıklar gösterilmektedir. Buna göre konaklanılan yer değişkeni yönüyle zenofobi düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır. Aile yanında kalanların Ev-Apart/Özel yurttaki kalanlara göre zenofobi düzeyleri daha düşüktür ($p<0,05$).

Tablo 9: Konaklanılan Yer Değişkeninin Zenofobi Düzeyine Etkisi

Konaklama Yeri	Sayı	Ort.	Standart Sapma
Aile Yanı	36	3,72	0,87
Devlet Yurdu	38	4,07	0,67
Ev-Apart/Özel Yurt	9	4,44	0,48
ANOVA (p)	0,023		

Tablo 10’da sınıfta yabancı uyruklu öğrenci olması durumuna göre zenofobi düzeyleri arasındaki farklılıklar gösterilmektedir. Buna göre sınıfta yabancı uyruklu öğrenci olması değişkeni yönüyle zenofobi düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır. Sınıfta yabancı uyruklu öğrenci bulunmayanların sınıfta yabancı uyruklu öğrenci bulunanlara göre zenofobi düzeyi yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 10: Sınıfta Yabancı Uyruklu Öğrenci Olması Durumu Değişkeninin Zenofobi Düzeyine Etkisi

	Sayı	Ort.	Standart Sapma
Evet	41	3,78	0,85
Hayır	42	4,14	0,66
T Testi (p)	0,035		

Tablo 11’de öğrencilerin etnik kökenin yabancılar hakkındaki düşüncelere etkisine göre zenofobi düzeyleri arasındaki farklılıklar gösterilmektedir. Buna göre etnik köken değişkeni yönüyle zenofobi düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır. Etnik kökenin zenofobi düzeyine etkisi olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 11: Etnik Kökenin Yabancılara Karşı Bakış Açısını Etkileme Durumuna Göre Zenofobi Düzeyine Etkisi

	Sayı	Ort.	Standart Sapma
Evet	25	4,29	0,5
Hayır	58	3,82	0,83
T Testi (p)	0,01		

Tablo 12’de öğrencilerin sosyal medyanın yabancılara bakış açısına etkisine göre zenofobi düzeyleri arasındaki farklılıklar gösterilmektedir. Buna göre sosyal medya değişkeni yönüyle zenofobi düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12: Sosyal Medyanın Yabancılara Karşı Bakış Açısını Etkileme Durumuna Göre Zenofobi Düzeyine Etkisi

	Sayı	Ort.	Standart Sapma
Evet	57	3,96	0,74
Hayır	26	3,95	0,86
T Testi (p)	0,95		

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada yer alan bilgilere göre cinsiyet, sınıf, hane gelir düzeyi algısı, yaşanan bölge ve sosyal medya değişkeninin öğrencilerin zenofobi düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin konakladığı yerin zenofobi düzeyine anlamlı bir etkisi olduğu gözlemlenmiş olup aile yanında kalanların zenofobi düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir. Sınıfta yabancı uyruklu öğrenci bulunması durumunun da zenofobi düzeyine anlamlı bir etkisinin olduğu gözlemlenmiş olup sınıfta yabancı uyruklu öğrenci bulunanların zenofobi düzeyinin bulunmayanlara göre düşük olduğu görülmüştür. Yabancıların etnik kökeninin zenofobi düzeyini etkilediği ve onlara karşı bir korku ve ön yargı beslenmesine sebep olduğu tespit edilmiştir. Ev–apart/özel

yurtta kalanların zenofobi düzeyinin aile yanında kalanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebi ev-apart/özel yurtta kalanların kendilerini güvensiz bir ortamda hissetmesi ve yabancılarla aynı ortamda kalma zorunluluğu bir ön yargı oluşmasına sebep olabilmektedir. Sınıfta yabancı uyruklu öğrenci olması yabancı uyruğa sahip bireyle daha sık iletişim kurma imkanı sağladığı için, sınıfta yabancı uyruklu öğrenci olanların sınıfta yabancı uyruklu öğrenci olmayanlara göre zenofobi düzeylerinin daha düşük olmasına sebep olabilmektedir.

Karataş vd. (2020) yürütmüş oldukları çalışmada, zenofobi düzeyi ile katılımcıların yaşı, öğrenim gördükleri sınıfı, algılanan ekonomik durumu ile yabancı düşmanlığı tutumu arasında bu çalışmada da olduğu gibi anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Aynı çalışmada benzer şekilde, sınıfta yabancı uyruklu öğrenci bulunması durumu ile zenofobi düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır. Güngör vd. (2023) tarafından yürütülmüş olan sağlık alanındaki öğrencilerin kültürel zekâ ve zenofobi düzeylerini tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmada sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin, zenofobi düzeyleri orta düzeyde bulunmuş olup, öğrencilerin zenofobi düzeyi öğrencilerin eğitim gördükleri program, kültürel yaklaşımı, eğitim alma, yurt dışında çalışma isteği ve sosyal medyadan farklı insanlarla iletişim kurma durumlarından etkilendiği raporlanmıştır. Güngör vd.'nin sonuçlarının aksine bu çalışmada, sosyal medya değişkeni yönünden anlamlı bir farklılık saptanılmamıştır. Kaldık (2021) ise, bireylerin cinsiyetlerine ve medeni durumlarına göre zenofobi düzeyinin değiştiği gözlemlemiştir. Bu bulgu, araştırmanın sonuçları ile uyuşmamaktadır.

Bu çalışma farklı üniversitelerde sağlık hizmetinin sunumundan sağlık hizmetinin planlanmasından, sağlık hizmeti sunan kişilerin yönetilmesinden sorumlu olacak olan sağlık yönetimi okuyan öğrencilerin zenofobi düzeyini ölçmek

amacıyla yapılmış olup, çalışma sonucunda zenofobi düzeyinin (3,96) ortalamanın üstünde olduğu tespit edilmiştir.

Yabancı düşmanlığı olarak adlandırılan zenofobi, yabancılara karşı bir ön yargı olarak ifade edilebilir. Bunun önlenmesi için yabancılarla etkili iletişim kurulması gerekmektedir. Her birey etnik kökenine bakılmaksızın her türlü hakkını yaşamalı, hayatını idame ettirmek için gerekli olan sağlık hizmetine ulaşımı kısıtlanmamalıdır.

Yabancılarla iletişim kurularak onları daha iyi tanıyıp, anlayarak zenofobi düzeyinde anlamlı bir düşüş sağlanabilir. Anthony Robbins'ın da dediği gibi "İletişim güçtür, iletişimi etkili kullananlar, kendilerinin dünya deneyimlerini ve dünyanın onlar üzerindeki deneyimlerini değiştirebilirler".

KAYNAKLAR

- Akkoç, S., Tok, M. ve Hasırıpı, A. (2017). Mülteci Ve Sığınmacı Hastalara Sağlık Hizmeti Sunulurken Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Sorunlar. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4 (1) , 23-27.
- Aygün, O., Gökdemir, Ö., Bulut, Ü., Yaprak, S., & Güldal, D. (2016). Bir Toplum Sağlığı Merkezi Örneğinde Sığınmacı Ve Mültecilere Verilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1).
- Başaran, C. H. (2022). Zenofobi ve Medikal Zenofobiyi Yeniden Düşünmek. *Turkish Journal of Public Health*, 20 (3), 458-473.
- Bulut, A., ve Şengül, H. (2019). Dünyada ve Türkiye'de sağlık turizmi. *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 45-62.
- Durat, G. ve Tarsuslu, B. (2022). Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kültürel Duyarlılıkları ile Yabancı Düşmanlığı Arasındaki İlişkiler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38 (1), 11-20.
- Güngör, S. , Akalın, D. & Avan, H. (2023). Sağlık Alanındaki Öğrencilerin Kültürel Zekâ ve Zenofobi Düzeyleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 11 (2) , 1579-1590.
- Kaldık, B. (2021). Uluslararası Göç Bağlamında Sığınmacılara Yönelik Yabancı Düşmanlığının İncelenmesi: Türkiye'de Zenofobi Üzerine Bir Uygulama. *Bingöl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Kongresi: Krizler, Belirsizlikler ve Arayışlar Özel Sayısı), 69-96.

- Karataş, Z. ve Güzel, B. (2020). Üniversite Öğrencilerinin Yabancı Düşmanlığıyla İlgili Tutumlarının İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31 (2), 500-523.
- Kökel Z. ve Odabaşı F. (2017). Uluslararası Göç, İltica ve Zenofobi, *Toplum Bilimleri Dergisi*, 11 (21), 237-259.
- Özdemir, N. (2015). Türkiye ve Fransa Örnekleri İle Uluslararası Göç ve Yabancı Düşmanlığı. *TESAM Akademi Dergisi*, 2 (2).
- Özmete, E. , Yıldırım, H. ve Duru, S. (2018). Yabancı Düşmanlığı (Zenofobi) Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, Göç Özel Sayısı, 1, 191-209.
- Öztürk, S. ve Cankara, Y. (2022). Rus Dış Politikasının Batı’da Yansıması: Rusofobi. *Journal of Economics and Political Sciences*, 2 (2), 151-165.
- Padır, M. A. ve Erdur-Baker, Ö. (2023). Syrian Refugees and Xenophobia: The Role of Gender, Education, Perceived Economic Income, and Age. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25 (1), 162-169.
- Şimşek, D. (2019). İstanbul’daki Afrikalı Göçmenlerin Gündelik Irkçılık Deneyimleri. *Mukaddime*, 10 (1), 233-248.
- Tengilimoğlu, D. (2013). Sağlık Turizmi. 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Tümtaş, M.S. (2022). Türkiye’ye Düzensiz Afgan Göçü: Zorunlu Göç Mü “İstila” Mı? . *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(1), 338-353.
- Türk Dil Kurumu Web Sayfası, <https://Sozluk.Gov.Tr/>, Erişim Tarihi 10/10/2023.
- Türkiye İstatistik Kurumu, <https://Data.Tuik.Gov.Tr/Bulten/Index?P=Uluslararası-Goc-Istatistikleri-2021>, Erişim Tarihi 06/04/2023.
- Uluslar Arası Sağlık Hizmeti Anonim Şirketi Web Sayfası, <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri>, Erişim Tarihi: 07/04/2023.
- Yekeler, B. ve Şahin, M. (2021). Göçmenlerin Çevresindeki Sağlık Yüküne Etkisi ve Göçmenlere Bakış Açısı: Sağlık Personeli Aday Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (1), 98-104.